



**Estudio sobre la aplicación de la Norma Oficial
Mexicana NOM-046-SSA2-2005 por parte de las
instituciones de salud**

INFORME FINAL

Estudios y Estrategias para el Desarrollo y la Equidad EPADEQ S.C.

**Moisés Domínguez Pérez, Coordinador
Martha Fabiola Zermeño Núñez, Investigadora
Cynthia Galicia Mendoza, Investigadora
Mario Yadín Zermeño, Investigador
Yoali Pérez Montesinos, Investigadora**

Comisión Nacional de los Derechos Humanos

Periférico Sur 3469, esquina Luis Cabrera,

Col. San Jerónimo Lídice,

Magdalena Contreras

Área emisora: Cuarta Visitaduría General

**Programa de Asuntos de la Mujer y de la Igualdad entre Mujeres y Hombres
(PAMIMH)**

Contenido

INDICE DE TABLAS Y GRÁFICAS	5
1. Tablas	5
2. Gráficas	5
GLOSARIO DE TÉRMINOS	6
SIGLAS Y ABREVIACIONES	8
INTRODUCCIÓN	12
1. MARCO CONCEPTUAL Y METODOLÓGICO	15
1.1 Marco conceptual	15
1.1.1 La violencia contra las mujeres y las niñas: un problema de salud pública	15
1.1.2 Perspectiva de género	21
1.1.3 Enfoque interseccional	22
1.1.4 Enfoque de derechos humanos	23
1.1.5 Enfoque intercultural	25
1.2 Metodología para realizar el estudio sobre la aplicación de la NOM 046-SSA2 2005, por parte de las instituciones de salud	29
1.2.1 Objetivos del estudio	29
1.2.2 Planteamiento metodológico	29
1.2.3 Muestra analítica	34
2. MARCO JURÍDICO	42
2.1 Marco jurídico internacional y regional	45
2.2 Marco jurídico nacional	71
3. CONTEXTO NACIONAL	106
3.1 La política pública para atender el problema de la violencia contra las mujeres en México	106
3.2 Magnitud del problema de la violencia sexual contra las mujeres	111
3.2.1 La violencia contra las mujeres, de manera panorámica y general.	111
3.2.2 Violencia sexual, en sus diversos ámbitos, desagregado por Estado, ámbitos de ocurrencia y edades.	116
3.2.3 Violación sexual en sus diversos ámbitos, desagregado por estado, ámbitos de ocurrencia, edades, escolaridad y perfil de perpetradores.	119
3.3 Análisis del proceso de armonización de la regulación sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres víctimas de violencia sexual que ha tenido lugar en las entidades federativas parte de la muestra	129
3.3.1 Estatus de los derechos sexuales y reproductivos en Veracruz	129
3.3.2 Estatus de los derechos sexuales y reproductivos en San Luis Potosí	134
3.3.3 Estatus de los derechos sexuales y reproductivos en Puebla	138
3.3.4 Estatus de los derechos sexuales y reproductivos en Chiapas	142

3.3.5 Estatus de los derechos sexuales y reproductivos en Chihuahua	145
3.3.6 Estatus de los derechos sexuales y reproductivos en Guerrero	148
4. ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO DE LA NOM-046	159
4.1 Violencia Sexual	160
4.1.1 Detección	160
4.1.2 Atención médica integral	185
4.1.3 Orientación y referencia	195
4.2 Violación Sexual	208
4.2.1. Detección y atención integral	208
4.2.2 Orientación y referencia	220
4.3 Aborto médico	238
4.3.1 La atención de las instancias públicas de salud a la solicitud de una mujer víctima de violación sexual de que le sea practicado un aborto médico	239
4.3.2 La condición de objeción de conciencia y la aplicación de la NOM-046	247
5. CONSIDERACIONES Y RECOMENDACIONES FINALES	254
5.1 Consideraciones finales	254
5.2 Recomendaciones	259
ANEXO	263

INDICE DE TABLAS Y GRÁFICAS

1. Tablas

Tabla 1 Matriz de análisis con fuentes de información	32
Tabla 2 Matriz concentradora	38
Tabla 3 Matriz informantes clave tipo	40
Tabla 4 Instituciones públicas de salud informantes	40
Tabla 5 Organizaciones de la sociedad civil informantes	41
Tabla 6 Reformas constitucionales que protegen la vida desde la concepción	91
Tabla 7 Tasa de prevalencia delictiva por entidad federativa por cada cien mil habitantes, según sexo de la víctima 2019	112
Tabla 8 Prevalencia de violencia total contra las mujeres 15 años y más a lo largo de su vida. Porcentaje	113
Tabla 9 Prevalencia de la violencia por tipo entre las mujeres de 15 años y más a lo largo de su vida. Porcentaje	113
Tabla 10 Prevalencia de violencia sexual, entre las mujeres de 15 años y más, en los últimos 12 meses, por tipo de ámbito. Porcentaje	117
Tabla 11 Prevalencia de la violencia por tipo de violencia y agresor entre las mujeres de 15 años y más a lo largo de su vida. Porcentaje	118
Tabla 12 Presuntos delitos de Violación enero-marzo de 2021	120
Tabla 13 Prevalencias de violencia de pareja entre las mujeres de 15 años y más por condición, tipo, clase y situación de violencia según periodo de referencia 2016	121
Tabla 14 Tasa Global de Fecundidad	121
Tabla 15. Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que usaron protección en la primera relación sexual por grupos de edad, 2014 y 2018	123
Tabla 16 Mujeres de 15 a 49 años alguna vez embarazadas por grupo quinquenal de edad y su distribución porcentual según número de abortos	124
Tabla 17 Defunciones maternas y Razón de Muerte Materna por causa agrupada, 2019	127

2. Gráficas

Gráfica 1 Prevalencia delictiva en las personas, por sexo. Porcentaje	111
Gráfica 2 Percepción de inseguridad pública en entidad federativa. Porcentaje	112
Gráfica 3 Prevalencia de la violencia por tipo entre las mujeres de 15 años y más a lo largo de su vida. 2016	115
Gráfica 4 Prevalencia de la violencia sexual por parte de cualquier agresor entre las mujeres de 15 años y más a lo largo de su vida, por grupos de edad. Porcentaje	117
Gráfica 5 Distribución porcentual del total de agresores/as mencionados por las mujeres de 15 años y más que experimentaron violencia sexual en su infancia por tipo de agresor/a. 2016	119
Gráfica 6 Distribución porcentual de las mujeres de 15 a 49 años usuarias de métodos anticonceptivos, según tipo de método, 2014 y 2018	122
Gráfica 7 Distribución porcentual de las mujeres de 15 a 49 años que no utilizaron métodos anticonceptivos en su primera relación sexual según razón de no uso, 2014 y 2018	124
Gráfica 8 Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que ha tenido algún aborto	125

GLOSARIO DE TÉRMINOS

6

Consulta externa o ambulatoria: “Atención médica que se otorga al paciente ambulatorio, en un consultorio o en el domicilio de dicho paciente, que consiste en realizar un interrogatorio y una exploración física para integrar un diagnóstico y/o dar seguimiento a una enfermedad diagnosticada previamente”¹.

Consulta intrahospitalaria: La que se realiza a pacientes hospitalizadas. Es parte de los servicios de atención hospitalaria, que “Se presta a pacientes hospitalizados para recibir atención médica o paramédica, sin importar el tiempo de estancia en la Unidad”².

Niveles de Atención: “Actualmente se reconocen tres niveles de atención: el primero conformado por el mayor número de establecimiento y centros de salud, incluyendo las clínicas y unidades rurales; el segundo nivel, conformado por hospitales generales y el tercer nivel que integra los grandes Institutos de salud y los hospitales de alta especialización. En México se dice que el 85% de la población es atendida en el nivel primario, en tanto que el 12% lo es en los establecimientos de segundo nivel y el 3% restante en las unidades de Tercer Nivel de Atención”³.

Objeción de conciencia: “La objeción de conciencia se basa en el derecho de las y los profesionales de la salud a que se respete su libertad de conciencia en el ejercicio de su profesión, quienes deben demostrar igual respeto a los derechos de conciencia de las personas usuarias de los servicios de salud”⁴.

De acuerdo con el Artículo 10 Bis. Ley General de Salud- “El Personal médico y de enfermería que forme parte del Sistema Nacional de Salud, podrán ejercer la objeción de conciencia y excusarse de participar en la prestación de servicios que establece esta Ley.

Cuando se ponga en riesgo la vida del paciente o se trate de una urgencia médica, no podrá invocarse la objeción de conciencia, en caso contrario se incurrirá en la causal de responsabilidad profesional”.

Prestadores de servicios de salud: “las y los profesionales, técnicos y auxiliares que proporcionan servicios de salud en los términos de la legislación sanitaria vigente y que son componentes del Sistema Nacional de Salud.”⁵

Referencia y contrarreferencia: “Referencia-contrarreferencia, al procedimiento médico-administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención y otros espacios tales como refugios o albergues para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad, así como otros servicios que pudieran requerir las personas afectadas”⁶.

Refugio: “Refugio, al espacio temporal multidisciplinario y seguro para mujeres, sus hijas e hijos en situación de violencia familiar o sexual, que facilita a las personas usuarias la recuperación de su autonomía y definir su plan

¹ Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud. Numeral 3.23.

² Ibid., numeral 3.5

³ Fernández Cantón, Sonia Beatriz *Una aproximación a la seguridad del paciente en el Primer Nivel de Atención*. Boletín CONAMED. Órgano de difusión del Centro colaborador OMS/OPS en materia de calidad de la atención médica y seguridad del paciente. Volumen 4, No. 23 – 2019, p. 3

⁴ IPAS México, *Objeción de conciencia en la provisión de servicios de aborto*. Octubre, 2020. Ver <https://ipasmexico.org/pdf/IpasMx-2020-ObjecionDeConciencia.pdf>

⁵ Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. Numeral 4.19.

⁶ Ibid., numeral 4.21

de vida libre de violencia y que ofrece servicios de protección y atención con un enfoque sistémico integral y con perspectiva de género. El domicilio no es del dominio público”⁷.

Triage: “selección y valoración de pacientes de acuerdo a una escala de gravedad”⁸.

7

⁷ Ibid., numeral 4.22

⁸ Secretaría de Salud, Modelo de Atención Médica Prehospitalaria. 2017, p. 31

SIGLAS Y ABREVIACIONES

8

AEDS, Agencias Especializadas en Delitos Sexuales

AMEU, Aspiración Manual Endouterina

AVGM, Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres

CADH, Convención Americana sobre Derechos Humanos

CAVI, Centro de Atención Integral a la Víctima de Violencia Intrafamiliar

CDHDF, Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México

CDMX, Ciudad de México

CEEAV, Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas

CEDAW, Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer

CIDE, Centro de Investigación y Docencia Económicas

CIPD, Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo

CIPST, Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura

CLADEM, Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer

CMPV, Comité Municipal para la Prevención de la Violencia

CNDH, Comisión Nacional de los Derechos Humanos

COCEDAW, Comité que da seguimiento al cumplimiento de la CEDAW por los Estados partes

COIDH, Corte Interamericana de Derechos Humanos

CONAPO, Consejo Nacional de Población

CONAVIM, Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres.

CPEM, Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

CPF, Código Penal Federal

CTA, Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales

DDHH, Derechos Humanos

DDSSyRR, Derechos sexuales y reproductivos

DIF, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de las Familias

ENADID, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica

ENDIREH, Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares

EPADEQ, Estudios y Estrategias para el Desarrollo y la Equidad

ETS, Enfermedades de transmisión sexual

GIM, Grupo Interinstitucional y Multidisciplinario, conformado en el marco de una Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres

GT, Grupo de trabajo, conformado en el marco de una Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres

IIDDHH, Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos

ILE, Interrupción legal del embarazo

ILSB, Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir

IMSS, Instituto Mexicano del Seguro Social

INEGI, Instituto Nacional de Estadística y Geografía

INMUJERES, Instituto Nacional de las Mujeres

ISSSTE, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado

ITS, Infecciones de transmisión sexual

LFPED, Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación

LGAMVLV, LEY General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia

LGV, Ley General de Víctimas

MP, Ministerio Público, hoy Fiscalía

NOM-046, Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 16 de abril de 2009. Reformas a la misma fueron publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 16 de abril de 2009.

NOM-047, Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad, Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 12 de agosto de 2015.

NOM-190-SSA1-1999, Norma Oficial Mexicana; Prestación de Servicios De Salud.

OEA, Organización de Estados Americanos

OMS, Organización Mundial de la Salud

ONU, Organización de Naciones Unidas

OSC, Organizaciones de la Sociedad Civil

PAB, Plataforma de Acción de Beijing

PACIDP, Programa de Acción del Cairo

PAE, Pastilla de Anticoncepción de Emergencia

Protocolo de San Salvador, Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

REMIAC, Red de Mujeres de los Pueblos Indígenas y Afrodescendientes de Chiapas

RMM, Razón de Mortalidad Materna

SCJN, Suprema Corte de Justicia de la Nación

SEGOB, Secretaría de Gobernación

SIDA, Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

SINAIS, Sistema de Información en Salud

SNIEG, Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica

SIPPINA, Sistema Nacional de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes

TGF, Tasa Global de Fecundidad

UABC, Universidad Autónoma de Baja California

UJED, Universidad Juárez del Estado de Durango

UNAM, Universidad Nacional Autónoma de México

UNFPA, Fondo de Población de las Naciones Unidas

VCMN, Violencia contra las mujeres y niñas

VIH, Virus de la inmunodeficiencia humana

INTRODUCCIÓN

12

Este Estudio sobre la aplicación de la *Norma Oficial Mexicana 046-SSA2-2005 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención* (en adelante, Norma o NOM-046), fue elaborado por Estudios y Estrategias para el Desarrollo y la Equidad, EPADEQ, S.C., como resultado de la contratación de servicios de consultoría que realizó la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (en adelante, CNDH).

Como podrá constatar la persona lectora, los resultados del Estudio apuntan a ubicar problemas en la aplicación de la Norma, particularmente en relación con los servicios de salud para atender la violencia sexual ejercida contra las mujeres, los cuales son comunes a todo tipo de institución de salud, sea esta de control federal o estatal, como también se presentan en todo tipo de Unidad de Salud, independientemente de su Nivel de Atención, aunque es notorio que son más profundos en las de Primer y Segundo Nivel, que se encuentran en localidades marginadas o alejadas de grandes y medianos conglomerados urbanos.

Existen problemas serios en las etapas de la detección, diagnóstico, atención integral, orientación y referencia, que fueron las que fases en las que la CNDH decidió focalizar el Estudio. Influye en el grado de problemas que se presentan factores como la disponibilidad de los recursos presupuestales, de infraestructura adecuada, contar con suficiencia de personal y el nivel de especialización y capacitación. Para abordar un problema de alta complejidad como la violencia sexual contra las mujeres, cobra relevancia esto último, particularmente lo es en cuanto a conocer sus causas y efectos en su salud. También los determina la alta prevalencia de prejuicios y estereotipos de género imperantes en el personal y en las propias instancias de atención a la salud.

La estructura del informe de este Estudio es la siguiente. En el Capítulo 1 se plantea el marco teórico y metodológico que guio la investigación. En primer término, se exponen la perspectiva de género y los enfoques de derechos humanos e interculturalidad que se adoptaron para plantear la investigación, así como para interpretar la información. Se da cuenta de la realidad jurídica de los derechos humanos de las mujeres, se analiza lo que se entiende conceptualmente en general como violencia contra las mujeres, los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, así como la violencia sexual y el derecho al aborto en particular. En segundo término y referente al apartado metodológico, se expone el enfoque metodológico adoptado, las técnicas e instrumentos que se utilizaron para realizar la investigación, así como los casos de estudio que conformaron la muestra analítica que permitiera tomarlas como referencia para ubicar la aplicación de la NOM-046 en el plano nacional.

En el Capítulo 2 se hace un análisis de los instrumentos y jurisprudencia internacionales y nacionales protectores de los derechos humanos de las mujeres relativos al libre ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, destacadamente el derecho al aborto, y aquellos que se dirigen a garantizar una vida libre de violencia, en particular de violencia sexual.

En el Capítulo 3, por un lado, se revisan las políticas públicas para la erradicación de la VCMN de carácter sexual. Por otro lado, se da cuenta de la magnitud y características de la violencia sexual contra las mujeres y del aborto en México, como contexto nacional en el que opera la NOM-046. Así mismo, se hace una revisión del proceso de armonización de la regulación sobre los derechos de las mujeres víctimas de violencia sexual y el aborto que ha tenido lugar a nivel nacional (conforme al marco internacional de derechos humanos) y de las entidades federativas, con énfasis en las que se tomaron como estudios de caso: Chiapas, Chihuahua, Guerrero, Puebla, San Luis Potosí y Veracruz.

En el Capítulo 4, se hace un análisis de la forma y condiciones en que opera la NOM-046, tomando como referencia el caso de las seis entidades federativas que conformaron la muestra analítica. Con base en los resultados y hallazgos de la investigación. Cierra el Estudio una serie de Consideraciones Finales, así como recomendaciones de orden general y particular orientadas a mejorar la aplicación de la NOM-046.

Es importante señalar que la investigación se realiza el bajo un enfoque cualitativo, y dado que su elaboración se dio en el contexto de la COVID-19, la obtención de información fue mediante entrevista a distancia⁹ a informantes clave: tanto personal de organizaciones de la sociedad civil especializadas en el tema, como personal de salud de diversas unidades de salud de los tres Niveles de Atención, de instancias estatales y federales como IMSS e ISSSTE, en las seis entidades federativas de la muestra analítica.

Pese a que las entrevistas se realizaron por internet, por el contexto señalado no fue fácil concretar las citas en tiempo y forma, lo cual se logró en una alta proporción de los casos gracias al apoyo recibido tanto de las instancias de salud federales y estatales, como por disposición del propio personal de salud, que se dio tiempo para atender a la entrevista sin dejar de cumplir con su responsabilidad regular, como tampoco con la extraordinaria, derivada de la pandemia¹⁰. A todos y todas ellas, nuestro agradecimiento por su profesionalismo

⁹ A través de la internet o, en caso de que no fuera posible, a través de llamada telefónica. Se optó por esta fórmula y no por enviar un cuestionario a la persona informante clave, debido a que en una investigación previa realizada en 2017 por el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), por encargo de la CNDH, esto generó información que no tenía alta confiabilidad. Véase *La regulación sobre los derechos sexuales y reproductivos en la legislación mexicana y para conocer el grado de cumplimiento de la NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención, en los estados de Chiapas, Guerrero y Oaxaca*. En <https://igualdaddegenero.cndh.org.mx/Content/doc/Publicaciones/Estudio-sobre-NOM-046-2005.pdf>

¹⁰ Agradecemos la colaboración de Omaira Ochoa, quien realizó algunas de las entrevistas, como también la de Xitlalli Villanueva, quien se encargó de apoyar la logística para realizar el trabajo en campo.

y esfuerzo. También agradecemos el profesional y asertivo seguimiento y retroalimentación que el equipo de investigación recibió por parte de la Comisión Nacional.

1. MARCO CONCEPTUAL Y METODOLÓGICO

15

1.1 Marco conceptual

1.1.1 La violencia contra las mujeres y las niñas: un problema de salud pública

La violencia contra las mujeres y las niñas (en adelante, VCMN) es “una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres”¹¹, su particularidad radica en que se dirige a sancionar, intimidar y ejercer el control hacia las personas que transgreden el sistema de género vigente. El sexo es un factor central en la dinámica del problema.

Esta violencia tiene su base y persistencia en un conjunto de normas, estereotipos y roles que configuran un orden social que construye desigualdades entre mujeres y hombres, colocando lo masculino en una posición de dominio y lo femenino en una posición de subordinación.

Foucault señala que la violencia es un medio de quienes tienen más poder en la sociedad, sobre los que no lo tienen; es un recurso de dominación social con el fin de lograr el control y mantener el orden establecido, de manera que, en el sistema de género vigente, la violencia está dirigida principalmente contra las mujeres y se orienta a conservar el orden de los géneros.

En este sentido, Butler sostiene que, en la modernidad occidental, se ha construido un régimen normativo en lo concerniente al género y la sexualidad: la heteronormatividad o heterosexualidad obligatoria. Éste, define cuáles son las identidades de género inteligibles y correctas, y sanciona a aquellas que no lo son. Se trata de un régimen con un carácter sumamente violento porque el género se da por sentado y se vigila constantemente el cumplimiento de las morfologías ideales del sexo¹².

Dicho orden social es avalado y mantenido por el conjunto de la sociedad, a través de instituciones como las normas formales, léase las leyes y dictados del aparato judicial, como por normas no formales, como lo son el conjunto de costumbres, hábitos, percepciones y esquemas de relación que producen y reproducen

¹¹ Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, *Convención de Belém do Pará*, Organización de Estados Americanos, 1994.

¹² Véase Butler, J. *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Buenos Aires: Paidós. 2007.

desigualdades en las relaciones entre hombres y mujeres. Se trata por tanto de una estructura social que acepta y normaliza mecanismos de VCMN.

Esto es así porque, como señala Butler, la construcción del poder no sólo se realiza en el tiempo, sino que es en sí misma un proceso temporal que opera a través de la reiteración de normas, y en el curso de la reiteración llegan a emerger tanto los "sujetos" como los "actos". De esta manera, no habrá ningún poder que actúe solo, hay una actuación reiterada que se hace poder en virtud de su persistencia¹³.

En este sentido, la VCMN no es resultado de acciones ocasionales, producto de disfunciones o decisiones de personas aisladas, sino que expresa una forma de discriminación contra las mujeres basada en estructuras sociales inequitativas profundamente arraigadas y avaladas por el orden social.

En la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer ésta se define como "todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada"¹⁴. Es importante destacar que la violencia puede expresarse en actos tangibles, pero también en acciones que, aunque no se concreten, advierten la posibilidad de generar daños o sufrimientos.

También es preciso apuntar que la VCMN puede acontecer tanto en el ámbito público como en el privado y puede ser cometida por personas conocidas o desconocidas de las mujeres. Asimismo, el concepto devela que la violencia contra las mujeres puede ser de distintos tipos y generar daño físico, sexual o psicológico, lo cual permite delinear una gama amplia de situaciones dañinas o potencialmente dañinas que representan actos de violencia de género contra las mujeres.

La VCMN es una problemática compleja con múltiples expresiones y tiene un carácter dinámico sujeto a cambios sociales;¹⁵ es una forma de discriminación contra la mujer que daña o anula el disfrute de los derechos humanos y de las libertades fundamentales por parte de las mujeres y es considerada también un problema de salud pública de proporciones epidémicas porque se trata de un problema generalizado con altos niveles de

¹³ Butler, J. *Cuerpos que importan: Sobre los límites materiales y discursivos del sexo*. Buenos Aires, Ed. Paidós 2002

¹⁴ Naciones Unidas, Asamblea General, *Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer*, A/48/104, 20 de diciembre de 1993, art 1.

¹⁵ Por ejemplo, la violencia digital es un tipo de violencia contra las mujeres relativamente nuevo.

frecuencia, persistencia y gravedad en todo el mundo y porque ocasiona consecuencias negativas de corto, mediano y largo plazo en la salud física y mental de las mujeres.¹⁶

Los daños en la salud física y mental de las mujeres pueden persistir durante mucho tiempo, aunque la experiencia violenta haya finalizado y pueden ser muy severos cuando se han acumulado varias experiencias de violencia a lo largo de la vida. Algunas de las consecuencias físicas de la VCMN son problemas al caminar, heridas graves, sentir dolores constantes, mareos, pérdidas vaginales, contagios de enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, abortos, la muerte, entre otros.¹⁷

En materia de salud mental, la violencia contra las mujeres ocasiona ansiedad, angustia emocional mediante síntomas como el llanto fácil, incapacidad para disfrutar de la vida, fatiga y comportamientos suicidas.¹⁸

Algunos estudios en particular sobre los efectos de la violencia sexual han identificado una gran cantidad de problemas de salud, por ejemplo:

[C]ontagio de infecciones de transmisión sexual como VIH/SIDA, sífilis, gonorrea, clamidia, virus de papiloma humano (vinculado con el desarrollo de cáncer cervicouterino), dolores pélvicos y problemas ginecológicos diversos, embarazos no deseados (que pueden terminar en abortos clandestinos e inseguros) o abortos forzados.

Asimismo, se han reportado secuelas graves en la salud mental como síndrome de estrés postraumático, depresión, insomnio, sentimientos de humillación y autoinculpación, trastornos alimenticios, comportamientos autodestructivos (uso y abuso de alcohol y drogas) y adicciones, dificultades en la vida sexual futura, mayor frecuencia de suicidios y dificultad para protegerse de posteriores abusos, en especial cuando la violencia sexual sucede en una etapa temprana de la vida.¹⁹

La violencia sexual es expresión de poder y control sobre el cuerpo sexuado y la sexualidad de las mujeres, y constituye una violación a la integridad de las mujeres al vulnerar su territorio primario, el cuerpo, y su autonomía sexual y reproductiva, así como sus decisiones sobre estas. Sus múltiples expresiones son empleadas para el sometimiento mediante la violencia, el miedo y la intimidación.²⁰

¹⁶ Ver Guedes, Alessandra; García-Moreno, Claudia; Bott, Sarah. *Violencia contra las mujeres en Latinoamérica y el Caribe. Un problema de salud pública de proporciones epidémicas*. Foreign Affairs Latinoamérica, Vol. 14: Núm. 1, pp. 41-48, 2014. Disponible en: www.fal.itam.mx

¹⁷ Organización Mundial de la Salud (OMS). *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y la violencia doméstica: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia: resumen del informe*, Ginebra, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43390>, 2005.

¹⁸ Idem.

¹⁹ Ramos Lira, Luciana. *Impacto de la violencia contra las mujeres y estrategias de afrontamiento*. Salud Pública de México, vol. 49, Instituto Nacional de Salud Pública. México, pp. 334-336, 2007.

²⁰ Vargas, Santana y Molina. *Violencia sexual y aborto. Conexiones necesarias*. Red Chilena contra la Violencia Doméstica y Sexual, 2008.

En este sentido, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (en adelante, COIDH) sostuvo que:

[L]a violencia sexual como un tipo de violencia contra las mujeres «supone una intromisión en la vida sexual que, además de anular el derecho a tomar libremente las decisiones respecto con quien tener relaciones sexuales, conlleva la completa pérdida del control sobre las decisiones más personales e íntimas y sobre las funciones corporales básicas» (Asensio et al., 2010: 22). La violencia sexual está conectada a otras formas de violencia, como la psicológica, física, y la institucional. Asimismo, esta estructura y dinámicas de violencia pueden profundizarse por factores como el racismo, el sexismo y la discriminación étnica, y por situaciones de vulnerabilidad específicas, por ejemplo, los conflictos armados o la edad adolescente (Bruyn, 2003).²¹

El cuerpo de las mujeres se ha utilizado como campo de batalla y la violencia sexual como arma de guerra en el supuesto de que las mujeres son depositarias del honor masculino: “La violencia sexual contra la mujer tiene por objeto enrostrar la victoria a los hombres del otro bando, que no han sabido proteger a sus mujeres. Es un mensaje de castración y mutilación al mismo tiempo. Es una batalla entre hombres que se libra en los cuerpos de las mujeres”²².

La violencia sexual contra las mujeres se produce tanto en contextos de conflicto armado y guerra, como en situación de paz; y al igual que otros tipos de violencia, la violencia sexual se produce en todos los sectores y espacios sociales: en las relaciones afectivas, en la familia, en la comunidad, en los espacios laborales, educacionales y de cultos religiosos, así como en las calles. También forma parte del lenguaje, está presente en la publicidad y en los medios de comunicación. La concepción del cuerpo de las mujeres como espacio e identidad de la que se puede disponer e invadir es constante y continua en todos los ámbitos de la vida.

La Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS) define la violencia sexual como:

[T]odo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo. La violencia sexual abarca el sexo bajo coacción de cualquier tipo incluyendo el uso de fuerza física, las tentativas de obtener sexo bajo coacción, la agresión mediante órganos sexuales, el acoso sexual incluyendo la humillación sexual, el matrimonio o cohabitación forzados incluyendo el matrimonio de menores, la prostitución forzada y comercialización de mujeres, el aborto forzado, la denegación del derecho a hacer uso

²¹ Cita tomada de Bergallo, P. y A. González Vélez. *Interrupción legal del embarazo por la causal violación: enfoques de salud y jurídico*. Bogotá, La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres (Colombia), Alianza Nacional por el Derecho a Decidir/ANDAR (México), Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro/ CLACAI y Federación Latinoamericana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia/FLASOG, 2012, pp. 13.

²² *Estudio multipaís ... op. cit.*

de la anticoncepción o a adoptar medidas de protección contra enfermedades, y los actos de violencia que afecten a la integridad sexual de las mujeres tales como la mutilación genital femenina y las inspecciones para comprobar la virginidad.²³

Este tipo de violencia puede significar la mayor estigmatización y descalificación moral para las mujeres que otro tipo de violencia, toda vez que socialmente suele juzgarse a partir de mitos, creencias y estereotipos que tienden a responsabilizar a las mujeres de la violencia sexual que se ejerce contra ellas, lo que, sumado al hecho de considerarla un asunto privado, influye en que no sea visible en toda su magnitud.

Una de las expresiones de violencia sexual más impactantes, en tanto que generan consecuencias que deterioran la salud física y mental de las mujeres que pueden persistir a lo largo de la vida, es la violación sexual, ya que se trata de “[...] una invasión de las partes más privadas e íntimas del cuerpo de una mujer, así como una agresión a la esencia misma de su personalidad”²⁴:

[...] la violación es la penetración del ano o la vagina con cualquier objeto o parte del cuerpo o de cualquier parte del cuerpo de la víctima o del cuerpo del autor con un órgano sexual, por fuerza o por amenaza de fuerza o de coacción, o tomando ventaja de un ambiente de coacción, o contra una persona incapaz de dar su genuino consentimiento (Wood, 2009). La violación es sexo coactivo no consensuado. Es una amenaza para las mujeres y limita seriamente sus capacidades para ser libres, al tiempo que refuerza la posición de sometimiento (Asensio et al., 2010)²⁵.

La violación, como otras expresiones de violencia sexual, es cometida en contra de las mujeres por personas conocidas o desconocidas en todos los espacios en los que ellas interactúan, incluidas las relaciones de pareja. Las violaciones les suceden a las mujeres en todos los ciclos de la vida, no obstante, se ha observado que las niñas y las mujeres jóvenes registran un mayor riesgo a ser víctimas de violación.

Como se mencionó en párrafos anteriores, la violencia sexual tiene múltiples y severas consecuencias en el bienestar y salud física y mental de las mujeres; en el caso de la violación sexual una de las consecuencias posibles son los embarazos no deseados, los embarazos forzados y los abortos involuntarios o inducidos, situaciones que ponen en riesgo la vida, la salud, la integridad y el desarrollo pleno de las mujeres.

²³ Contreras, J. M.; Bott, S.; Guedes, A.; Dartnall, E. (2010), *Violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe. Análisis de datos secundarios. Iniciativa de Investigación sobre la Violencia Sexual*. 2010. Ver https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Violencia_Sexual_LAYElCaribe.pdf

²⁴ Naciones Unidas, Informe de la Relatora Especial sobre Violencia contra las Mujeres, Sra. Radhika Coomaraswamy, E/CN.4/1997/47, 12 de febrero de 1997, citado en Vargas, Santana & Molina, 2008.

²⁵ Bergallo, P. y A. González Vélez, *op. cit.* p. 13

La VCMN en general y la violencia sexual en particular constituyen problemas sociales que transgrede sus derechos humanos, así como su salud física y mental. Además, la relación entre la violencia sexual y el embarazo no deseado se articulan y potencian la violación a la libertad y autonomía sexual de las mujeres y niegan su libertad reproductiva e independencia. Forzar a las mujeres a continuar un embarazo no deseado o a someterse a un aborto en condiciones de inseguridad y clandestinidad (ya sea por motivos de violación sexual u otros distintos), niega sus derechos y constituye una transgresión a su capacidad de decisión.

El aborto es una vía por la que pueden ejercer su derecho a decidir sobre la maternidad y su propio cuerpo. Independientemente del estatus jurídico de la práctica de la interrupción del embarazo, históricamente las mujeres han recurrido a este procedimiento. La Organización Mundial de la Salud define el aborto como “la interrupción de un embarazo tras la implantación del huevo fecundado en el endometrio antes de que el feto haya alcanzado viabilidad, es decir, antes de que sea capaz de sobrevivir y mantener una vida extrauterina independiente”²⁶.

El aborto es un procedimiento médico que ha estado influido por cuestiones políticas, sociales y morales que han determinado las vías y mecanismos de acceso a él. En algunos países, la prohibición, penalización y criminalización del aborto han constituido barreras para algunas mujeres y han configurado problemas de salud pública, por ejemplo: “[e]n los países donde el aborto inducido legal está sumamente restringido o no está disponible, con frecuencia un aborto sin riesgos se ha vuelto en el privilegio de las mujeres ricas, mientras que las mujeres de escasos recursos no tienen otra opción que acudir a proveedores inseguros, que pueden provocar su muerte y morbilidades que se derivan en responsabilidad social y financiera del sistema de salud pública”²⁷.

En este contexto, las mujeres son orilladas a abortos peligrosos, definidos por la OMS como: “una intervención destinada a la interrupción de un embarazo practicada ya sea por personas que carecen de la preparación necesaria o en un entorno que no reúne las condiciones médicas mínimas, o ambas cosas a la vez”²⁸. Desde un enfoque de derechos humanos y perspectiva género el aborto debe ser un procedimiento al que todas las mujeres deben tener acceso en condiciones seguras, negar tales condiciones significa un obstáculo para el ejercicio de sus derechos humanos y pone en riesgo su integridad física y mental.

²⁶ Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, *Nicaragua, Derogación del Aborto Terapéutico en Nicaragua: Impacto en Salud*, Pág. 10, en: <http://www.movimientoautonomodemujeres.org/downloads/38.pdf>

²⁷ Organización Mundial de la Salud. *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*, 2ª ed. PP. 1, 2012. Ver <https://apps.who.int/iris/handle/10665/77079>

²⁸ Organización Mundial de la Salud. *Del concepto a la medición: la aplicación práctica de la definición de aborto peligroso utilizada en la OMS*. Boletín de la Organización Mundial de la Salud 92:155. Pp.155. 2014.

En esta investigación el aborto se plantea como un hecho social que requiere ser reconocido y en torno al que es preciso construir un mecanismo de acceso para todas las mujeres con un enfoque de derechos humanos, género e intercultural.

1.1.2 Perspectiva de género

La perspectiva de género es una visión científica y analítica que permite analizar los problemas sociales tomando en cuenta las relaciones de desigualdad de género y formular propuestas de cambio que mejoren las condiciones sociales de las mujeres, poniendo a estas en el centro de la decisión y acción.

Analizar la realidad social con perspectiva de género es un ejercicio que implica reconocer que los hechos sociales no pueden explicarse considerando únicamente a un sujeto masculino, sino que es preciso observar las relaciones de poder entre hombres y mujeres para identificar desventajas, desigualdades y discriminaciones que transgreden la libertad, el desarrollo y los derechos humanos de las personas, particularmente de las mujeres, quienes tienen un papel subalterno y son violentadas, dominadas y sometidas en esa relación.

Se trata también de una categoría política que afirma que las mujeres históricamente han ocupado posiciones de subordinación en distintas esferas de funcionamiento social y reivindica procesos de transformación que mejoren la posición y condición social de ellas.

En la legislación mexicana se define como:

[U]na visión científica, analítica y política sobre las mujeres y los hombres. Se propone eliminar las causas de la opresión de género como la desigualdad, la injusticia y la jerarquización de las personas basada en el género. Promueve la igualdad entre los géneros a través de la equidad, el adelanto y el bienestar de las mujeres; contribuye a construir una sociedad en donde las mujeres y los hombres tengan el mismo valor, la igualdad de derechos y oportunidades para acceder a los recursos económicos y a la representación política y social en los ámbitos de toma de decisiones.²⁹

La progresiva incorporación de este enfoque en el ámbito de la gestión pública responde al reconocimiento de que las acciones públicas no son neutrales al género y, por tanto, es necesario desarrollar procesos que eviten producir o reproducir mecanismos de discriminación o desigualdad de género, y que, por el contrario,

²⁹ Ley General de Acceso de las Mujeres a una vida libre de Violencia en el artículo 5º, fracción IX. Última reforma publicada DOF 17-12-2015.

promuevan como un objetivo central la igualdad de género con especial énfasis en el fortalecimiento de oportunidades, competencias y capacidades de las mujeres y las niñas; esto es, en *empoderarlas*.

Su aplicación consiste en valorar “las implicaciones que tiene para hombres y mujeres, cualquier acción que se planifique, incluyendo las de tipo legislativo, las políticas o los programas en todas las áreas y a todos los niveles. Es una estrategia para hacer de las experiencias y necesidades o intereses de hombres y mujeres una dimensión integral en el diseño, implementación, monitoreo y evaluación de las políticas y los programas en todas las esferas políticas, sociales y económicas a fin de que hombres y mujeres se beneficien por igual y desaparezca la desigualdad. El objetivo final es lograr la igualdad de género”³⁰.

1.1.3 Enfoque interseccional

En complemento de la perspectiva de género está el enfoque interseccional, el cual apela a observar la VCMN considerando que éstas no integran un grupo social homogéneo, sino como un grupo heterogéneo que experimenta diferentes opresiones y posiciones sociales en virtud de las distintas dimensiones de desigualdad que experimentan.

La interseccionalidad fue propuesta en los años 80 del siglo XX por la abogada Kimberlé Crenshaw como una herramienta para visibilizar un sistema complejo de estructuras de opresión, múltiples y simultáneas que viven las mujeres negras. La autora establece una distinción entre *interseccionalidad estructural* e *interseccionalidad política*. La primera supone la convergencia de sistemas de discriminación (racial, de género y clase, entre otros) que producen formas específicas de subordinación y tiene efectos concretos en la vida de las mujeres. La segunda, apunta que las estrategias políticas que consideran solo una dimensión de desigualdad marginan a aquellos grupos en una situación de exclusión que responde a la imbricación de diversos sistemas de opresión.³¹

El enfoque interseccional ha derivado en diversas rutas teóricas y metodológicas, debates y controversias, pero ninguna de ellas niega su potencial para cuestionar los análisis homogeneizantes; alertar sobre la posible reproducción de relaciones de dominación que ocasiona observar la desigualdad a partir de una sola dimensión y profundizar en las múltiples identidades que determinan las experiencias de discriminación y violencia.

³⁰ Ver Zermeño, Fabiola; *Cerrando el círculo. Ruta para la gestión de evaluación de políticas públicas de igualdad de género*. PNUD, Panamá, p. 25, 2012.

³¹ Cubillos, Javiera; *La importancia de la interseccionalidad para la investigación feminista*. Oxímora: Revista Internacional de Ética y Política Núm. 7., Otoño 2015, pp. 119-137.

En el marco de este enfoque, la violencia vivida por las mujeres se concibe como un nexo o nudo donde se articulan factores estructurales que las afectan de manera diferenciada en función de categorías como género, racialidad, etnia, sexualidad, edad, entre otras. Asimismo, hace una lectura de las relaciones de poder y su articulación con las estructuras de opresión que sostienen la posición de subordinación de las mujeres para visibilizar su particular configuración identitaria.

El Foro Internacional de las Mujeres indígenas hizo hincapié en estudiar la violencia contra las mujeres más allá del género, para considerar las formas en que la interacción de las identidades y los sistemas de dominación crean condiciones de vida de las mujeres: “[p]ara las mujeres indígenas la violencia de género es definida no sólo por la discriminación de género dentro de los contextos indígenas o no indígenas, sino también por un contexto de continua colonización y militarismo, racismo y exclusión social, políticas económicas y de desarrollo que aumenta la pobreza”³².

El enfoque interseccional representa una herramienta útil y ampliamente utilizada “para estudiar, entender y responder a las maneras en las que el género se cruza con otras identidades y cómo estos cruces contribuyen a experiencias únicas de opresión y privilegio”³³. “Busca abordar las formas en las que el racismo, el patriarcado, la opresión de clase y otros sistemas de discriminación crean desigualdades que estructuran las posiciones relativas de las mujeres. Toma en consideración los contextos históricos, sociales y políticos y también reconoce experiencias individuales únicas que resultan de la conjunción de diferentes tipos de identidad”³⁴. Así, permite entender los problemas sociales y elaborar propuestas de atención que consideren y respondan a las múltiples discriminaciones que enfrentan distintos grupos de mujeres.

1.1.4 Enfoque de derechos humanos

Por su parte, el enfoque de derechos humanos es definido como un marco conceptual que está basado en la doctrina de los derechos humanos. Se nutre de un conjunto de principios y herramientas que permiten orientar el curso de las decisiones y políticas públicas con el respeto, promoción y protección de los derechos humanos. Este enfoque apunta esencialmente a otorgar poder por la vía del reconocimiento de derechos.³⁵

³² Foro Internacional de Mujeres Indígenas: Mairin Iwanka Raya: *Mujeres Indígenas confrontan la violencia*. Informe complementario al estudio sobre violencia contra las mujeres, del Secretario General de las Naciones Unidas. 2006.

³³ AWID. *Interseccionalidad: una herramienta para la justicia de género y la justicia económica*. Derechos de las mujeres y cambio económico Núm. 9, 2004, p. 1.

³⁴ *Ibid.*, p. 2.

³⁵ Ver Abramovich, Víctor. “Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo”, en Revista de la CEPAL núm. 88 (abril), CEPAL, Santiago de Chile, 2006.

Su incorporación contribuye a definir con mayor precisión las obligaciones de los Estados frente a los principales derechos humanos involucrados en un problema público, y a que la lógica de los procesos de elaboración de políticas públicas tenga como punto de partida que éstas se dirigen a personas con derechos que pueden exigir y no a personas con necesidades que son asistidas por concesión de los Estados.

El enfoque de derechos humanos es también definido como un proceso:

[...] que pretende favorecer el empoderamiento de [quienes son] titulares de derechos y la concreción de responsabilidades de [las personas] titulares de las obligaciones, con el propósito de generar espacios de incidencia y transformación que introduzcan en las relaciones de poder límites como la equidad o la justicia social, y para que desde estos límites se construyan unas nuevas formas de relación entre las personas y el poder, que nos lleven a introducir cambios sustantivos en las formas de distribución de la riqueza y en las formas de relación entre los diversos grupos sociales³⁶.

La aplicación de este enfoque implica considerar las normas y principios establecidos en el marco jurídico nacional e internacional. En la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en los tratados internacionales, se establece la obligación al Estado mexicano de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. Como también implica considerar el conjunto de dictados que emiten los órganos jurisdiccionales del poder judicial al interpretar la aplicación de estas normas y sus efectos en las personas.

Incorporar el enfoque basado en los derechos humanos permite alcanzar resultados de desarrollo más sostenibles y hacer frente a los problemas de manera más exhaustiva, porque implica identificar y poner fin a las pautas de desigualdad, discriminación y exclusión que impiden la realización de los derechos humanos para todas las personas.

Incorporar este enfoque al análisis y atención de problemas de violencia permite, primero, mostrar cómo transgrede la violencia el ejercicio de los derechos humanos y limita el desarrollo pleno de las personas. Después, identificar las obligaciones que el Estado debe activar o mejorar las acciones para hacer efectivos los derechos humanos y cumplir con sus obligaciones en estricto apego a las garantías constitucionales, de las normas de derechos humanos contenidas en la Declaración Universal de Derechos Humanos y de las Convenciones e instrumentos internacionales en la materia.

³⁶ Berraondo, Mikel y Martínez De Bringas, Asier. *La integración del Enfoque Basado en Derechos Humanos en las prácticas cotidianas. Repensar hoy y hablar del mañana*. IPES Elkartea, Pamplona. Pp. 46, 2011.

El enfoque de derechos humanos permite orientar la actuación de servidoras y servidores públicos de manera tal que puedan promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de las víctimas del delito y de violaciones a derechos humanos.

1.1.5 Enfoque intercultural

La investigación también retoma el enfoque intercultural para reconocer la coexistencia y diversidad cultural de la sociedad mexicana actual. Este enfoque implica respetar la diversidad cultural y las cosmovisiones que coexisten en un territorio determinado, asumiendo que las sociedades no son culturalmente homogéneas.

La incorporación de este enfoque parte del hecho de que México es un país intercultural en el que habitan pueblos originarios, así como personas con diferentes nacionalidades, orígenes, lenguas o creencias, entre otros colectivos sociales que interactúan entre sí. Por tanto, los análisis y políticas públicas tienen el compromiso de reconocer la diversidad cultural para que la gestión pública sea responsable y efectiva. Así como las normas deben reconocer esa diversidad y prever condiciones específicas para que en su aplicación no se genere desigualdad, discriminación o exclusión social.

Es así porque cada cultura implica una cosmovisión y ésta se integra por el conjunto complejo de ideas y creencias en las que se fundamentan costumbres, prácticas, constructos sociales y formas de la dinámica cotidiana. La manera en que las personas vivan e interpreten un problema público y la manera en que acepten y usen un servicio o acción pública estará determinada por su cosmovisión, por su cultura.³⁷ La incorporación del enfoque intercultural en los análisis y acciones públicas se orientan a evitar barreras culturales y responder a las necesidades de sociedad diversas, así como a construir relaciones igualitarias entre culturas, pero enfatiza en los intercambios y el aprendizaje mutuo entre ellas.

Interculturalidad significa “el contacto e intercambio entre culturas en términos equitativos; en condiciones de igualdad (Walsh 2009: 14). Las relaciones y el aprendizaje tienen lugar cotidianamente donde existe diversidad cultural, pero en condiciones de desigualdad. La interculturalidad es un proyecto descolonizador: propugna porque desaparezca toda desigualdad entre culturas (Walsh, 2009: 54). Ello no implica erradicar los conflictos

³⁷ Ver Itzel Irene Arias-Arias, Aralucy Cruz-León, Martha Ofelia Ramírez-Ramírez. *Práctica y actitud de la planificación familiar en población rural y urbana*. SALUD EN TABASCO Vol. 20, No. 2, pp. 63-68. Mayo-agosto, 2014

entre culturas, sino actuar sobre las estructuras que producen la diferencia como desigualdad y construir puentes de interrelación entre ellas (Walsh, 2009: 46)³⁸.

Así, el enfoque de interculturalidad aplicado al quehacer público implica la inclusión de demandas y propuestas de distintas culturas, reconocer y la aceptar diversas maneras de encarar y de asumir los problemas para construir colectivamente las soluciones y promover procesos de transformación que promuevan justicia socioeconómica, desarrollo con identidad y acceso y ejercicio a todas las instancias del poder formal para todos los sectores de la sociedad, otorgando iguales condiciones y oportunidades.

³⁸ Citado en Cruz Rodríguez. *¿Qué deben ser las políticas públicas interculturales?* CIENCIA E INTERCULTURALIDAD, Volumen 15, Año 7, No. 2, Julio- Diciembre, 2014.

Bibliografía:

1. Abramovich, Víctor. “Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo”, en Revista de la CEPAL núm. 88 (abril), CEPAL, Santiago de Chile, 2006.
2. Asensio, Raquel; Di Corleto, Julieta; Picco, Valeria; Tandeter, Leah y Zold, Magdalena. *Género en las decisiones judiciales: justicia penal y violencia de género*, Buenos Aires, Defensoría General de la Nación, 2010.
3. AWID. *Interseccionalidad: una herramienta para la justicia de género y la justicia económica*. Derechos de las mujeres y cambio económico Núm. 9. Pp. 1. 2004
4. Bergallo, P. y A. González Vélez. *Interrupción legal del embarazo por la causal violación: enfoques de salud y jurídico*. Bogotá, La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres (Colombia), Alianza Nacional por el Derecho a Decidir/ANDAR (México), Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro/ CLACAI y Federación Latinoamericana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia/FLASOG, pp. 13, 2012.
5. Berraondo, Mikel y Martínez De Bringas, Asier. *La integración del Enfoque Basado en Derechos Humanos en las prácticas cotidianas. Repensar hoy y hablar del mañana*. IPES Elkarte, Pamplona. Pp. 46, 2011.
6. Bruyn, María. *La violencia, el embarazo y el aborto. Cuestiones de derechos de la mujer y de salud pública*, Chapel Hill, Carolina del Norte, IPAS, segunda edición, 2003.
7. Butler, J. *Cuerpos que importan: Sobre los límites materiales y discursivos del sexo*. Buenos Aires, Ed. Paidós 2002
8. Butler, J. *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Buenos Aires: Paidós. 2007.
9. Contreras, J. M.; Bott, S.; Guedes, A.; Dartnall, E. (2010), *Violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe. Análisis de datos secundarios. Iniciativa de Investigación sobre la Violencia Sexual*. 2010. Disponible en: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Violencia_Sexual_LAyElCaribe.pdf
10. Cubillos, Javiera; *La importancia de la interseccionalidad para la investigación feminista*. Oxímora: Revista Internacional de Ética Y Política Núm. 7. Otoño 2015. ISSN 2014-7708. PP. 119-137.
11. Foro Internacional de Mujeres Indígenas: *Mairin Iwanka Raya: Mujeres Indígenas confrontan la violencia*. Informe complementario al estudio sobre violencia contra las mujeres del Secretario general de las Naciones Unidas. 2006.
12. Guedes, Alessandra; García-Moreno, Claudia; Bott, Sarah. *Violencia contra las mujeres en Latinoamérica y el Caribe. Un problema de salud pública de proporciones epidémicas*. Foreign Affairs Latinoamérica, Vol. 14: Núm. 1, pp. 41-48, 2014. Disponible en: www.fal.itam.mx
13. Guerrero, Elizabeth *Violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe 1990-2000: balance de una década*. ISIS Internacional. UNIFEM, 2002.
14. Instituto Interamericano de Derechos Humanos. *Herramientas básicas para integrar la perspectiva de género en organizaciones que trabajan derechos humanos*. San José, Costa Rica: IIDH, 2008
15. *Ley General de Acceso de las Mujeres a una vida libre de Violencia*. 2007. Última reforma publicada DOF 17-12-2015.
16. Naciones Unidas, Asamblea General, *Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer*, A/48/104, 20 de diciembre de 1993, art 1.
17. Naciones Unidas, *Informe de la Relatora Especial sobre Violencia contra las Mujeres*, Sra. Radhika Coomaraswamy, E/CN.4/1997/47, 12 de febrero de 1997, citado en Vargas, Santana & Molina, 2008.
18. OEA. *Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, Convención de Belém do Pará*. Belém do Pará, 1994.

19. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y la violencia domestica: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia: resumen del informe*. Ginebra, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43390>, 2005.
20. Organización Mundial de la Salud. *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*, 2ª ed. 2012.
21. Organización Mundial de la Salud. *Del concepto a la medición: la aplicación práctica de la definición de aborto peligroso utilizada en la OMS*. Boletín de la Organización Mundial de la Salud 92:155. Pp.155. 2014.
22. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, *Nicaragua, Derogación del Aborto Terapéutico en Nicaragua: Impacto en Salud*, Pág. 10, en: <http://www.movimientoautonomodemujeres.org/downloads/38.pdf>
23. Ramos Lira, Luciana. *Impacto de la violencia contra las mujeres y estrategias de afrontamiento* Salud Pública de México, vol. 49, Instituto Nacional de Salud Pública. México, pp. 334-336, 2007.
24. Vargas, Santana y Molina. *Violencia sexual y aborto. Conexiones necesarias. Red Chilena contra la Violencia Doméstica y Sexual*, 2008.
25. Walsh, Catherine, *Interculturalidad, Estado, Sociedad. Luchas (de) coloniales de nuestra época*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar y Abya Yala. 2009
26. Wood, Elizabet. *La violencia sexual en el marco de conflictos armados: Hacia un entendimiento de su variación*. En *Análisis Político* [online]. vol.22, n.66, Bogotá, Colombia. pp.3-27. 2009.
27. Zermeno, Fabiola; *Cerrando el círculo. Ruta para la gestión de evaluación de políticas públicas de igualdad de género*. PNUD, Panamá, p. 25, 2012.

1.2 Metodología para realizar el estudio sobre la aplicación de la NOM 046-SSA2 2005, por parte de las instituciones de salud

1.2.1 Objetivos del estudio

General

- Analizar el cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005 (NOM-046) por parte de instituciones de salud.

Específicos

- Conocer, desde la perspectiva de género, derechos humanos e interculturalidad, cuáles son los principales obstáculos en la aplicación de la NOM-046, particularmente con relación a los siguientes aspectos: presupuesto; infraestructura; suficiencia de recursos humanos, particularmente de personal médico; suficiencia de capacitación del personal médico; la presencia de estereotipos y prejuicios de género en la atención.
- Ubicar los aspectos anteriormente señalados en cuanto a su expresión en algunas entidades federativas de la geografía nacional, distinguiendo los servicios de salud públicos que son otorgados por la federación de los que otorgan las entidades federativas.
- Focalizar en particular los términos en que se aplica la Norma señalada respecto de la violencia sexual de la que son víctimas las mujeres.
- Emitir recomendaciones sobre la aplicación de la NOM-046.

1.2.2 Planteamiento metodológico

Para cumplir con los objetivos señalados, EPADEQ orientó la investigación a partir de un enfoque metodológico mixto, es decir, combinó técnicas cualitativas y cuantitativas para el levantamiento y análisis de información, teniendo cada uno supuestos teóricos y procedimientos distintos. La elección de este tipo de metodología obedeció a que la conjunción analítica de lo cualitativo con lo cuantitativo hace posible obtener una visión más integral de la realidad, la cual responde a las necesidades de este Estudio.

Atendiendo a las características de la investigación, para la recolección y construcción de evidencia se realizó tanto trabajo de gabinete, a partir de fuentes de información documentales y estadísticas, como la realización de trabajo de campo, a partir de la recolección de evidencia empírica a través de entrevistas.

Enseguida se da cuenta de las características del trabajo que se desarrolló en cada caso, así como de los instrumentos y herramientas que se utilizaron para obtener y analizar la información.

Después de ello se muestran las dimensiones y variables de análisis que guiaron la investigación conforme a los distintos tópicos y enfoques, lo cual fue la base, junto con el marco conceptual, el análisis jurídico y el análisis del contexto de la aplicación de la NOM-046, para llevar a cabo el análisis de resultados y la redacción del Informe Final del Estudio.

- Trabajo de Gabinete

El objetivo central de este trabajo consistió en acopiar, sistematizar y analizar información documental y estadística necesaria para desarrollar la investigación. De manera particular se realizó trabajo de gabinete para elaborar el apartado conceptual, donde se puso a discusión la necesidad y utilidad de aplicar de manera integral las perspectivas de género, interseccionalidad, interculturalidad y derechos humanos en términos de su utilidad para interpretar el contenido de la NOM-046 que regula el ejercicio de una parte fundamental de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, a través de la reglamentación para que le sea practicado un aborto médico, así como para prevenir y atender la violencia sexual de la que son víctimas.

También se llevó a cabo como parte del trabajo de gabinete, el análisis sobre los instrumentos y jurisprudencia internacionales y nacionales protectores de los derechos de las mujeres relativos al libre ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, destacadamente sobre el derecho al aborto, y aquellos que se dirigen a garantizar una vida libre de violencia, en particular de violencia sexual. Se analizó también, el proceso de armonización de la regulación sobre los derechos de las mujeres víctimas de violencia sexual que ha tenido lugar en las entidades federativas y la legalización del derecho al aborto.

De la misma manera, el trabajo de gabinete contempló el análisis documental sobre el contexto nacional del cumplimiento de la NOM-046, donde se analizó la magnitud y características del problema de la violencia sexual y el aborto en nuestro país

Finalmente, estuvo la realización de las actividades necesarias tanto del diseño metodológico como de la planeación del trabajo en campo, la sistematización, procesamiento, integración de la información de campo obtenida, como también el análisis integrado de toda la información, a través de las categorías y variables de análisis contempladas en este planteamiento metodológico.

- **Trabajo de Campo**

El trabajo de campo estuvo enfocado en obtener información directamente de tres tipos de informantes clave: a) personas especialistas en derechos sexuales y reproductivos, particularmente en la NOM-046 por lo que hace a violencia sexual y aborto; b) integrantes de organizaciones de la sociedad civil expertas en las problemáticas contempladas en este estudio sobre la NOM-046; c) personal médico y directivo operativo de instituciones de salud públicas de control federal y estatales donde opera la NOM-046, que forman parte de la muestra analítica (de la cual se dará cuenta más adelante). Respecto de este último aspecto, las entrevistas con personal de las instituciones de salud, se facilitó gracias al apoyo en concertación por parte de la CNDH.

El trabajo de campo se realizó mediante la aplicación de la técnica de investigación denominada como “entrevistas a profundidad semiestructuradas”, las cuales parten de un guion que atiende a las líneas generales de la investigación, pero que está abierto a ampliar y profundizarse en función de la dinámica de interacción que se suscita durante su aplicación; esto con el fin de indagar con mayor precisión aspectos que resulten relevantes para la investigación.

Es importante aclarar que las entrevistas se realizaron a distancia por medios virtuales, dado el marco de restricciones a que obligan las disposiciones oficiales para la prevención de riesgo epidémico derivado de la pandemia del COVID-19.

Análisis y Síntesis de la información

A la par que la generación de información, su análisis y síntesis constituye un aspecto de importancia central en los procesos de investigación. Para realizar la presente investigación se contempló un esquema que permitiera llevar a cabo estas acciones que implican, por un lado, identificar y resaltar los hallazgos importantes (análisis) y, por otro, combinar la información generada en las distintas fuentes de información para obtener una comprensión más integral y sólida del panorama en cuestión (síntesis).

Para los métodos de investigación propuestos fue necesario contemplar un esquema de análisis para cada tipo de información levantada mediante cada una de las técnicas empleadas y, posteriormente, una síntesis de todas

estas fuentes para examinar los patrones de convergencia, discrepancia y complejidad. Enseguida se muestra la matriz de análisis con sus respectivas dimensiones y variables de análisis, así como sus correspondientes fuentes de información.

Tabla 1 Matriz de análisis con fuentes de información

TEMA/VARIABLE/SUBVARIABLES	FUENTE DE INFORMACIÓN	INSTRUMENTO
1. Marco conceptual a. Perspectiva de género b. Perspectiva de derechos humanos c. Perspectiva de interculturalidad d. Enfoque interseccional e. Desigualdad y violencia de género. f. La violencia de género como problema de salud pública g. Violencia sexual h. Aborto legal	Información documental - Documentos conceptuales sobre teoría de género - Documentos sobre la doctrina de los derechos humanos	Matriz de sistematización
2. Marco jurídico a. Análisis sobre los instrumentos y jurisprudencia internacionales protectores de los derechos de las mujeres, destacadamente sobre: i. Derechos sexuales y reproductivos ii. El derecho al aborto iii. Aquellos que se dirigen a garantizar una vida libre de violencia, en particular de violencia sexual	Información documental - Tratados internacionales - Resoluciones de órganos jurisdiccionales vinculantes para nuestro país	Matriz de sistematización
b. Análisis sobre los instrumentos y jurisprudencia nacionales protectores de los derechos de las mujeres, destacadamente sobre: i. Derechos sexuales y reproductivos ii. El derecho al aborto iii. Aquellos que se dirigen a garantizar una vida libre de violencia, en particular de violencia sexual	Información documental - Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. - Legislación nacional en las materias - Normas reglamentarias nacionales en las materias Información de campo - Entrevista con informantes clave	Matriz de sistematización Guion de entrevista

3. Contexto nacional a. Magnitud y características de la violencia sexual contra las mujeres, la violación sexual y el aborto en México, como contexto nacional en el que opera la NOM-046. b. Análisis del proceso de armonización de la regulación sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres víctimas de violencia sexual que ha tenido lugar en las entidades federativas, particularmente sobre: i. El derecho a una vida libre de violencia sexual ii. La legalización del derecho al aborto.	Información documental - Documentos y estadísticas sobre la violencia sexual contra las mujeres y aborto. - Leyes nacionales (generales) en las materias. - Leyes estatales en las materias Información de campo - Entrevista con informantes clave	Matriz de sistematización Guion de entrevista
4. Cumplimiento de la NOM-046 a. Análisis de los avances normativos para garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres b. Análisis de los avances de las políticas públicas para la aplicación de la NOM-046. i. Presupuesto ii. Infraestructura iii. Suficiencia de recursos humanos, particularmente de personal médico. iv. Suficiencia de capacitación del personal médico v. Presencia de estereotipos y prejuicios de género en la atención c. Detección de los campos de oportunidad que pueden ser incorporados o reformados y avances en la materia.	Información documental - Estudios, diagnósticos, evaluaciones sobre la aplicación de la NOM-046. Información de campo - Entrevista con informantes clave	Matriz de sistematización Guion de entrevista

1.2.3 Muestra analítica

El estudio se planteó sobre la base de contar con evidencias sobre la aplicación de la NOM-046 a lo largo de la geografía nacional. Dadas las limitaciones de recursos presupuestales y de tiempo para realizar un estudio específico en cada una de las 32 entidades federativas del país, además de lo que sucede en el plano federal, se decidió elaborar una muestra analítica que tuviera como base de la investigación seis entidades federativas para que sirvieran de referente del estudio, además de los servicios de salud federales que operan en cada una de ellas.³⁹

Por un lado, se buscó conformar tres casos que sirvieran como referente de la aplicación de la NOM-046 bajo condiciones que suponen mayor complejidad institucional, de ahí los criterios de “interculturalidad” y “ruralidad”, como también donde existieran evidencias de su operación y de que se ha documentado esta por parte de actores extra institucionales, de ahí los criterios de “problemas de operación de la NOM-046” y de “Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres”, respectivamente. Además de que resulta importante que operen en las entidades los servicios federales de salud del Instituto de Salud para el Bienestar, dado que atiende a una enorme proporción de la población a nivel nacional.

Por otro lado, se completó la muestra con otros tres estados, los cuales fueron de interés para la CNDH, lo cual se justifica más adelante.

Para la definición de las tres entidades federativas que conformaron inicialmente la muestra, se tomaron los siguientes criterios:⁴⁰

- **REGIONALIDAD.** Esto con el fin de que los casos fueran de diversas regiones del país. Para fines prácticos, y siendo tres los casos que se buscaban conformar, se dividió el territorio nacional en tres regiones: Norte/Centro Norte, Centro y Sur, esto con la intención de seleccionar uno de cada región. Dada la existencia de una legislación y políticas públicas en la CDMX más proclives a garantizar los derechos

³⁹ A diferencia de una muestra estadísticamente representativa, cuya base interpretativa está dada por representar la dinámica del conjunto a partir de una base cuantitativa de semejanzas y diferencias que se presenta en todos y cada uno de los casos, una muestra analítica busca observar, mediante un número limitado de casos, una diversidad amplia de comportamientos y situaciones en la operación de fenómeno, en este caso, de la aplicación de la Norma. El conjunto de casos determinado a partir de rasgos significativos de carácter cualitativo, encuentra su alcance interpretativo en el sentido (no la magnitud) de esas semejanzas o diferencias. Un elemento clave en la definición de una muestra analítica es la selección de los criterios para conformarla, los cuales deben responder a las características sustantivas del fenómeno que se busca estudiar.

⁴⁰ Planteados a partir de la inclusión de recomendaciones hechas por el Programa de Asuntos de la Mujer e Igualdad entre Mujeres y Hombres de la CNDH.

sexuales y reproductivos de las mujeres, esta entidad federativa no se consideró susceptible de conformarse en una entidad tipo objeto de estudio.

- **INTERCULTURALIDAD** de los servicios. Refiere a que las mujeres usuarias de los servicios definidos en la NOM-046 investigados en este Estudio, contemplaran a la diversidad cultural mexicana, esto en particular desde la perspectiva de que fueran tanto indígenas como no indígenas; lo cual se consideró relevante dado que es uno de los enfoques principales a asumir en el estudio. La forma en que se calculó fue a partir de medir la proporción de población indígena en la entidad.
- **RURALIDAD**. Refiere a que una proporción importante de la entidad federativa esté compuesta por población que vive en el ámbito rural. Se partió de la hipótesis de que los servicios médicos en las áreas rurales se aplican con menor apego a las normas y disposiciones de política pública que en áreas urbanas, habida cuenta de que la población que se encuentra dispersa a lo largo del territorio en localidades con menos habitantes, generalmente no dispone de la prestación de servicios en la misma medida y calidad que quienes viven en localidades que concentran mayor número de personas, particularmente los grandes centros urbanos.
- **PROBLEMAS DE OPERACIÓN DE LA NOM-046**. Se trata de ubicar entidades federativas en las que haya indicios de que la NOM-046 no opera correctamente. Para valorar la aplicación de este criterio, se recurrió a dos estrategias. La primera, verificando si existían quejas o demandas por parte de mujeres sobre la mala aplicación de la NOM-046 en las entidades federativas. Para ello se tomó como referencia las demandas planteadas por mujeres en el marco de la elaboración del Programa Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres (PROIGUALDAD), 2019-2024.

La segunda estrategia consistió en realizar una búsqueda sobre informes, reportes, opiniones o en general valoraciones, que organizaciones de sociedad civil o especialistas en las entidades federativas hayan realizado y que resalten problemas de aplicación de la NOM-046. Esto con la intención de detectar, por un lado, el tipo de problemas que se presentan, y por otro constatar que existen organizaciones o especialistas locales que estuvieran dando seguimiento a dicha aplicación, las cuales pudieran ser consultadas en el marco de esta investigación. Esto último porque era importante validar la existencia de OSC y especialistas locales en este tema que den dicho seguimiento en el propio ámbito a la aplicación de la mencionada Norma, pues es condición de este estudio para determinar casos locales el que existan en el plano estatal informantes clave que lleven a cabo algún tipo de seguimiento sobre la aplicación de la NOM-046.

- **ALERTA DE VIOLENCIA DE GÉNERO CONTRA LAS MUJERES (AVGM).** Que se hubiera declarado AVGM en las entidades federativas, o bien que, aun no declarándose, los gobiernos de los Estados hayan impulsado acciones para cumplir con las recomendaciones del respectivo grupo de trabajo. Esto, en tanto en la mayoría de ellas los grupos de trabajo que se constituyen para su análisis y seguimiento, aun y cuando ésta no sea decretada, recomendaron acciones para mejorar la aplicación de la NOM-046, lo que ha motivado iniciativas en ese sentido.⁴¹

Aplicación de los criterios para definir la Muestra

A continuación, se describen los hallazgos a partir de la aplicación de los criterios antes descritos. Para mayor detalle se puede consultar el Anexo 1. En la región Norte/Centro Norte se consideró a las entidades de Baja California, Baja California Sur, Sonora, Chihuahua, Coahuila, Tamaulipas, Nuevo León, Durango, San Luis Potosí, Zacatecas, Sinaloa y Aguascalientes. En la región Centro se incluyó a Nayarit, Jalisco, Colima, Michoacán, Guanajuato, Querétaro, Tlaxcala, Estado de México, Puebla, Morelos e Hidalgo. Finalmente, la región Sur está conformada por Guerrero, Veracruz, Oaxaca, Chiapas, Tabasco, Campeche, Yucatán y Quintana Roo. Como se señaló anteriormente, la Ciudad de México no fue incorporada en la muestra.

En cuanto a la Interculturalidad, se consideran los porcentajes de población indígena⁴² más altos por región: por lo que fue San Luis Potosí con un porcentaje entre 10 y 27 en la región Norte/Centro Norte; Puebla e Hidalgo con el mismo rango en la región Centro, y Oaxaca, Chiapas y Yucatán con un porcentaje entre 27.9 y 32.2 en la región Sur.

A partir del criterio de ruralidad, destacaron por región: San Luis Potosí y Zacatecas con un porcentaje de población rural⁴³ entre 40 y 48.1; Nayarit, Michoacán e Hidalgo entre 39.1 y 58.7, y Chiapas y Oaxaca entre 57.8 y 61.5.

⁴¹ Un diagnóstico de la CNDH apunta en ese sentido que dentro de las recomendaciones tipo de los grupos de trabajo están las siguientes: "Diseño e implementación de un modelo de atención en unidades de salud para la aplicación de la NOM-046; Sensibilización y capacitación al personal médico para la aplicación de la NOM-046; Revisión de que las unidades médicas cuenten con los requerimientos mínimos para la aplicación de la NOM-046" Ver *Diagnóstico de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos como integrante de los grupos de trabajo que dan seguimiento a los procedimientos de Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres*, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2017, p. 58.

⁴² INEGI toma como criterio para definir a personas indígena a partir de aquellas que son hablantes de una lengua indígena. En este caso se trata específicamente del "porcentaje de población de 3 y más años de edad hablante de lengua indígena".

⁴³ INEGI establece el índice de ruralidad a partir de definir como localidad rural a aquella con menos de 5,000 habitantes, y las urbanas como aquellas con 5,000 o más habitantes. En la tabla del anexo 1 el índice se expresa como porcentaje.

Respecto a los problemas de implementación de la NOM-046⁴⁴, se encontró que de forma general las entidades reportan los siguientes.

En la región norte/centro norte del país, se destacó que los servicios de atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres carecen de protocolos que eviten la revictimización y la discriminación. Los procesos de atención a la salud de las mujeres no cuentan con perspectiva de género y enfoque integral, y el personal de salud no está debidamente capacitado ni sensibilizado para llevar a cabo una atención de calidad que contribuya al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Se reivindicó la necesidad de garantizar el derecho al aborto. Las entidades que señalaron una gran variedad de problemas fueron Chihuahua, San Luis Potosí, así como Coahuila.

En el caso de las entidades federativas del centro del país, se destacaron muchos problemas asociados a la ausencia de un enfoque de salud que atienda las necesidades de la diversidad de mujeres, por ejemplo, de las indígenas y con discapacidades diversas, como ceguera, sordera, etc. Se coincidió con lo expresado en el norte del país en cuanto a que no existen servicios de salud para las mujeres con enfoque de género, con personal profesionalizado, capacitado y sensibilizado. También se cuestionó el que existan obstáculos para el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, destacadamente en la imposibilidad de que ellas decidan sobre su propio cuerpo optando, por ejemplo, por el aborto. Se destaca un reiterado señalamiento de que no existe trabajo de los servicios de salud en las comunidades, particularmente en las rurales e indígenas. Señalándose en algunos casos la falta de difusión y aplicación de la NOM-046, en los casos en particular de Jalisco, Colima y Puebla.

En el caso de la región sur, se expresaron problemas semejantes, aunque más acendrados. Por ejemplo, se expone la falta de acceso de las mujeres al cuidado de su salud reproductiva por problemas de la atención, como la falta de perspectiva de género en los procesos de la salud pública, ausencia de sensibilidad y capacitación del personal; como también debido al machismo, que en el ámbito familiar se expresa en el impedimento que tienen por parte de su pareja para ir al centro de salud. También está la falta de difusión de sus derechos en diversos ámbitos, lo que hace que sectores específicos de mujeres vean obstaculizados su acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. En estos destacan mujeres indígenas, migrantes, en

⁴⁴ Se destacan aquellos casos en los que en las entidades hubo claras manifestaciones por atender aspectos que se regulan en la NOM-046 en los Foros Proigualdad, como también en los que se ubicaron OSC y/o especialistas que son referente local para conocer los problemas de aplicación de la NOM-046.

reclusión, trabajadoras sexuales, infancia, entre otras. En este caso destacaron Chiapas en primer lugar, y Tabasco en segundo, por la gran cantidad de problemáticas planteadas.

En lo que refiere a las organizaciones de la sociedad civil que se detectó que realizan acciones de seguimiento a la aplicación de la NOM-046, se considera que en una amplia cantidad de estados existe al menos una que se dedica a ello. No obstante, no se ubicó alguna en los siguientes casos: Baja California Sur, Tamaulipas, Zacatecas, Aguascalientes, Nayarit, Querétaro e Hidalgo.

Finalmente, por lo que hace a las AVGM, en la región norte/centro norte se declaró la alerta en Nuevo León, Durango, Zacatecas, San Luis Potosí y Sinaloa; Baja California, Sonora y Coahuila han pasado por el procedimiento de alerta, identificando acciones para la implementación de la NOM-046, pero no fue declarada. De la región centro cuentan con alertas declaradas Nayarit, Colima, Michoacán, Estado de México (2), Puebla y Morelos; en Guanajuato y Tlaxcala no se declaró, pero si se señalaron en su momento acciones relacionadas. Para la región sur se ha declarado la misma en Guerrero, Veracruz, Oaxaca, Chiapas, Campeche y Quintana Roo; no se declaró en Tabasco y Yucatán, pero sí se indicaron acciones relacionadas con la NOM-046. Es importante destacar que Veracruz y Guerrero cuentan con doble declaratoria de alerta, en ambos casos la segunda se refiere específicamente a la implementación de la NOM-046.

En la siguiente matriz concentradora se muestran los resultados de la aplicación de estos criterios:

Tabla 2 Matriz concentradora⁴⁵

ESTADO	INTERCULTURALIDAD	RURALIDAD	PROBLEMAS DE APLICACIÓN DE LA NOM-046	AVG M	PUNTOS TOTALES
1. Baja California			X		1
2. Baja California Sur					0
3. Sonora			X	X	2
4. Chihuahua			X		1
5. Coahuila			X		1
6 Tamaulipas					
7. Nuevo León			X	X	2
8. Aguascalientes					0

⁴⁵ En el caso de los criterios de "Interculturalidad" y "Ruralidad", se tomaron entre los dos y los tres primeros lugares de cada criterio por región, dependiendo de los rangos que contemplaba cada fuente de información. En el caso del criterio "INSABI", solo se incluyeron los estados que tienen firmado Convenio con la Federación. Por lo que hace al criterio "Problemas de aplicación de la NOM-046", se incluyó a aquellos estados en cuyos foros estatales PROIGUALDAD hubo mención directa de aspectos que aborda la NOM-046 y donde se detectó la existencia de OSC y/o especialistas que pudieran ser informantes clave sobre la aplicación de la Norma en su respectiva entidad. Finalmente, respecto de la AVG, se incluyó donde esta ha sido decretada, o bien siendo rechazada, las obligaciones de los Estados para fortalecer los derechos de las mujeres incluyeron acciones respecto de la aplicación de la NOM-046

9. Durango			X	X	2
10. San Luis Potosí	X	X	X	X	4
11. Zacatecas		X		X	2
12. Sinaloa			X	X	2
13. Nayarit		X		X	2
14. Jalisco			X	X	1
15. Colima			X	X	2
16. Michoacán		X	X	X	3
17. Guanajuato			X	X	2
18. Querétaro					1
19. Tlaxcala			X	X	2
20. Estado de México			X	X	2
21. Ciudad de México	No se analiza				
22. Puebla	X		X	X	3
23. Morelos			X	X	2
24. Hidalgo	X	X			2
25. Guerrero			X	X	2
26. Veracruz			X	X	2
27. Oaxaca	X	X	X	X	4
28. Chiapas	X	X	X	X	4
29. Tabasco			X	X	2
30. Campeche			X	X	2
31. Yucatán	X		X		2
32. Quintana Roo				X	1

Con base en lo anterior, se determinó que la muestra se conformará por los siguientes estados:

- Región Norte/Centro Norte: San Luis Potosí
- Región Centro: Puebla
- Región Sur: Chiapas

A estos tres estados se sumaron los estados de Guerrero, Veracruz y Chihuahua por interés particular de la CNDH. Los primeros dos casos porque se han emitido dos declaratorias de Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres, una por violencia feminicida y otra por agravio comparado, en esta última situación, precisamente porque, entre otras cuestiones, existe incumplimiento en la aplicación de la NOM-046 en ambos estados. En las dos entidades, se ha propuesto eliminar de la legislación local el requisito de que el Ministerio Público autorice la práctica del aborto médico, buscando adecuarla conforme a lo que dispone la NOM-046 desde 2016, en el sentido de que basta la simple declaración por escrito de la mujer de embarazada de que su condición es consecuencia de una violación sexual.

En el caso del estado de Chihuahua, además de que presenta graves problemas de violencia sexual, con efectos en cuestiones como el embarazo adolescente, se encuentra en proceso de declaratoria de la Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres para la entidad, por lo que se espera aportar elementos importantes para que las instancias correspondientes tomen las decisiones pertinentes.

En la siguiente tabla se muestran las instancias e informantes clave para el desarrollo de la investigación información:

Tabla 3 Matriz informantes clave tipo

Instancias federales	Instancias estatales	Especialistas	Organizaciones de la Sociedad Civil
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) - Personal directivo de Unidad de Salud de atención directa - Personal médico de unidades de Salud de atención médica directa. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) - Personal directivo de unidades de Salud de atención directa. - Personal médico de unidades de Salud de atención médica directa.	Secretaría de Salud - Personal directivo de unidades de Salud de atención directa. - Personal médico de unidades de Salud de atención médica directa.	Academia del ámbito nacional y estatal Expertas del ámbito nacional y estatal	Del ámbito nacional y estatal

Específicamente, se muestra la adscripción institucional de las personas informantes clave a quienes se les entrevistó en el marco de la investigación:

Tabla 4 Instituciones públicas de salud informantes⁴⁶

1. ISSSTE Clínica Hospital Huachinango, Puebla
2. Unidad de Salud Guadalupe y Calvo, Servicios de Salud Estatales, Chihuahua

⁴⁶ Las entrevistas con el personal de salud de la Unidades señaladas se concretaron en febrero de 2021. Cabe aclarar que originalmente se invitó a participar a 25 unidades de salud, pero 5 no respondieron a la invitación, entre ellas y de manera destacada, tres que correspondían a los servicios de salud del estado de Guerrero.

3. Hospital Regional de Delicias, Servicios de Salud Estatales, Chihuahua
4. Centro de Salud San Gabriel Chilac, Servicios de Salud Estatales, Puebla
5. Centro de Salud de Servicios Ampliados, Tezihutlán, Servicios de Salud Estatales, Puebla
6. Centro de Salud de Servicios Ampliados, Soledad Atzompa, Servicios de Salud Estatales, Veracruz
7. Hospital General de Perote, Servicios de Salud Estatales, Veracruz
8. IMSS, Unidad Médica Bienestar Samachique, Chihuahua
9. Hospital General de Papantla, Servicios de Salud Estatales, Veracruz
10. Hospital General Palenque, Servicios de Salud Estatales, Chiapas
11. Centro de Salud de Servicios Ampliados, Zinacantán, Servicios de Salud Estatales, Chiapas
12. Centro de Salud de Servicios Ampliados, Cintalapa, Servicios de Salud Estatales, Chiapas
13. IMSS, Hospital General de Subzona, Río Verde, San Luis Potosí
14. Centro de Salud Tamazunchale Urbana, Servicios de Salud Estatales, San Luis Potosí
15. IMSS, Hospital General de Subzona, Huixtla, Chiapas
16. ISSSTE, Clínica de Medicina familiar San Andrés Tuxtla, Veracruz
17. Centro de Salud de Santa Catarina, Servicios Estatales de Salud, San Luis Potosí
18. ISSSTE, Clínica Hospital, Tuxpan, Veracruz
19. IMSS, Hospital General de Subzona, Necaxa, Puebla
20. ISSSTE, Clínica de medicina Familiar con Especialidades y Quirófano, Ciudad Altamirano, Guerrero

Cabe señalar que para la selección de las unidades de salud antes enlistadas se consideraron unidades de los tres niveles de atención, principalmente de Primero y Segundo nivel, en las cuales se priorizó que se ubicaran en municipios indígenas, en localidades pequeñas y marginadas, excepcionalmente en centros urbanos con menos de 150,000 habitantes.⁴⁷ A partir de estos criterios se realizó una selección aleatoria.

Tabla 5 Organizaciones de la sociedad civil informantes

1. EQUIFONIA, VERACRUZ
2. INSTITUTO DE LIDERAZGO SIMONE DE BEAUVOIR ILSB, NACIONAL
3. IPAS, SALUD, ACCESO, DERECHOS, NACIONAL
4. ASOCIACIÓN GUERRERENSE CONTRA LA VIOLENCIA HACIA LAS MUJERES, AC, GUERRERO
5. GIRE A.C., NACIONAL
6. CATÓLICAS POR EL DERECHO A DECIDIR (CDD) MÉXICO, NACIONAL
7. EDUCIAC, EDUCACIÓN Y CIUDADANÍA, AC SLP
8. CENTRO DE DERECHOS HUMANOS DE LAS MUJERES, AC, CHIHUAHUA
9. MEXFAM, SAN LUIS POTOSÍ
10. MEXFAM, VERACRUZ
11. MEXFAM, DIVERSAS ENTIDADES DE LA REPÚBLICA

⁴⁷ Se tomó como referencia lo señalado en las siguientes fuentes de información. Para la proporción de población indígena por territorio: http://atlas.inpi.gob.mx/?page_id=7228. Para indagar sobre la marginación y cantidad de población en una localidad: <http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/Default.aspx?buscar=1&tipo=nombre&campo=ent&valor=&varent=07>

2. MARCO JURÍDICO

Los derechos humanos están expresados en las constituciones, en las leyes nacionales y en convenciones regionales e internacionales. Son instrumentos que establecen derechos de las personas y obligaciones de las entidades gubernamentales que sirven de referente para la definición y práctica adecuada de sus políticas. Muchas personas y grupos sociales consideran que los derechos humanos de las mujeres sirven para empoderarlas, porque proporcionan mecanismos que les permiten hacer valer sus intereses de manera legítima. Las entidades gubernamentales pueden emplear los derechos humanos para el avance de la justicia social en la comunidad que lideran y a la que sirven, y las personas y los grupos sociales pueden emplearlos para exigirles a las entidades gubernamentales que acaten los estándares de conducta a los cuales se han comprometido⁴⁸.

En México, en la actualidad, existe una evolución en las normas nacionales en términos de su armonización con respecto a los principios de derechos humanos, tales como el respeto a las libertades fundamentales, a la autonomía, a la intimidad y a la elección sobre el propio cuerpo o de vida familiar, lo que ha servido para proteger a las personas contra las intervenciones del estado y de la sociedad, así como para promover su bienestar en general⁴⁹.

La mortalidad materna y la mala salud reproductiva se constituyen en una violación de los derechos humanos cuando son causadas, en su totalidad o en parte, por el hecho de que el Estado incumple su deber de respetar, proteger y garantizar los derechos humanos que conforman lo que hoy llamamos derechos reproductivos⁵⁰.

Una característica de los derechos humanos es que son dinámicos y están en permanente expansión en razón de las demandas de las mujeres y otros grupos sociales, con lo que se ha ido profundizando y ampliando el contenido de cada derecho humano, al tiempo que se sumaban nuevos derechos como parte integral e indivisible de los derechos humanos reconocidos⁵¹. No obstante, la dinámica de los mismos no siempre es progresiva y se pueden observar casos concretos de reformas legales que podrían constituirse en retrocesos en

⁴⁸ Rebeca, J, Bernard M y Mahmoud F. Fathalla (2002), *Salud reproductiva y derechos humanos, integración de la medicina, la ética y el derecho*, Ed. Oxford. P. 43.

⁴⁹ Por ejemplo, "En 1988, en la decisión de la Corte Suprema de Canadá que declaró que la disposición restrictiva del Código Penal sobre aborto era inconstitucional y sin efectos, el presidente de la Corte observó que "forzar a una mujer mediante la amenaza de una sanción penal, a llevar su feto a términos a menos que cumpla criterios, que nos están relacionados con sus propias prioridades y aspiraciones, es una grave interferencia con su cuerpo y por lo tanto, una violación a la seguridad de la persona" Ibid., p.100

⁵⁰ IIDH-1, 2008, p.14.

⁵¹ Ibid., p.18.

la garantía de los derechos humanos, vulnerando de esta forma el principio de progresividad contenido en el artículo 1º Constitucional.

En el caso de los derechos sexuales y reproductivos, un análisis histórico de su evolución permite afirmar que los instrumentos internacionales retomaron en su contenido, para su inclusión, las demandas del movimiento de mujeres; tales como “nuestros cuerpos nuestras vidas”, “mi cuerpo es mío”, “aborto libre y seguro”, “derecho a decidir sobre el propio cuerpo”, “el derecho a una sexualidad plena” entre muchos otros; el surgimiento de los primeros instrumentos de protección de los derechos humanos de las mujeres en los años 70, reflejaron las demandas de aquella época. Un marco específico de protección respondía, entonces como necesidad, a la constatación de carácter universal de la desigualdad de acceso a derechos entre hombres y mujeres, desigualdad social que se apoya en la diferencia sexual para justificar un sistema de discriminación y exclusión de las mujeres⁵².

El sexismo y las relaciones desiguales de poder entre mujeres y hombres, que resultan en discriminación contra las mujeres, juegan un papel muy importante en el desproporcionado número de mujeres y niñas que viven una situación de mala salud sexual y reproductiva. Por ende, son las mujeres por el hecho de serlo, las personas a quienes más se les violan los derechos humanos sexuales y reproductivos. Por ello, son las mujeres las más necesitadas de que los derechos reproductivos sean entendidos como derechos humanos⁵³.

Al incluir la perspectiva de género en el análisis de la salud sexual y reproductiva se estaría tomando en cuenta las diferencias biológicas y sociales entre hombres y mujeres con el fin de desarrollar políticas y programas que resultaran en una buena salud sexual y reproductiva para todas. Los derechos humanos de las mujeres son prerrogativas para un poco más de la mitad de la población humana, que antes de la utilización de la perspectiva de género para analizar las violaciones a los derechos humanos estaba excluida de su protección⁵⁴.

Una vez que el androcentrismo en la teoría y práctica de los derechos humanos ha venido siendo sustituido por una perspectiva de género, se ha podido entender que los derechos humanos reconocidos sí incluyen los derechos reproductivos, esto es así porque la perspectiva de género permite ver toda una gama de intereses y necesidades humanas, así como violaciones a los derechos humanos, que son sentidas mayoritariamente por mujeres pero también por hombres en cuanto a su género y por lo tanto no son visibles con la perspectiva

⁵² Cfr. González, Prado, 2018, p. 29.

⁵³ Cfr., IIDH-1, op. cit. p.15.

⁵⁴ Ibid. pp. 17 y 18.

androcéntrica. Desde una perspectiva androcéntrica, solo se ven las necesidades e intereses de los hombres como seres paradigmáticos de la humanidad o de las necesidades e intereses que ellos creen tienen las mujeres, en su calidad de seres autónomos. Necesidades e intereses como la contracepción, el aborto, el parto, la esterilización, etcétera, fueron planteadas por las feministas como asuntos de derechos humanos porque tenían que ver directamente con la vida y cuerpos de los seres humanos de sexo femenino. Fue así como se comprendió que el derecho a la salud, por ejemplo, tenían que incluir el derecho a la salud reproductiva y sexual si realmente iba a proteger y garantizar la salud de las mujeres⁵⁵.

La sexualidad es parte integral del ser humano y una condición fundamental para el pleno desarrollo de la persona. La satisfacción de necesidades básicas en el ámbito de la sexualidad requiere del contacto corporal, la intimidad, la expresión emocional, el placer, entre otras. En este marco, es fundamental reconocer que la sexualidad se construye a través de la interacción entre las personas y las estructuras sociales.

El fundamento de los derechos sexuales se encuentra en los derechos humanos, especialmente en los principios de libertad, dignidad, igualdad y no discriminación.

A partir de la realización de diversas Conferencias Internacionales convocadas por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), esta familia de Derechos ha ido cobrando mayor vigencia en todo el mundo a través de los diversos instrumentos en donde se ha considerado la necesidad de reconocerlos tanto por la sociedad como por los Estados, generando así una responsabilidad de éstos para generar acciones encaminadas no sólo a asimilarlos a nivel formal, sino también a garantizar su pleno goce.

Para gozar de una manera plena de los derechos sexuales y reproductivos (DDSSyRR) es necesario contar con información de calidad, científica, veraz, libre de prejuicios, estereotipos y estigmas, de tal forma que sea una herramienta para el empoderamiento, el autocuidado y la libre determinación de las personas y las decisiones relacionadas con su sexualidad y reproducción. Lo anterior, para que dichas decisiones sean acertadas, responsables y en caso de que así se requiera, se cuente con información para solicitar ayuda a profesionales para resolver conflictos o tomar acciones jurídicas para denunciar violaciones a estos derechos o demandar su cumplimiento.

⁵⁵ Ibid., p. 19.

Por lo tanto, hablar de los derechos sexuales, obliga a hablar de temas que anteriormente no se ventilaban en público por considerárseles tabú, como la orientación sexual o el placer sexual.

En cambio, hablar de derechos reproductivos, mueve a una reflexión que considere la existencia de nuevos seres humanos a través de la reproducción, por lo que la injerencia en la misma adquiere repercusiones de tipo filosófico-existencial, social y político.

Por lo tanto, fomentar una conducta reproductiva y sexual responsable, sana y placentera, y al mismo tiempo acceder a todos los medios necesarios para hacerla efectiva, son condiciones necesarias para vivir una vida libre, plena y digna.

Es muy importante aclarar que existe una significativa diferencia entre los derechos sexuales y los derechos reproductivos. Con el avance de la ciencia se ha logrado separar el ejercicio de la sexualidad al de la reproducción, reconociendo en el placer un ejercicio fundamental en la sexualidad, ahora se reconoce que la sexualidad puede o no devenir en la reproducción, y la reproducción no requiere un ejercicio previo de la sexualidad, gracias a las nuevas técnicas de reproducción asistida, in vitro o inseminación artificial. Por ello, aunque son derechos integrales, deben ser vistos en sus dimensiones correspondientes. Como lo señala Marta Torres (2005) los derechos reproductivos, pudieron construirse como tales -y por lo tanto ingresar en los cuerpos normativos internacionales- cuando ya existían las posibilidades médicas y tecnológicas, de controlar la reproducción humana y el acceso a los métodos anticonceptivos empezaba a generalizarse.

2.1 Marco jurídico internacional y regional

La Carta de las Naciones Unidas firmada en 1945, junto con la Declaración Universal de los Derechos Humanos aprobada en 1948, constituyen los primeros instrumentos jurídicos de carácter internacional que refieren a la igualdad entre los seres humanos sin que pueda ser considerado el sexo un motivo de discriminación; de hecho, en muchos lugares del mundo incluido México las mujeres no eran consideradas ciudadanas al no poder votar o ser votadas y no tener reconocidos los mismos derechos que los hombres.

Para impulsar el reconocimiento pleno de los derechos humanos de las mujeres, se crea la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer en 1946, con el objetivo de preparar informes sobre la promoción de los derechos de las mujeres en la política, la economía, la educación y la vida social.

La primera **Conferencia Mundial sobre la Condición Jurídica y social de la Mujer** se celebró en México en 1975, para que coincidiera con el Año Internacional de la Mujer⁵⁶. Se planteó, elaborar objetivos que guiaran las acciones encaminadas a terminar con la discriminación de la mujer y favorecer su avance social. A partir de ella y de sus 30 principios se sentaron las bases a favor de la igualdad entre mujeres y hombres, en derechos y responsabilidades, en la familia y en la sociedad, en los terrenos de la política, la economía, lo social y lo cultural. Se identificaron dos objetivos prioritarios: 1. La igualdad plena de género y la eliminación de la discriminación por motivos de género. 2. La plena participación.

En la Segunda Conferencia sobre la condición jurídica y social de la Mujer (1980), celebrada en Copenhague, se empezó a distinguir entre la igualdad legalmente reconocida, y la consecución real y efectiva de esos derechos legales. Es precisamente a partir de esta Conferencia cuando se empieza a hablar de igualdad, no sólo desde un punto de vista jurídico, sino también desde el punto de vista del ejercicio de los derechos, de la propia participación de las mujeres, de igualdad de oportunidades reales entre mujeres y hombres y no sólo de los reconocimientos en las leyes. Esta segunda Conferencia marcó tres esferas principales de actuación: 1. La igualdad en el acceso a la educación, 2. La igualdad de oportunidades en el empleo, 3. La atención a la salud de las mujeres; en este punto se empezó a hablar sobre la salud sexual de las mujeres. La Conferencia se clausuró con un programa de acción que contemplaba las causas que provocaban la brecha entre la igualdad reconocida y la posibilidad de las mujeres de ejercer los derechos, es decir sobre la necesidad de una igualdad sustantiva.

La Tercera Conferencia Mundial sobre la condición jurídica y social de la Mujer (1985), se celebró en Nairobi en el año 1985. Se vio también como una evaluación de lo que había sido el decenio de la mujer 1975-1985. En esta Conferencia se da un cambio de perspectiva importante; ya no se considera sólo que la incorporación de las mujeres en todos los ámbitos de la vida sea un derecho legítimo de éstas, sino se plantea como necesidad de las propias sociedades contar con la riqueza que supone la participación de las mujeres. Se señalan tres tipos de medidas: medidas de carácter jurídico, medidas para alcanzar la igualdad en la participación social y medidas para alcanzar la igualdad en la participación política y en los lugares de toma de decisiones.

Aunque fue en la Conferencia Internacional de Derechos Humanos celebrada en Teherán en 1968, cuando por primera vez se habla del derecho humano a determinar libremente el número de hijos y el intervalo entre sus nacimientos, se destaca por definir e impulsar los DDSSyRR la **Conferencia Internacional sobre Población y**

⁵⁶ Las amplitudes de los temas abordados en la Conferencia dieron pauta a que cinco meses después la Asamblea General de las Naciones Unidas proclamara el *Decenio de las Naciones Unidas sobre la Mujer, Igualdad, Desarrollo y Paz, 1976-1985*, dedicado a una acción eficaz y sostenida en los planos internacional, nacional y regional para aplicar el *Plan de Acción Mundial* y las resoluciones conexas a la Conferencia.

Desarrollo, realizada en El Cairo en 1994 (en adelante, **CIPD**). En esta, se diseñó el **Programa de Acción del Cairo**, (en adelante, **PACIDP**), con el que por primera vez se colocó el tema de DDSSyRR como tales en la Organización de Naciones Unidas (en adelante, ONU).

Después de muchas discusiones entre los Estados participantes, decidieron que era primordial la reducción de la fertilidad y el fortalecimiento de los DDSSyRR de las personas. Se discutió la importancia de que parejas y personas pudieran ser capaces de decidir el número e intervalo entre sus hijos y tener acceso a la información y servicios de salud reproductiva. Se señaló que la igualdad de género, el empoderamiento de las mujeres y los derechos de los y las adolescentes traerían consigo el cambio demográfico. De este modo, la CIPD se convirtió en la primera conferencia internacional que reconoció explícitamente los derechos reproductivos como derechos humanos⁵⁷.

Los Estados Partes de la CIPD se comprometieron a que, en los próximos 20 años, empeñarían esfuerzos para reducir la mortalidad materna, combatir el VIH/SIDA, mejorar la salud y el acceso a los DDSSyRR. Se planteó la necesidad de otorgar a las personas, destacadamente mujeres y adolescentes, control sobre su sexualidad y fertilidad, es decir elegir cómo vivir⁵⁸.

Entre los puntos relevantes la CIPD señaló que, “[t]odos los países deberían, en el curso de los próximos años, evaluar la magnitud de las necesidades nacionales no atendidas de servicios de planificación de la familia de buena calidad y su integración en el contexto de la salud reproductiva, prestando especial atención a los grupos más vulnerables y desatendidos de la población, por lo que los Estados deberían, en todo caso para el año 2015, tratar de proporcionar acceso universal a una gama completa de métodos seguros y fiables de planificación de la familia y a servicios conexos de salud reproductiva que no estén legalmente permitidos”⁵⁹.

La CIPD innovó por completo los DDSSyRR, al haber cambiado el objetivo principal de los programas de población, de reducir la fecundidad y frenar el crecimiento de la población al empoderar a las mujeres y promover la elección individual con respecto a la maternidad⁶⁰.

Respecto al “acceso al aborto seguro”, se señaló que:

[E]n ningún caso se debe promover el aborto como método de planificación de la familia, pero se instó a todos los gobiernos y a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales pertinentes a incrementar su

⁵⁷ Cfr., RFSU, 2005.

⁵⁸ Ibid., p. 7.

⁵⁹ PACIDP, 1994, párrafo, 7.16.

⁶⁰ Cfr., Comisión, 2018, p. 9.

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. Cualesquiera medidas o cambios relacionados con el aborto que se introduzcan en el sistema de salud se pueden determinar únicamente a nivel nacional o local de conformidad con el proceso legislativo nacional. En los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los abortos deben realizarse en condiciones adecuadas. En todos los casos, las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos. Se deberían ofrecer con prontitud servicios de planificación de la familia que ayuden también a evitar la repetición de los abortos⁶¹.

Respecto a la VCMN, el PACIDP, señaló que era necesario que los Estados Partes se comprometieran a “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. Los derechos humanos de la mujer y de las niñas son parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales [...]”⁶².

El PACIDP definió de manera integral la salud y los DDSSyRR⁶³:

La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos.

Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso.

De manera que por primera vez la comunidad internacional acordó definir de manera amplia la salud reproductiva. La definición incluye el importante reconocimiento de que la salud reproductiva no es sólo una cuestión de salud, sino que, también es una cuestión de derechos humanos. Se reconoció el derecho de personas y parejas a elegir por sí mismas si, cuándo y con qué frecuencia, quieren tener hijos. La definición también abarca el derecho de las personas a tener acceso a “servicios de salud reproductiva”, incluidos métodos de regulación de la fertilidad allí donde éstos no vayan contra la ley⁶⁴.

⁶¹ PACIDP, op. cit., párrafo 8.25.

⁶² Ibid., principio 4.

⁶³ Ibid., párrafos 7.3 y 7.2.

⁶⁴ Cfr., RFSU, op. cit., pp. 14 y 15.

El PACIPD definió la salud reproductiva y enumeró los elementos que contiene, tales como: atención de la salud materna; aborto seguro donde no está en contra de la ley; educación sobre sexualidad; salud reproductiva y, prevención y tratamiento adecuado de la infertilidad, infecciones del sistema reproductivo e Infecciones de Transmisión Sexual (en adelante ITS), incluido el VIH/SIDA.

Describió los derechos reproductivos como “el derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir de forma libre y responsable el número, el espaciamiento de sus hijos o hijas y tener la información y los medios para hacerlo”. La CIPD también definió la salud sexual como “la mejora de la vida y las relaciones personales”, pero no utilizó el término “derechos sexuales”⁶⁵.

Los Estados participantes reconocieron que la salud sexual y reproductiva es fundamental para las personas, las parejas y las familias, así como para el desarrollo social y económico de las comunidades y las naciones. La conferencia representó la superación de los programas de planificación centrados en “la familia”, situando a la mujer en el centro de un planteamiento integral de la reproducción. Además, reconoció que la salud reproductiva y sexual tenía que entenderse en el marco de los derechos humanos desde una perspectiva de género⁶⁶.

El PACIDP en su capítulo VII, titulado, “Derechos reproductivos y salud reproductiva”, vinculó explícitamente los derechos reproductivos y la salud reproductiva, este vínculo ha trascendido, pues ambos derechos se consideran unidos. El párrafo 7. 2 establece:

7.2. La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también

⁶⁵ Cfr., Comisión, 2018 p. 7.

⁶⁶ Cfr., IIDH-1, op. cit., p. 21.

la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.

El derecho a la salud sexual y reproductiva, es una parte integral del “derecho al más alto nivel posible de salud física y mental”. Al igual que con el derecho a la salud, el derecho a la salud sexual y reproductiva implica libertades y derechos. Las libertades incluyen el derecho a tomar decisiones y elecciones libres y responsables con respecto a nuestros cuerpos y nuestra salud sexual y reproductiva. Los derechos incluyen el acceso sin trabas a una variedad de establecimientos de salud, bienes, servicios e información que permitan a las personas cumplir con el derecho a la salud sexual y reproductiva⁶⁷.

En julio de 1999 hubo una revisión de los cinco primeros años del Programa. El documento que resultó de ello planteó acciones clave para la ulterior implementación de la iniciativa actualizada, que se denominaría Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD+5, 1999), mismo que reafirmó los principios acordados en 1994. Algunos objetivos fueron incluso más lejos y se agregaron metas específicas sobre prevención del VIH/SIDA. La definición de DDSSyRR se amplió planteando, por ejemplo, que la salud reproductiva no se puede medir únicamente en función de cuántas personas usan anticonceptivos.

Cabe destacar que la **Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing** en 1995, reafirmó los acuerdos de la CIPD en donde los gobiernos asistentes firmaron una Declaración y una Plataforma de Acción (**Plataforma de Acción de Beijing**, en adelante, **PAB**) considerando lo siguiente respecto a los DDSSyRR:

Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia. Las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto de la integridad de la persona, exigen el respeto y el consentimiento recíprocos y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual⁶⁸.

En la Declaración de Beijing, los Estados Partes se mostraron convencidos de que, “los derechos humanos de la mujer son derechos humanos”, y es un deber de los Estados Partes, garantizar la igualdad de acceso y la igualdad de trato de hombres y mujeres en la educación y la atención a la salud; así como, de la necesidad de intensificar los esfuerzos para garantizar el disfrute de condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades a todas las mujeres y las niñas que enfrentan múltiples barreras para lograr su potenciación y su adelanto por

⁶⁷ Cfr., Comisión, op. cit., p. 10.

⁶⁸ PAB, 1995, párrafo, 96.

factores como la raza, la edad, el idioma, el origen étnico, la cultura, la religión o la discapacidad, o por pertenecer a la población indígena.

La PAB enlistó 12 esferas de especial preocupación u objetivos estratégicos:

- A. La mujer y la pobreza,
- B. Educación y capacitación de la mujer,
- C. La mujer y la salud,
- D. La violencia contra la mujer,
- E. La mujer y los conflictos armados,
- F. La mujer y la economía,
- G. La mujer en el ejercicio del poder y la adopción de decisiones,
- H. Mecanismos institucionales para el adelanto de la mujer,
- I. Los derechos humanos de la mujer,
- J. La mujer y los medios de comunicación,
- K La mujer y el medio ambiente, y
- L. La niña.

En relación con los DDSSyRR, es relevante el contenido de la esfera *C. La mujer y la salud*⁶⁹. En esta esfera se señala entre muchas otras cuestiones que: la mujer tiene derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. El disfrute de ese derecho es esencial para su vida y su bienestar y para su capacidad de participar en todas las esferas de la vida pública y privada. La salud no es sólo la ausencia de enfermedades o dolencias sino un estado de pleno bienestar físico, mental y social, incluye el bienestar emocional, social y físico; contribuyen a determinar su salud tanto factores biológicos como el contexto social, político y económico en que vive. El principal obstáculo que impide a la mujer alcanzar el más alto nivel posible de salud es la desigualdad entre la mujer y el hombre y entre mujeres de diferentes regiones geográficas, clases sociales y grupos indígenas y étnicos. Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva; y decidir libremente respecto de esas cuestiones sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia.

En la lucha contra las desigualdades en materia de salud, como el acceso desigual a los servicios de atención de la salud y su insuficiencia, los gobiernos deberían promover una política activa y visible de integración de la

⁶⁹ PAB, op. cit., Numerales 89 al 111.

perspectiva de género en todas las políticas y programas, a fin de que se haga un análisis de los efectos en uno y otro sexo de las de decisiones adoptadas.

Aunado a lo anterior, se plantean medidas que han de realizar los Estados Partes, en relación con la armonización legislativa de los DDSSyRR⁷⁰:

- Reafirmar el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, proteger y promover el respeto de ese derecho de la mujer y de la niña, por ejemplo, incorporándolo en las legislaciones nacionales; examinar las leyes en vigor, incluidas las relativas a la atención de salud, y las políticas conexas, cuando sea oportuno, para poner de manifiesto el interés por la salud femenina y asegurarse de que responden a las nuevas funciones y responsabilidades de la mujer, dondequiera que vivan.
- Considerar la posibilidad de revisar leyes que prevén medidas punitivas contra las mujeres que han tenido abortos ilegales.
- Reforzar las leyes, reformar las instituciones y promover normas y prácticas que eliminen la discriminación contra las mujeres, y alentar tanto a las mujeres como a los hombres a asumir la responsabilidad de su comportamiento sexual con respecto a la procreación; garantizar el pleno respeto a la integridad de la persona, tomar medidas para garantizar las condiciones necesarias para que las mujeres ejerzan sus derechos con respecto a la procreación y eliminar las leyes y prácticas coercitivas.
- Revisar y enmendar las leyes y combatir las prácticas según sea pertinente, que puedan contribuir a la susceptibilidad de las mujeres a la infección con el VIH, y otras enfermedades de transmisión sexual, entre otras cosas promulgando leyes contra las prácticas socioculturales que contribuyen a ello, y aplicar leyes, políticas y prácticas que protejan a las mujeres, las adolescentes y las niñas de la discriminación basada en el VIH/SIDA.

De acuerdo con lo señalado en el objetivo estratégico “D”, la violencia contra la mujer viola y menoscaba o impide su disfrute de los derechos humanos y las libertades fundamentales. La expresión “violencia contra la mujer” se refiere a todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad ya sea que ocurra en la vida pública o privada; la violencia contra la mujer puede tener entre otras formas: la violencia física, sexual y psicológica en la familia, incluidos los golpes, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido la mutilación genital y otras prácticas tradicionales que atentan contra la mujer y la violencia relacionada con la explotación. La violencia física sexual y psicológica al

⁷⁰ Ibid., Objetivo estratégico C. 1 Numeral 106, inciso b y k; C.1 Numeral 107 d); Numeral 108 b).

nivel de la comunidad en general, incluidas las violaciones, los abusos sexuales, el hostigamiento y la intimidación sexuales en el trabajo⁷¹.

Entre las medidas que entonces se recomendaron a los Estados Partes para la armonización legislativa en esta materia, se enlistan las siguientes⁷²:

- Desarrollar programas y procedimientos tendientes a eliminar el hostigamiento sexual y otras formas de violencia contra la mujer de todas las instituciones de enseñanza, lugares de trabajo y demás ámbitos.
- Adoptar medidas especiales para eliminar la violencia contra las mujeres, en particular las especialmente vulnerables como las jóvenes como, las refugiadas, las desplazadas interna y externamente, las que padecen discapacidad y las trabajadoras migrantes, entre las medidas encaminadas a hacer cumplir la legislación vigente y a elaborar según proceda, nueva legislación para las trabajadoras migratorias tanto en los países de origen como en los de acogida.
- Adoptar medidas apropiadas para abordar las causas fundamentales, incluidos los factores externos, que promuevan la trata de mujeres y niñas para fines de prostitución y otras formas de sexo comercializado, los matrimonios forzados y el trabajo forzado, entre ellas las encaminadas a fortalecer la legislación vigente con miras a proteger mejor los derechos de las mujeres y las niñas y a castigar a los autores por la vía penal y civil.
- Asignar recursos a la formulación de programas amplios encaminados a sanar y rehabilitar en la sociedad a las víctimas de la trata de mujeres, entre ellos los de formación profesional, asistencia letrada y atención de salud confidencial, y adoptar medidas de cooperación con las organizaciones no gubernamentales para la atención social, médica y psicológica de las víctimas.
- Elaborar programas y políticas de educación y capacitación y examinar la posibilidad de promulgar legislación encaminada a impedir el turismo y el tráfico sexuales, haciendo particular hincapié en la protección de las jóvenes y los niños.

El Objetivo estratégico *L. La niña*⁷³ refiere a los DDSSyRR de este grupo especialmente vulnerable. Ahí se abordan diversos aspectos que empezaron a sentar las bases para conceptualizar el matrimonio infantil o las uniones de hecho con niñas y adolescentes menores de edad como formas de trata de mujeres. Así como se empiezan a visibilizar otras prácticas contra su salud y el bienestar de las niñas, como la mutilación genital, la explotación y el abuso sexual.

⁷¹ PAB, op. cit., Numerales del 112 al 130

⁷² Ibid., Objetivo estratégico D1. Numeral 126, a) y d); D3. Numeral 130, b), d) y e).

⁷³ Ibid., Numerales del 259-285

Entre las medidas que entonces se recomendaron para la armonización legislativa del contenido de esta esfera estratégica, se destacan⁷⁴:

- Promulgar y hacer que se cumplan estrictamente las leyes destinadas a velar por que sólo se contraiga matrimonio con el libre y pleno consentimiento de los contrayentes; además, promulgar y hacer que se cumplan estrictamente las leyes relativas a la edad mínima para expresar consentimiento y contraer matrimonio y elevar la edad mínima para contraer matrimonio cuando sea necesario.
- Fortalecer y reformar la educación sanitaria y los servicios de salud, sobre todo los programas de atención primaria de la salud incluidas la salud sexual y reproductiva; crear buenos programas de salud que satisfagan las necesidades físicas y mentales de las muchachas y para atender las necesidades de las madres jóvenes, las mujeres embarazadas y las madres lactantes.
- Promulgar y aplicar leyes que protejan a las muchachas contra toda forma de violencia, como la elección prenatal del sexo y el infanticidio femenino, la mutilación genital, el incesto, los abusos sexuales, la explotación sexual, la prostitución y la pornografía infantiles, y establecer programas seguros y confidenciales y servicios de apoyo médico, social y psicológico apropiados para cada edad destinados a las niñas que son víctimas de la violencia.

La revisión del cumplimiento de las Declaración y Plataforma de Acción Beijing ha sido periódica y se ha realizado cada cinco años. El proceso de revisión correspondiente al 2000 se denominó “Nuevas Medidas”, y fue aprobado por la Asamblea General en ese año, en cuyo marco se instó a los Estados Partes a poner una mayor atención, en la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos de la mujer. Se señaló que se habría aumentado el conocimiento y la utilización de los métodos de planificación de la familia y los métodos anticonceptivos, y la intención era prestar mayor atención a las infecciones de transmisión sexual –incluido el VIH/SIDA– contraídos por las mujeres y las niñas, y a los métodos de protección contra esas infecciones. No obstante, se alertaba sobre la falta de un planteamiento integral de la salud y la atención médica de las mujeres y las niñas, basada en sus derechos a disfrutar del mayor nivel de salud física y mental posible durante todo su ciclo vital.

Así mismo, se planteaba que los obstáculos tales como la desigualdad de las relaciones de poder entre hombres y mujeres, que hacen que la mujer carezca a menudo de capacidad para insistir en que el sexo se practique de forma segura y responsable, y la falta de comunicación y comprensión entre los hombres y las mujeres respecto de las necesidades de la salud de la mujer, entre otras cosas, ponen en peligro la salud de la mujer, haciéndola más vulnerable a las enfermedades de transmisión sexual y repercuten en el acceso de las mujeres a la atención

⁷⁴ PAB, op. cit., Objetivo estratégico L.1. Numerales 274 e), 281 c), 283 d).

médica y la educación en materia de salud, especialmente respecto de la prevención; particularmente las adolescentes siguen careciendo de acceso a la información y a los servicios en materia de salud sexual y reproductiva⁷⁵.

Como cuestión también prioritaria, se indicó que los Estados deben⁷⁶:

- Examinar y revisar la legislación, cuando proceda, con miras a introducir una legislación eficaz, en particular sobre la violencia contra la mujer y adoptar otras medidas necesarias para velar por que se proteja a todas las mujeres y las niñas contra todas las formas de violencia, física, psicológica y sexual y se les permita recurrir a la justicia.
- Establecer leyes y fortalecer los mecanismos apropiados para encarar las cuestiones penales relativas a todas las formas de violencia en el hogar, incluso la violación en el matrimonio y los abusos sexuales contra mujeres y niñas, y procurar que tales casos sean llevados rápidamente ante la justicia.

En el proceso de seguimiento referente al cumplimiento de la PAB del año 2010 (conocido como *Beijing +15, Examen y aplicación de la Plataforma de Acción de Beijing 1995*) y las discusiones relativas en el 54º periodo de sesiones de la Asamblea General de la ONU que se llevó a cabo del 1 al 12 de marzo del 2010, se realizó un examen plenario de alto nivel de la aplicación de la Plataforma de Acción de Beijing y de los documentos finales del 23º periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General, en el que se compartieron las experiencias y las buenas prácticas en el cumplimiento de la PAB a fin de superar los obstáculos que subsisten y plantear nuevos desafíos. Respecto al objetivo estratégico C. *La Mujer y la Salud* señala que, las acciones por parte de los Estados Miembros han seguido cuatro tendencias principales: a) Aumento de los esfuerzos de incorporar la perspectiva de género en los marcos normativos relativos a la salud y de ampliar las medidas dirigidas a las mujeres; b) Mejora del acceso de las mujeres a buenos servicios médicos; c) Aumento de los esfuerzos encaminados a mejorar la salud sexual y reproductiva de las mujeres; y d) Aumento de la atención que se presta a las enfermedades no transmisibles específicas de las mujeres.

A 20 años de la PAB diversas organizaciones de la sociedad civil señalaron que: las necesidades insatisfechas de planificación familiar en las mujeres de 15 a 49 años siguen siendo altas en algunos países; la mayor parte de las mujeres indígenas no rechaza la planificación familiar, pero prefiere formas tradicionales propias de anticoncepción; la disminución de la mortalidad materna es uno de los desafíos pendientes. México se localizó

⁷⁵ Nuevas Medidas, 2000, Numeral 12.

⁷⁶ Ibid., Numeral 69, incisos a) y d).

entre los países con menores logros, en términos de que la mortalidad materna estaba vinculada principalmente a problemas de la atención de las emergencias obstétricas y el aborto inseguro, como también sucedía en varios países de la región latinoamericana⁷⁷.

En cuanto al aborto, dicho documento planteaba que seguía siendo considerado prácticamente ilegal en la mayoría de los países de la región, aunque en muchos de ellos la legislación lo permite en algunas circunstancias. Si bien, en la actualidad se han desarrollado más regulaciones normativas, éstas aún continúan siendo declarativas y no reflejan ni el alcance real de atención de abortos que se vienen dando en los servicios, ni las necesidades no atendidas que obligan a las mujeres a recurrir servicios clandestinos. Aún existen múltiples barreras y persisten criterios y prejuicios que mantienen inaccesible el aborto seguro en la realidad, incluso para los casos que corresponden a las causales permitidas. Si bien muchos países incorporaron normas de educación sexual, las trabas que tiene su implementación (boicot de los gobiernos, de los grupos reaccionarios, enfoques de la genitalidad de la sexualidad y no integrales, falta de recursos para la adecuada incorporación de la educación sexual en el sistema formal) dejan a la población más joven desprotegida. En algunos países directamente no existe legislación que norme o establezca la educación sexual integral en las escuelas. Persiste la discriminación a las mujeres que viven con VIH en los servicios de salud, especialmente en los de salud sexual y reproductiva, lo que incluye, en algunos países, la negación del derecho a la maternidad a través de esterilizaciones forzadas.

La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer aprobada en 1979 (en adelante **CEDAW**), es un instrumento internacional de derechos humanos de las mujeres, jurídicamente vinculante y es considerado el más completo, universal y específico que existe hasta hoy en materia de garantía del derecho a no ser discriminadas por el hecho de ser mujeres.

La CEDAW entre otras cuestiones obliga a los Estados Partes a adoptar medidas concretas para eliminar la discriminación contra las mujeres, condenar toda forma de discriminación basada principalmente en el sexo o el género, tomar medidas para consagrar la igualdad en sus constituciones políticas; abolir las leyes costumbres y prácticas que redunden en discriminación contra las mujeres; así como establecer protección jurídica contra la discriminación.

⁷⁷ Cfr., NGO, CSW, (2015) *A 20 años de la Plataforma de Acción de Beijing, Objetivos estratégicos de la Sociedad Civil, Beijing+20, América Latina y el Caribe*. Revisado en línea en: <http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2015/03/NGO-CSW-LAC-Beijing20-ES.pdf>

Del mismo modo, establece medidas transitorias para el adelanto de las mujeres y la igualdad entre mujeres y hombres, conocidas como acciones afirmativas, al señalar que los Estados pueden tomar medidas especiales de carácter temporal que aceleren el logro de la igualdad entre los sexos sin que éstas sean interpretadas como discriminatorias respecto a los hombres. Determina que un acto discriminatorio es aquel que tenga por objeto o por resultado, la violación de los derechos humanos de las mujeres. Sanciona no sólo la negación de un derecho, sino también el negar ciertos aspectos de un derecho, así como la simple tentativa de discriminar.

La Convención define la discriminación contra la mujer en su artículo 1 “la expresión discriminación contra la mujer, denotará toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera”.

Entre los derechos que tutela en sentido amplio el derecho a no ser discriminadas, se destacan los siguientes DDSSyRR: el derecho a no ser discriminada por razones de matrimonio o maternidad; el derecho a la salud; a la atención médica; a la planificación familiar; la protección contra todas las formas de trata de mujeres y explotación sexual a través de la prostitución y, los servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el periodo posterior al parto.

Los artículos, 10, 11 y 12 de la CEDAW se encuentran relacionados con la protección de los DDSSyRR, específicamente establecen la obligación de los Estados Partes para adoptar las siguientes medidas:

- Acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluida la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia.
- El derecho a la protección de la salud y a la seguridad en las condiciones de trabajo, incluso la salvaguardia de la función de reproducción.
- Prohibir, bajo pena de sanciones, el despido por motivo de embarazo o licencia de maternidad y la discriminación en los despidos sobre la base del estado civil.
- Prestar protección especial a la mujer durante el embarazo en los tipos de trabajos que se haya probado puedan resultar perjudiciales para ella.
- 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.

- 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.

Además del contenido de la protección a los DDSSyRR en la CEDAW, son complementarias y obligatorias las Recomendaciones hechas por el **Comité que da seguimiento a su cumplimiento a los Estados partes** (en adelante, **COCEDAW**)⁷⁸. Este emite recomendaciones generales que son para todos los Estados Partes y recomendaciones específicas, como son:

- La Recomendación General, No 15 (1990), sobre las medidas que deben tomar los estados para prevenir y atender el SIDA, especialmente cuando se trata de mujeres y niñas.
- La Recomendación General No 19 (1992) establece la obligación de los Estados Partes de aplicar medidas para impedir la coacción con respecto a la fecundidad y la reproducción, y para asegurar que las mujeres no se vean obligadas a buscar procedimientos médicos riesgosos, tales como los abortos ilegales, por falta de servicios apropiados en materia de control de la natalidad, coaccionando a los estados para que elaboren informes sobre la amplitud de esos problemas e indiquen las medidas que hayan adoptado y sus resultados.
- La Recomendación General No. 24 (1999) señala que los Estados Partes deberían ejecutar una estrategia nacional amplia para fomentar la salud de la mujer durante todo su ciclo de vida. Esto incluye intervenciones dirigidas a la prevención y el tratamiento de enfermedades y afecciones que atañen a la mujer, al igual que respuestas a la violencia contra la mujer, y a garantizar el acceso universal de las mujeres a una plena variedad de servicios de atención de la salud de gran calidad y asequibles, incluidos servicios de salud sexual y reproductiva. También señala que los Estados Partes deberán realizar esfuerzos con el fin de que se eliminen todas las barreras de acceso de la mujer a los servicios, la educación y la información sobre salud, inclusive la salud sexual y reproductiva, dando prioridad a la prevención del embarazo no deseado, enmendando la legislación que castigue el aborto, con el fin de

⁷⁸ Con el fin de examinar los progresos alcanzados en la implementación de la Convención en los Estados Partes se estableció el Comité de las Naciones Unidas para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, (COCEDAW) compuesto por 23 integrantes de gran prestigio moral y competencia en la situación de las mujeres elegidas por los Estados Partes de la Convención entre sus nacionales y quienes ejercen sus funciones a título personal. La tarea principal del COCEDAW, es vigilar y evaluar la correcta aplicación de la Convención y colaborar con los Estados Partes. El COCEDAW examinará los progresos logrados en la aplicación de la Convención mediante el estudio de los informes que los Estados partes hayan presentado al Secretario General sobre medidas legislativas, judiciales, administrativas y de otro tipo que han adoptado, con el fin de cumplir con sus obligaciones derivadas de la Convención.

abolir las medidas punitivas impuestas a mujeres que se hayan sometido a abortos. Todo lo anterior enfocado desde la perspectiva de género.

Respecto a los DDSSyRR la CEDAW ha realizado recomendaciones específicas al Estado mexicano, las cuales se recuperan a continuación⁷⁹:

- 426. El Comité recomienda que todos los estados de México revisen su legislación de modo que, cuando proceda, se garantice el acceso rápido y fácil de las mujeres al **aborto** (1998).
- 410. El Comité recomienda que se desarrolle una labor de capacitación del personal de la salud sobre los derechos humanos de la mujer, específicamente sobre su derecho a seleccionar, libremente y sin coacción, los **métodos anticonceptivos** (1998).
- 408. El Comité recomienda que el Gobierno evalúe la conveniencia de revisar la legislación que penaliza el aborto y sugiere que se evalúe la posibilidad de autorizar el uso del **anticonceptivo RU486**, tan pronto esté disponible, ya que es económico y de fácil uso (1998).
- 446. El Comité recomienda que el Estado parte examine la situación de la población adolescente con prioridad y lo exhorta a adoptar medidas para que se garantice el acceso a servicios de **salud reproductiva y sexual** y se preste atención a las necesidades de información de los **adolescentes**, incluso mediante la aplicación de programas y políticas conducentes a incrementar los conocimientos sobre los diferentes medios anticonceptivos y su disponibilidad, en el entendimiento de que la planificación de la familia es responsabilidad de ambos integrantes de la pareja. Además, insta al Estado parte a que se fomente la educación sexual de los adolescentes, prestando especial atención a la prevención y a la lucha contra el VIH/SIDA (2002).
- 33. El Comité insta al Estado Parte a que amplíe la cobertura de los servicios de salud, en particular la atención de la **salud reproductiva** y los servicios de planificación de la familia, y a que trate de eliminar los obstáculos que impiden que las mujeres tengan acceso a esos servicios. Además, el Comité recomienda que se promueva e imparta ampliamente la educación sexual entre hombres y mujeres y adolescentes de ambos sexos. El Comité pide al Estado Parte que armonice la legislación relativa al aborto a los niveles federal y estatal. Insta al Estado Parte a aplicar una estrategia amplia que incluya el acceso efectivo a servicios de aborto seguros en las circunstancias previstas en la ley, y a una amplia variedad de métodos anticonceptivos, incluidos anticonceptivos de emergencia, medidas de concienciación sobre los riesgos de los abortos realizados en condiciones peligrosas y

⁷⁹ Las recomendaciones por país se encuentran compiladas por tema en el documento, ONU, UNFPA y ONU MUJERES (2018) México ante la CEDAW, y se pueden consultar en la siguiente liga: <https://www.onu.org.mx/wp-content/uploads/2019/04/MEXICO-ANTE-LA-CEDAW-2018-web.pdf>, y si se desea tener los informes como fueron citados en el documento en versión completa, se encuentran disponibles en: <https://www.ohchr.org/sp/hrbodies/cedaw/pages/cedawindex.aspx>.

campañas nacionales de sensibilización sobre los derechos humanos de la mujer, dirigidas en particular al personal sanitario y también al público en general (2006).

- 31. El Comité recomienda que el Estado parte: a) Garantice el acceso universal a servicios de atención de salud y a información y educación sobre salud y DDSSyRR, en particular para las adolescentes, a fin de **prevenir los embarazos no deseados y de adolescentes**; b) Continúe con la campaña de concienciación *Un condón es más confiable que el destino*, y la amplíe; c) Bajo la orientación del Observatorio de Mortalidad Materna, intensifique sus esfuerzos para reducir la tasa de **mortalidad materna**, en particular adoptando una estrategia amplia de maternidad sin riesgos en que se dé prioridad al acceso a servicios de salud prenatal, posnatal y obstétricos de calidad y al establecimiento de mecanismos de vigilancia y asignación de responsabilidad (2012).
- El Comité pide al Estado parte que: a) Armonice las leyes federales y estatales relativas al **aborto**, a fin de eliminar los obstáculos que enfrentan las mujeres que deseen interrumpir un embarazo de forma legal y amplíe también el acceso al aborto legal teniendo en cuenta la reforma constitucional en materia de derechos humanos y la recomendación general núm. 24 (1999) del Comité; b) Informe a los proveedores de servicios médicos y trabajadores sociales que **las enmiendas constitucionales locales no han derogado los motivos para interrumpir un embarazo de forma legal y les comuniqué también las responsabilidades que les incumben**; c) Se asegure de que en todos los estados las mujeres que tengan motivos legales que justifiquen la interrupción de un embarazo tengan acceso a servicios médicos seguros, y vele por la debida aplicación de la NOM-046 en particular el acceso de las mujeres que han sido violadas a anticonceptivos de emergencia, al aborto y a tratamiento para la prevención de enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA (2012).
- 42. En consonancia con su recomendación general núm. 24 (1999) sobre la mujer y la salud, el Comité recomienda al Estado parte que⁸⁰:
 - a) Ponga mayor empeño en acelerar la armonización de las leyes y los protocolos federales y estatales sobre el aborto para garantizar el acceso al aborto legal y, aunque no haya sido legalizado, a los servicios de atención posterior al aborto;
 - b) Armonice las leyes federales y estatales pertinentes con la Ley General de Víctimas y la NOM-046, sobre la violencia familiar, sexual y contra las mujeres, e informe y capacite adecuadamente al personal médico para que pueda ofrecer atención especializada a las mujeres y las niñas víctimas de la violencia sexual, lo que comprende la prestación de servicios esenciales de anticoncepción de emergencia y aborto;
 - c) Elabore los protocolos necesarios para poner en práctica las modificaciones de la Ley General de Salud, que permiten la objeción de conciencia mientras no ponga en peligro la vida de la madre y no impida que las mujeres

⁸⁰ Ver: <https://www.onu.org.mx/wp-content/uploads/2019/04/MEXICO-ANTE-LA-CEDAW-2018-web.pdf>.

y las niñas accedan al aborto legal, y vele por que, en esos casos, las mujeres y las niñas sean derivadas a un profesional adecuado;

d) Armonice las leyes federales y estatales para calificar la violencia obstétrica como una forma de violencia institucional y por razón de género, de conformidad con la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, y garantice el acceso efectivo a la justicia y a medidas integrales de reparación a todas las mujeres víctimas de la violencia obstétrica;

e) Reduzca la incidencia de la mortalidad materna, en particular mediante la colaboración con las parteras tradicionales y la capacitación de los profesionales sanitarios, especialmente en las zonas rurales, velando por que todos los partos cuenten con la asistencia de personal sanitario especializado, de conformidad con las metas 3.1 y 3.7 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible;

f) Vele por que el personal médico solicite el consentimiento plenamente informado antes de realizar esterilizaciones, que se sancione a los profesionales que realicen esterilizaciones sin dicho consentimiento y que se ofrezca reparaciones e indemnizaciones monetarias a las mujeres víctimas de esterilizaciones no consentidas (2018).

En esta materia, otros comités de las Naciones Unidas han realizado recomendaciones al Estado mexicano. Por ejemplo, el Comité de Derechos Humanos examinó el Quinto Informe Periódico de México (CCPR/C/MEX/5)⁸¹ y en su 2708.^a sesión, celebrada el 23 de marzo de 2010 (CCPR/C/SR.2708), aprobó las siguientes observaciones finales⁸²:

10. Al Comité le preocupa que, pese a la Norma Federal 046 (NOM-046) emitida por el Ministerio de Salud (sic) y el dictamen de la Suprema Corte de Justicia sobre la constitucionalidad de la despenalización del aborto en 2008, el aborto sea aún ilegal en todas las circunstancias conforme a las constituciones de muchos estados (arts. 2, 3, 6 y 26 del Pacto). El Estado parte debe armonizar la legislación sobre el aborto en todos los estados en consonancia con el Pacto y asegurar la aplicación de la Norma Federal 046 (NOM-046) en todo su territorio. Asimismo, debe tomar medidas para ayudar a las mujeres a evitar embarazos no deseados para que no tengan que recurrir a abortos ilegales o inseguros que pudieran poner en riesgo la vida de la madre.

⁸¹ En sus sesiones 2686.^a a 2688.^a, celebradas los días 8 y 9 de marzo de 2010 (CCPR/C/SR.2686 a 2688).

⁸² CLADEM, 2013, p. 218.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales examinó el Cuarto informe periódico de México sobre la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (E/C.12/4/Add.16)⁸³, y en su 29ª sesión, celebrada el 19 de mayo de 2006, aprobó las siguientes observaciones finales:

44. El Comité recomienda al Estado Parte que asegure y supervise el pleno acceso de las mujeres víctimas de violación al aborto legal, que aplique el Programa de Arranque Parejo en la Vida en todos sus Estados, vele por que todos tengan plenamente acceso, especialmente las niñas y las jóvenes, a la educación y los servicios de salud reproductiva, sobre todo en las zonas rurales y las comunidades indígenas, y asigne recursos suficientes con ese fin.

Por su parte, el Comité de los Derechos del Niño ha determinado que en el caso de que una niña requiera de un aborto, este siempre debe ser garantizado en condiciones seguras por el Estado. Al respecto, ha puesto especial énfasis en el derecho de las niñas, (según la evolución de sus capacidades) al asesoramiento confidencial y al acceso a la información sin el consentimiento de sus padres o tutores, para garantizarles el derecho a un aborto legal. También ha recomendado que: “los Estados deben estudiar la posibilidad de permitir que las niñas accedan a someterse a determinados tratamientos e intervenciones médicas sin el permiso de un progenitor o tutor”. Ha recomendado que, tratándose de niñas: “los Estados garanticen el acceso al aborto en condiciones de seguridad y a servicios posteriores al aborto, independientemente de si el aborto es en sí legal”⁸⁴.

El **Sistema Interamericano** para la protección de los derechos humanos creado en el marco de la Organización de Estados Americanos (en adelante, OEA), cuenta con varios instrumentos internacionales que vinculan a sus Estados Miembros y son herramientas útiles para la promoción y protección de los DDSSyRR. Se encuentran, entre otros, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, la Convención Americana sobre Derechos Humanos (en adelante CADH), el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en adelante, Protocolo de San Salvador); la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará) y la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura (en adelante, CIPST). Estos vinculan a los Estados Miembros de la OEA que los han ratificado, al Sistema Interamericano de Derechos

⁸³ En sus sesiones 13ª, 14ª y 15ª, celebradas los días 9 y 10 de mayo de 2006 (E/C.12/2006/SR.13 a 15).

⁸⁴ Comité de Derechos del Niño, Recomendación General, 15

Humanos; es decir que, la Comisión y la Corte Interamericana de Derechos Humanos son especialmente importantes en la producción de jurisprudencia para la protección de los DDSSyRR⁸⁵.

En el Sistema Interamericano de Derechos Humanos, la **Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer** (en adelante Convención de Belém do Pará), es la más relevante en materia de protección de las mujeres contra la violencia. Este sistema establece que la violencia es un problema social y cultural que se refleja entre otros ámbitos en la salud sexual y reproductiva de las mujeres. La definición de violencia contenida en el artículo 1º señala que “La violencia sexual cometida contra las mujeres puede darse tanto dentro de la familia o la unidad doméstica como en la comunidad, a través de la violación, el abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, acoso sexual, incesto, estupro, etcétera. Es obligación de los Estados Partes de esta Convención, prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres”.

Un problema serio respecto a los DDSSyRR, en relación al aborto, es que parecen depender de posturas éticas o políticas de quien tiene el poder en los gobiernos. Así lo consideró la Corte Interamericana de Derechos Humanos (en adelante, COIDH) con fundamento en la Convención Belém do Pará, en el Caso Acevedo Buendía y Otros vs. Perú, donde estableció que para legislar se debe tomar en cuenta el marco de derechos humanos en el que se inscribe este problema. Pues la Corte afirmó que la progresividad exigida en el artículo 26 de la CADH podrá ser objeto de rendición de cuentas, y que la regresividad en materia de los derechos económicos, sociales y reproductivos es justiciable.

- Jurisprudencia internacional y regional

Los instrumentos internacionales de derechos humanos contribuyeron al reconocimiento de que la protección de la salud sexual y reproductiva es un asunto de justicia social, y que alcanzar un estado adecuado de la salud puede ser logrado a través del mejoramiento de la aplicación de los derechos humanos contenidos en las constituciones nacionales existentes y en los tratados regionales e internacionales de derechos humanos⁸⁶.

El compromiso con los derechos humanos, y por ende con los DDSSyRR, supone que los Estados asuman obligaciones para garantizar, en forma progresiva, que en todo momento todas las personas puedan

⁸⁵ Cfr., CNDH, 2013.

⁸⁶ Cfr., J. Cook R, et al., 2003

disfrutarlos. Cuando firman y ratifican un instrumento internacional de derechos humanos (IIDDHH), los gobiernos se comprometen a cumplir, proteger y garantizar estos derechos; esto significa que deben rendir cuentas ante su población por el incumplimiento de dichas obligaciones⁸⁷. En ese sentido, toda sentencia jurídica que emita cualquier órgano jurisdiccional reconocido por el derecho mexicano en virtud de su adhesión a esos IIDDHH, resulta en jurisprudencia válida y vigente en el marco del sistema judicial mexicano.

Enseguida se revisan las obligaciones estatales respecto a los DDSSyRR a la luz de algunas sentencias relevantes emitidas por órganos jurisdiccionales del Sistema Interamericano, el Sistema de Naciones Unidas y el Sistema Jurídico Mexicano:

- Obligación de respetar (abstenerse de acciones/actitudes que ponga en riesgo el ejercicio de los derechos)
- Obligación de proteger (adoptar medidas destinadas a evitar que otros agentes o sujetos violen los derechos fundamentales)
- Obligación de garantizar (adoptar medidas/actitudes que permitan el ejercicio de los derechos)
- Obligación de promover (adoptar medidas/actitudes que permitan el empoderamiento de las personas para que ejerzan sus derechos)

La obligación de respetar implica que el Estado debe reconocer la existencia de los derechos reproductivos y no debe privar arbitrariamente a las personas de cualquiera de ellos en razón de usos y costumbres o creencias religiosas.

Tampoco debe dificultar el acceso de las personas al disfrute de estos derechos. La obligación de respetar algunos de los derechos reproductivos es en principio una obligación negativa, puesto que supone un límite del ejercicio del poder estatal que pudiera amenazar el acceso de la población a los servicios de salud reproductiva.

En el siguiente caso, referente al Amparo en revisión 601/2017, es un comité de ética de un hospital quien obstaculiza el acceso a un derecho sexual y reproductivo de una menor de edad. Dicho comité se basó en consideraciones médicas que no tienen relación con los requisitos establecidos en el Código Penal, en este caso del estado de Morelos, para que una víctima de violación accediera a la interrupción legal del embarazo. La Suprema Corte de Justicia de la Nación (en adelante, SCJN) dicta que el Estado mexicano está obligado a

⁸⁷ Cfr., IIDH-1, 2008, p.75

garantizar el acceso a los servicios de interrupción voluntaria del embarazo a toda víctima de violación sexual en los casos permitidos por la ley sin excepción.

SCJN, Extracto del Amparo en Revisión 601/2017⁸⁸

ANTECEDENTES: MPA, siendo menor de edad, fue víctima de violación sexual y, como consecuencia, quedó embarazada. El delito fue denunciado formalmente a la Agencia del Ministerio Público de Morelos. Tiempo después, mediante una valoración médica, se diagnosticó que el producto presentaba hidrocefalia severa, lo que implicaba un riesgo alto en el embarazo. Por estas razones, la menor y su madre solicitaron la interrupción del embarazo tanto a las autoridades del Hospital General de Cuernavaca (el Hospital), como a la Fiscalía Especializada de Delitos Sexuales de Morelos (la Fiscalía). El Comité de Bioética del Hospital analizó la referida solicitud y determinó que no había justificación médica para la interrupción del embarazo, pues si bien el producto presentaba una malformación congénita, la vida de la madre no estaba en peligro y, sin esperar la respuesta de la Fiscalía, ordenó dar de alta a MPA. Inconformes, la menor y sus padres promovieron un juicio de amparo indirecto. El juzgado de distrito de Morelos que conoció el asunto concedió el amparo, pero únicamente por la falta de una debida fundamentación y motivación sobre la conclusión a la que llegó el Comité de Bioética. En desacuerdo con dicha resolución, la menor y sus padres interpusieron recurso de revisión, del cual conoció la Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación mediante el ejercicio de su facultad de atracción.

RESOLUCIÓN DEL CASO: Se concedió el amparo, esencialmente, por las siguientes razones. Conforme a la legislación vigente en materia de víctimas, el Estado está obligado a garantizar a toda víctima de violación sexual el acceso a los servicios de interrupción voluntaria del embarazo en los casos permitidos por la ley, es decir, en los supuestos excluidos de responsabilidad penal. Según el Código Penal de Morelos, el aborto no es punible, entre otros supuestos, cuando el embarazo sea resultado de una violación y cuando, a juicio de un médico especialista, se diagnostiquen alteraciones congénitas o genéticas del producto de la concepción que den como resultado daños físicos o mentales graves, siempre que la mujer embarazada lo consienta. En este contexto, debido a que las autoridades, desde un primer momento, tuvieron conocimiento de que el embarazo era consecuencia directa de una violación sexual, se evidenció un claro desconocimiento tanto de la legislación penal local como de la

⁸⁸ El texto íntegro de la sentencia puede consultarse en el siguiente enlace: Revisado en: https://www.scjn.gob.mx/derechos-humanos/sites/default/files/sentencias-emblematicas/sentencia/2020-01/AR%20601_2017.pdf

normativa relacionada con víctimas y, por tanto, se constituyó como una violación grave de los derechos humanos de MPA al extender el sufrimiento, daño físico y psicológico que padeció como consecuencia del delito. Lo anterior, se evidenció con mayor claridad, al advertir que, en el caso concreto, se actualizó otra excluyente de responsabilidad contemplada en la legislación penal local, consistente en la alteración congénita del producto. En consecuencia, se reconoció la calidad de víctima directa de la menor y de víctimas indirectas de sus padres y se ordenó a las autoridades correspondientes su inscripción en los registros nacional y estatal de víctimas, su acceso a los recursos del fondo respectivo y decretar las medidas de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción y no repetición que se estimaran convenientes, a fin de garantizarles una reparación integral del daño⁸⁹.

Otro ejemplo de ello es el *caso K. L. c. el Perú*⁹⁰, referido a una joven peruana de 17 años de edad a la que se negó un aborto terapéutico. Cuando K. L. tenía 14 semanas de embarazo los médicos de un hospital público en Lima diagnosticaron que el feto sufría de anencefalia, una anomalía fetal que pondría en peligro la salud de la menor si no interrumpía el embarazo. El Código Penal del Perú permite el aborto terapéutico siempre que sea necesario para preservar la vida o la salud de la madre. No obstante, el director del hospital le negó la realización de un aborto terapéutico a la joven que fue obligada a dar a luz y alimentar al lactante hasta su inevitable defunción días después de nacer. El Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas dictaminó que, al denegar la petición de aborto de la demandante conforme al Código Penal del Perú, el Gobierno había incumplido las obligaciones que le impone el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. El Comité decidió, entre otras cosas, que el Gobierno debía adoptar medidas para evitar que en el futuro se produzcan violaciones similares. Una medida podría ser crear un protocolo de atención para orientar a las y los profesionales de la salud sobre casos en los que el aborto terapéutico es lícito y debería realizarse.⁹¹

Otro caso relevante en el contexto mexicano es el de Paulina, una joven de Baja California a la que se le negó la interrupción legal del embarazo a pesar de que tenía pleno derecho. El caso se tramitó ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (en adelante, CIDH) el 8 de marzo de 2002 por parte de varias organizaciones de la sociedad civil. Estas denunciaron al Estado mexicano por la transgresión de los derechos humanos en perjuicio de Paulina del Carmen Ramírez Jacinto. La menor fue víctima de una violación sexual de

⁸⁹ SCJN, Extracto del Amparo en Revisión 601/2017, Dirección General de Derechos Humanos, México.

⁹⁰ Karen Noelia Lantoy Huamán c. Perú, comunicación No. 1153/2013, UNDOC, CPR/C/85/D/1153/2003 (2005).

⁹¹ Citado en; IIDH-1, 2008, p.75

la cual resultó embarazada y fue obstaculizada por las autoridades estatales para ejercer su derecho a interrumpir dicho embarazo, según lo establecido por ley mexicana (Informe 21/07, 2006).⁹²

La obligación de garantizar derechos humanos se incumplió en el citado caso en virtud de que el Código Penal del Estado de Baja California, contenía la causal para garantizar el aborto en caso de violación a las mujeres bajacalifornianas. “Las peticionarias refieren que de conformidad con el artículo 136 del Código Penal de Baja California, Paulina del Carmen Ramírez Jacinto tenía derecho a un aborto legal, previa autorización del Ministerio Público, ya que la violación constituye una de las excepciones en las que el aborto no es penalizado:

‘El aborto no será punible: I. (...), II. (...), Cuando el embarazo sea resultado de una violación (...), siempre que el aborto se practique dentro del término de noventa días de la gestación y el hecho haya sido denunciado, caso en el cual bastará con la comprobación de los hechos por parte del Ministerio Público para autorizar su práctica.’”

La obligación de proteger significa que el gobierno debe promulgar y aplicar leyes para que las mujeres y los hombres puedan ejercer sus derechos reproductivos; la obligación de proteger exige a los Estados que regulen a los agentes no estatales, especialmente las empresas o las personas que puedan amenazar el derecho de otras personas.⁹³

Respecto al argumento de la igual protección a la “vida del producto de la concepción”, la SCJN se pronunció en la Acción de inconstitucionalidad 10/2000, a través de una tesis jurisprudencial aislada, estableciendo que la disposición relativa al aborto no transgrede ni el principio de igualdad ni es discriminatoria.

Suprema Corte de Justicia de la Nación. ABORTO. El artículo 334, fracción III, del Código Penal para el Distrito Federal, no transgrede la garantía de igualdad, pues no autoriza que se prive de la vida al producto de la concepción.

Al establecer el citado precepto la posibilidad de que cuando se produzca la conducta delictiva (aborto), prohibida expresamente por el artículo 329 de aquel ordenamiento, pero se reúnan los requisitos consignados en aquella fracción, las sanciones previstas en los diversos numerales 330, 331 y 332, no podrán aplicarse, es indudable que no transgrede la garantía de igualdad contenida en el artículo 4o.

⁹² El 8 de marzo de 2006, durante el 124º período ordinario de sesiones de la CIDH, el Estado mexicano y las peticionarias suscribieron un acuerdo de solución amistosa. En el Informe referido, aprobado de acuerdo al artículo 49 de la Convención Americana, la CIDH resume los hechos denunciados, refleja el acuerdo logrado por las partes, los avances logrados en torno a su cumplimiento, y decide su publicación. Informe no. 21/07, petición 161-02, solución amistosa, Paulina del Carmen Ramírez Jacinto, México, 9 de marzo de 2007.

⁹³ IIDH-1, 2008, p.75

de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Pues dicha NOM-046 no dispone que, a determinados productos de la concepción, por sus características, se les pueda privar de la vida, lo que sí sería discriminatorio⁹⁴.

La obligación de cumplir o garantizar establece el deber a los Estados de adoptar las medidas legislativas, administrativas, presupuestarias y judiciales que sean necesarias para la plena realización de los derechos reproductivos. Una muestra de dicha obligación es el caso Amelia, en este la CIDH concedió medidas precautorias a una mujer embarazada en Nicaragua que padecía cáncer y requería quimioterapia. Ante la negativa de las autoridades públicas de salud para autorizar un aborto terapéutico y tratar el cáncer de Amelia, la CIDH ordenó al Estado proteger su vida y su salud⁹⁵.

Actualmente la SCJN considera la interrupción legal del embarazo, derivada de una violación sexual, como una urgencia médica. Esto es muy relevante ya que en el sector salud los casos se atienden según la urgencia que puedan representar, así se estableció en el Amparo en revisión 1170/2017.

SCJN, Resumen de Amparo en Revisión 1170/2017

Antecedentes: En octubre de 2016, una mujer solicitó al Titular de la Dirección de Atención Médica de Servicios de Salud de la Secretaría de Salud del Estado de Oaxaca, la interrupción del embarazo producto de una violación sexual, hecho delictivo que fue denunciado ante la Agencia del Ministerio Público de la Fiscalía Especializada en Delitos contra la Mujer por razón de Género.

Derivado de lo anterior, el Director de Atención Médica remitió dicha solicitud a la Directora de una institución de salud en el Estado de Oaxaca, a fin de que se le brindara a la interesada la atención médica oportuna. Una vez que fue informada de lo anterior, la mujer se presentó en las instalaciones de la institución médica a la que fue canalizada, sin embargo, ahí se le indicó que la referida institución se encontraba en paro laboral por el Sindicato de Trabajadores de la Secretaría de Salud, por lo que sólo atendían situaciones de emergencia.

Inconforme, la mujer embarazada promovió juicio de amparo señalando, en esencia, que la negativa de aborto se constituía como tratos crueles e inhumanos equiparables a tortura, por lo que pedía se le

⁹⁴ Acción de inconstitucionalidad 10/2000. Diputados integrantes de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal. 29 y 30 de enero de 2002. Mayoría de siete votos. Disidentes: Sergio Salvador Aguirre Anguiano, Juan Díaz Romero, José Vicente Aguinaco Alemán y Guillermo I. Ortiz Mayagoitia. Ponente: Olga Sánchez Cordero de García Villegas. Secretario: Pedro Alberto Nava Malagón.

⁹⁵ Citado en Gire, 2012.

reconociera su calidad de víctima al existir una violación grave a sus derechos humanos. El Juzgado de Distrito al que le correspondió conocer del asunto, dictó sentencia en la que determinó, entre otras cuestiones, sobreseer en el juicio, al estimar que se actualizaba una causal de improcedencia, dado que la quejosa había informado bajo protesta de decir verdad, que el embarazo fue interrumpido mediante una intervención efectuada en un diverso hospital, por lo que entonces el asunto había quedado sin objeto o materia. En desacuerdo, la parte quejosa interpuso recurso de revisión del cual conoció un Tribunal Colegiado de Circuito, quien determinó que lo procedente era solicitar a la Suprema Corte de Justicia de la Nación que ejerciera su facultad de atracción para conocer del asunto.

De esta forma, mediante resolución plenaria de 25 de septiembre de 2017, la Segunda Sala del Máximo Tribunal determinó ejercer su facultad de atracción señalando que cuando exista una imposibilidad material, suficientemente justificada, la institución médica debe ejercer sus recursos y facultades para procurar que diversa institución sanitaria atienda en calidad de emergencia la solicitud en cuestión, siendo responsable del seguimiento cabal al procedimiento y conclusión efectiva del mismo. Así, la Sala estimó que la negativa de interrupción legal del embarazo se traduce en una violación grave de derechos humanos, lo que coloca a la parte quejosa en un estado de vulnerabilidad suficiente para reconocerle el carácter de víctima, por lo que determinó que la misma debía tener acceso a los mecanismos de reparación previstos en la Ley General de Víctimas⁹⁶.

Por otra parte, la SCJN en el Amparo en revisión 1388/2015, que se resolvió hasta el año 2019, señaló que cuando se viola un derecho a las mujeres que solo las afecta a ellas en razón del sexo el acto o la negación de un derecho, es un acto de discriminación⁹⁷.

Resumen del caso: El 24 de septiembre de 2013 la señora Marisa fue informada de que estaba embarazada, los doctores que la atendieron le informaron que su embarazo era considerado de alto riesgo ya que meses atrás se había sometido a una cirugía de bypass gástrico. La mujer de 41 años de edad presentaba un problema de sobrepeso y, adicionalmente, el producto tenía una enfermedad congénita. Debido a estas complicaciones que representaban un riesgo para su salud física y emocional, la señora Marisa solicitó a los médicos del hospital que interrumpieran el embarazo. Ante la negativa

⁹⁶ Amparo en revisión 1170/2017. Ministro ponente, José Fernando Franco González Salas. 2 de mayo 2018. Disponible en: https://www.law.utoronto.ca/utfl_file/count/documents/reprohealth/mexico_2018_rape_fernanda.pdf

⁹⁷ Amparo en revisión 1388/2015. Ministro Ponente, Alfredo Gutiérrez Ortiz Mena, 123 Resuelto por unanimidad en sesión de 15 de mayo de 2019. Resumen de sentencia: Revisado en línea en: https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/sinopsis_asuntos_destacados/documento/2018-05/2S-180418-JFFGS-1170.pdf

de la institución a brindar este servicio, ella interpuso un amparo basado en el argumento de que la Ley General de Salud no establecía la causal salud para realizar la interrupción legal del embarazo.

La Suprema Corte de Justicia determinó otorgarle el Amparo a la quejosa considerando que fue violado su derecho a la Salud de forma integral, estableciendo que “cuando las mujeres solicitan servicios específicos que sólo ellas requieren, como la interrupción del embarazo por motivos de salud, la negación de dichos servicios y las barreras que restringen o limiten su acceso, constituyen actos de discriminación y una violación al derecho de igualdad ante la ley”⁹⁸.

La obligación de investigar constituye un medio para garantizar los derechos establecidos en los artículos 4, 5 y 7 de la CADH, y su incumplimiento acarrea la responsabilidad internacional del Estado. El caso que mejor ejemplifica el incumplimiento del Estado mexicano de sus deberes de proteger e investigar es “Campo Algodonero o González y Otras”. Este refiere a la responsabilidad internacional del Estado por la falta de diligencia en las investigaciones relacionadas a la desaparición y muerte de Claudia Ivette Gonzáles, Esmeralda Herrera Monreal y Laura Berenice Ramos Monárrez. Los derechos violados fueron agresión sexual, derecho a la honra y la intimidad, derecho a la integridad personal, derechos de las mujeres, derechos de los niños y las niñas, dignidad, garantías judiciales y procesales, protección judicial, responsabilidad internacional del Estado.

Laura Berenice Ramos, estudiante de 17 años de edad, desapareció el 22 de septiembre de 2001. Claudia Ivette González, de 20 años de edad y trabajadora en una empresa maquilladora, desapareció el 10 de octubre de 2001. Esmeralda Herrera Monreal, empleada doméstica de 15 años de edad, desapareció el 29 de octubre de 2001. Los familiares de estas víctimas presentaron las denuncias de desaparición, sin embargo, no se iniciaron las investigaciones pertinentes. Las autoridades se limitaron a elaborar los registros de desaparición, carteles de búsqueda, toma de declaraciones y el envío del oficio a la Policía Judicial. El 6 de noviembre de 2001 se encontraron los cuerpos de Claudia Ivette González, Esmeralda Herrera Monreal y Laura Berenice Ramos Monárrez con signos de violencia sexual. Se concluyó que las tres mujeres estuvieron privadas de su libertad antes de su muerte. A pesar de los recursos interpuestos por sus familiares, no se investigó ni se sancionó a los responsables.

La obligación de prevenir requiere, en particular, que los Estados Partes reconozcan suficientemente el derecho a la salud en sus sistemas políticos y ordenamientos jurídicos nacionales, de preferencia mediante la aplicación

⁹⁸ Ibid., p. 2-8.

de leyes, y adopten una política nacional de salud acompañada de un plan detallado para el ejercicio del derecho a la salud.

Los Estados tienen que velar por la apropiada formación del personal médico, la existencia de un número suficiente de hospitales, clínicas y otros centros de salud; así como por la promoción y el apoyo a la creación de instituciones que prestan asesoramiento y servicios de salud mental. Todo lo anterior con una distribución equitativa a lo largo del país. El caso de Valentina Rosendo Cantú es útil para ilustrar la obligación del Estado de prevenir los derechos humanos de las mujeres. Los hechos de este caso se suscitaron en un contexto de importante presencia militar dirigida a reprimir actividades ilegales como la delincuencia organizada en el estado de Guerrero. En esta entidad un importante porcentaje de la población pertenece a comunidades indígenas que residen en municipios de gran marginación y pobreza.

Valentina Rosendo Cantú es una mujer indígena perteneciente a la comunidad Me'phaa. Al momento de los hechos tenía 17 años, estaba casada Fidel Bernardino Sierra y tenía una hija. El 16 de febrero de 2002 ella se encontraba en un arroyo cercano a su domicilio. Se disponía a bañarse cuando ocho militares, acompañados de un civil que llevaban detenido, se acercaron a ella y la rodearon. Dos de ellos la interrogaron sobre “los encapuchados” mientras otro le apuntaba con un arma. Le mostraron una foto de una persona y una lista con nombres; ella les indicó que no conocía a la gente por la que preguntaban. El militar que le apuntaba la golpeó en el estómago con el arma provocando que cayera al suelo. Acto seguido uno de los militares la tomó del cabello mientras insistió sobre la información requerida. Finalmente le rasguñaron la cara, le quitaron la ropa y dos de ellos la violaron.

Tanto Valentina Rosendo Cantú como su esposo, presentaron una serie de recursos a fin de denunciar los hechos y solicitar que se realizaran las investigaciones necesarias para identificar y sancionar a los responsables. La investigación fue remitida a la jurisdicción penal militar, la cual decidió archivar el caso.⁹⁹

2.2 Marco jurídico nacional

⁹⁹ Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Ficha Técnica Rosendo Cantú y otra Vs. México*. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/fichas/rosendocantu.pdf>

La Constitución protege los DDSSyRR, sin embargo, la disputa gira en torno a la interpretación y el alcance de este derecho, ya que muchas personas y grupos sociales niegan que la Constitución otorgue el derecho al aborto dado que la carta magna no utiliza esos términos. Esto a pesar de que la SCJN ha resuelto múltiples casos en la materia¹⁰⁰, y en el sentido del orden constitucional sí lo reconoce.

La Constitución no incorpora el término “derechos sexuales y reproductivos” como tal pero, lo referente a la protección de la sexualidad y la reproducción está contenido en múltiples apartados como son: los derechos relacionados con la libertad, la igualdad, la no discriminación, la planificación familiar, el libre desarrollo de la personalidad, la libertad profesional, la libertad matrimonial o la libertad de apariencia.¹⁰¹

A este respecto, es importante señalar que la reforma constitucional en materia de derechos humanos de junio de 2011, incorpora de manera significativa los derechos humanos contemplados en los Tratados Internacionales (incluidos los que protegen derechos humanos sexuales y reproductivos de las mujeres) celebrados por el Estado mexicano. De este modo se establece su obligatoriedad y cumplimiento para todas las autoridades mexicanas.

La **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos** establece en su artículo 1º que:

En los Estados Unidos Mexicanos 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, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece.

Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia.

Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.

[...]

Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o

¹⁰⁰ Vela, Estefanía, 2017.

¹⁰¹ Ibid., 2017.

cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.

Como se puede observar, este artículo constitucional establece que los derechos humanos contenidos en la misma son inherentes a la persona humana y no requieren de ninguna característica adicional (edad, origen, sexo, nacionalidad); estos son interdependientes, indivisibles, progresivos, están reconocidos en instrumentos internacionales y regionales, y los agentes del Estado tienen deberes para respetarlos, protegerlos, garantizarlos y promoverlos.

El artículo 1º constitucional, además, establece que los derechos humanos deben interpretarse conforme a la Constitución y tratados internacionales, así como ciertos principios como el pro persona, que señala que cuando exista conflicto entre lo dispuesto por dos o más normas, se atenderá al estándar de protección más amplio o al menos restrictivo; o el interés superior de las y los menores para sobreponerlo a los intereses de los terceros, incluidos el del padre o la madre o los y las tutoras legales.

Los DDSSyRR son derechos humanos en tanto, como derechos reproductivos, suponen el reconocimiento al derecho básico de todas las personas a decidir libre y responsablemente cuestiones relativas a su reproducción y el derecho a alcanzar el más alto nivel de salud durante el proceso. Como derechos sexuales se reconocen basados en la potestad de tener control sobre las cuestiones relativas a la propia sexualidad.

El artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece de manera mucho más específica un marco legal de los DDSSyRR que tampoco es explícito, pero señalan algunos de sus párrafos relativos a este precepto:

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 protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social¹⁰².

¹⁰² Párrafo adicionado y publicado en el Diario Oficial de la Federación con fecha 03 de febrero de 2020.

La ley reglamentaria del artículo 4º Constitucional es la **Ley General de Salud** (1984), que establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. En sus artículos segundo, 27 y 69 refiere a algunos DDSSyRR y su protección.

Artículo 2o.- El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades: I. El bienestar físico y mental de la persona, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;

Artículo 27. Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a: V. La salud sexual y reproductiva;

Artículo 69.- La Secretaría de Salud, con base en las políticas establecidas por el Consejo Nacional de Población para la prestación de servicios de planificación familiar y de educación sexual, definirá las bases para evaluar las prácticas de métodos anticonceptivos, por lo que toca a su prevalencia y a sus efectos sobre la salud¹⁰³.

Respecto de los DDSSyRR, esta ley establece en su artículo 68 que la planificación familiar debe basarse en las estrategias que establezca el Consejo Nacional de Población. Lo anterior considerando que la planificación familiar es una cuestión de políticas públicas más que un derecho humano sexual y reproductivo.

La **Ley General de Población**¹⁰⁴ establece en su artículo 3º que es facultad de la Secretaría de Gobernación dictar y ejecutar las medidas necesarias a través de los servicios educativos y de salud pública que se dispongan, así como vigilar que dichas medidas se lleven con respeto a los derechos fundamentales y preserven la dignidad de las familias. Esto con el objeto de regular racionalmente y estabilizar el crecimiento de la población, así como promover la plena integración de la mujer al proceso económico, educativo, social y cultural.

El **Reglamento de la Ley General de Población** profundiza en el contenido de las disposiciones señaladas en la Ley y tiene, entre otros, el objetivo de “la promoción de los principios de igualdad entre el hombre y la mujer”. En su artículo 5º el Reglamento de la Ley General de Población plantea:

La política nacional de población tiene por objeto incidir en el volumen, dinámica, estructura por edades y sexo y distribución de la población en el territorio nacional, a fin de contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida de sus habitantes y al logro de la participación justa y equitativa de hombres y mujeres en los beneficios del desarrollo económico y social.

El respeto a las garantías individuales consagradas en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, a los derechos humanos, a la equidad de género y a los valores culturales de la población mexicana, es el principio

¹⁰³ Ley General de Salud, 1984, última reforma publicada DOF 01-06-2021., artículo 69.

¹⁰⁴ Ley General de Población, 1974, última reforma publicada DOF 12-07-2018.

en el que se sustenta la política nacional de población y los programas en la materia, así como los programas migratorios y respecto de la mujer¹⁰⁵.

En este Reglamento se define la planificación familiar a la que se refiere el artículo 4º Constitucional como el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos, así como a obtener la información especializada y los servicios idóneos.

El contenido del Reglamento de la Ley General de Población es relevante en muchos sentidos para la construcción de la igualdad entre mujeres, hombres y lo referente a sus DDSSyRR. Esta ley establece en sus artículos 14 y 24 lo siguiente:

- Los programas de planificación familiar son indicativos, por lo que en la información que se imparta no se identificará la planificación familiar con el control natal o con cualquier otro sistema que impliquen acciones apremiantes o coactivas para las personas que impidan el libre ejercicio del derecho.
- Los servicios de planificación familiar deberán estar integrados y coordinados con los de salud reproductiva y educación, para lograr el bienestar de las personas y de la familia con un enfoque de género.
- El Consejo Nacional de Población proporcionará a los jueces u oficiales del Registro Civil la información sobre planificación familiar, igualdad jurídica de la mujer y del varón, responsabilidades familiares compartidas y organización legal y desarrollo de la familia para que se difunda entre los que intervengan en los actos del estado civil.
- Los programas de población de la Administración Pública Federal deberán en su contenido reevaluar el papel de la mujer y el varón en el seno familiar, así como evitar toda forma de abuso, coerción, violencia o discriminación individual o colectiva hacia las mujeres.
- La obligación de la Administración Pública Federal de promover la igualdad de derechos y obligaciones para mujeres y hombres en el seno de la familia. La participación de sus integrantes en un marco de relaciones de corresponsabilidad, así como establecer medidas para impulsar la igualdad social y económica entre la mujer y el hombre.

¹⁰⁵ Reglamento de la Ley General de Población, 2000, última reforma publicada DOF 28-09-2012, artículo 3º.

- La responsabilidad del Consejo Nacional de Población de diseñar campañas y llevar a cabo acciones que sensibilicen a la población acerca de la violencia contra la mujer en todas sus formas, y las repercusiones que este problema social ejerce sobre el desarrollo integral de la mujer y la familia. Esto con la finalidad de que dichas acciones contribuyan a prevenir la violencia en el seno familiar y a fortalecer espacios en que los menores, adolescentes y jóvenes aprendan una cultura de respeto a los miembros de la familia y a la dignidad de la mujer.
- En la elaboración de la política, de los instrumentos programáticos, la realización de las acciones y la promoción de iniciativas a favor de la mujer, las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal observarán el principio de equidad y género.
- La equidad de género se traducirá en el establecimiento y fortalecimiento de mecanismos destinados a impulsar la igualdad de derechos, responsabilidades y oportunidades de mujeres y hombres, revaloración del papel de la mujer y del hombre en el seno familiar, así como la no discriminación individual o colectiva hacia la mujer.

Cabe señalar que estas disposiciones sobre la política de población son de orden público e interés general, y rigen en todo el territorio nacional. Adicionalmente, en términos del Artículo 80 bis de la Ley General de Población, “el Gobierno Federal, en coordinación con los Gobiernos de las Entidades Federativas y Municipales deberá: I. Promover el desarrollo y fomentar el arraigo de los mexicanos al territorio nacional; II. Crear programas para atender los impactos de la emigración en las comunidades de origen, especialmente en lo relacionado con la problemática de la desintegración familiar y con la atención de personas en situación de vulnerabilidad.”¹⁰⁶

Se debe tener en cuenta que toda la planeación demográfica en términos del Reglamento de la Ley General de Población corresponde al Consejo Nacional de Población. Este realiza acciones de coordinación con las entidades federativas que según el artículo 34 del citado reglamento “[...] tiene a su cargo [para] la planeación demográfica nacional, y para el cumplimiento de sus fines contará con una Secretaría General y con una Comisión Consultiva de Enlace con Entidades Federativas”.¹⁰⁷

¹⁰⁶ Ley General de Población, 1974, última reforma publicada DOF 12-07-2018, artículo 80 bis.

¹⁰⁷ Reglamento de la Ley General de Población, 2000, última reforma publicada DOF 28-09-2012, artículo 34.

La **Ley General de Acceso de las Mujeres a Una Vida Libre de Violencia** define en su artículo 6 y 13 los conceptos de violencia sexual, hostigamiento sexual y acoso sexual:

Artículo 6. Los tipos de violencia contra las mujeres son:

[...]

V. La violencia sexual. - Es cualquier acto que degrada o daña el cuerpo y/o la sexualidad de la Víctima y que por tanto atenta contra su libertad, dignidad e integridad física. Es una expresión de abuso de poder que implica la supremacía masculina sobre la mujer, al denigrarla y concebirla como objeto,

[...]

Artículo 13.- El hostigamiento sexual es el ejercicio de poder, en una relación de subordinación real de la víctima frente al agresor en los ámbitos laboral y/o escolar. Se expresa en conductas verbales, físicas o ambas, relacionadas con la sexualidad de connotación lasciva.

El acoso sexual es una forma de violencia en la que, si bien no existe la subordinación, hay un ejercicio abusivo de poder que conlleva a un estado de indefensión y de riesgo para la víctima, independientemente de que se realice en uno o varios eventos¹⁰⁸.

Por otra parte, la **Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación** (en adelante, LFPED) contempla las distinciones, exclusiones, o restricciones basadas en el sexo, las condiciones de salud, el embarazo, las preferencias sexuales o el estado civil que tengan por efecto impedir o anular el reconocimiento y ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades de las personas¹⁰⁹.

Por lo que en los términos del artículo 9º de esta Ley, están prohibidas las conductas discriminatorias que tengan por objeto impedir o anular el reconocimiento o ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades, entre estas conductas se encuentran la de negar o limitar información sobre derechos reproductivos, impedir el libre ejercicio de la determinación del número y espaciamiento de los hijos, negar o condicionar los servicios de atención médica, impedir las decisiones sobre su tratamiento médico o terapéutico dentro de sus posibilidades y medios, así como realizar o promover el maltrato físico o psicológico por la apariencia física, forma de vestir, hablar, gesticular o por asumir públicamente su preferencia sexual.

¹⁰⁸ Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, 2007, última reforma publicada DOF 17-12-2015, artículo 6.

¹⁰⁹ Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, 2003, última reforma publicada DOF 21-06-2018, artículos 4, 6 y 13.

Esta Ley establece además medidas compensatorias a favor de la igualdad de oportunidades, por lo que señala en su artículo 10º que los órganos públicos y las autoridades federales deben llevar a cabo acciones o medidas positivas y compensatorias a favor de la igualdad de las mujeres. Algunas de estas medidas son: ofrecer información completa y actualizada, asesoramiento personalizado sobre salud reproductiva y métodos anticonceptivos, garantizar el derecho a decidir sobre el número y espaciamiento de sus hijas e hijos, estableciendo en las instituciones de salud y seguridad social las condiciones para la atención obligatoria de las mujeres que lo soliciten.

La Ley General de Víctimas (en adelante, LGV)¹¹⁰ obliga a los servidores públicos a dar atención de manera inmediata a las víctimas de violación a los derechos humanos con independencia de su capacidad socioeconómica o nacionalidad y sin exigir condición previa para su admisión. Además, según el Art. 5º de la Ley, establece que los servicios prestados deben darse con base en el criterio de buena fe¹¹¹. El artículo 30 de la LGV, define los servicios de emergencia médica, entre los que incluye a los “servicios de interrupción voluntaria del embarazo en casos permitidos por ley, con absoluto respeto de la voluntad de la víctima; y la atención de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres víctimas”. En este artículo establece los criterios a observar en la detección, prevención, atención médica y orientación a las personas que se encuentren involucrados en situaciones de violencia familiar o sexual, así como en la notificación de los casos de embarazo por violación.

Siguiendo el principio de buena fe en los términos del artículo 5º de la LGV, el único requisito para garantizar el derecho al aborto es la solicitud por escrito bajo protesta de decir verdad de las personas afectadas y que dicho embarazo sea producto de una violación. Importante es destacar que no es obligatorio que la víctima presente una denuncia para acceder a este servicio. En caso de ser una niña menor de 12 años de edad, la solicitud puede ser hecha por su padre y/o su madre. En este sentido el personal médico, basará su actuación y la prestación del servicio de aborto en el citado principio de Buena fe, las instituciones públicas de atención médica, deberán contar con personal médico y de enfermería capacitados no objetores de conciencia, es decir con personas capacitadas que realicen las interrupciones legales del embarazo¹¹².

¹¹⁰ Ley General de Víctimas, 2013, última reforma publicada DOF 20-05-2021, artículo 5º.

¹¹¹ Buena fe.- Las autoridades presumirán la buena fe de las víctimas. Los servidores públicos que intervengan con motivo del ejercicio de derechos de las víctimas no deberán criminalizarla o responsabilizarla por su situación de víctima y deberán brindarle los servicios de ayuda, atención y asistencia desde el momento en que lo requiera, así como respetar y permitir el ejercicio efectivo de sus derechos.

¹¹² Cfr., LGV, 2013, Art. 5.

Por otra parte, están las **Normas Oficiales Mexicanas** del ámbito de la salud que establecen criterios de actuación que deben ser seguidos por las prestadoras y prestadores de servicios de salud del Sistema Nacional de Salud cuando atienden a cualquier persona. Enseguida se analizan aquellas relacionadas con los DDSSyRR.

La **Norma Oficial Mexicana, NOM-190-SSA1-1999**, modificada y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 6 de abril de 2009, a partir de lo cual se denominó como **NOM-046-SSA2-2005**, fija los criterios para la prevención y atención de la Violencia familiar, sexual y contra las mujeres, los cuales se deben observar “en la detección, prevención, atención médica y la orientación que se proporciona a las usuarias y los usuarios de los servicios de salud en general y en particular a quienes se encuentren involucradas en situaciones de violencia familiar o violencia sexual”.

De la NOM-046 destaca que define la consejería y acompañamiento médico en casos de violencia; el aborto médico; las formas de maltrato físico, psicológico, sexual, económico y la anticoncepción de emergencia y perspectiva de género, entre otros conceptos. Además, establece indicadores de abandono, violencia física, violencia psicológica, violencia sexual, y define la atención médica de la violencia familiar y sexual como sigue:

4.3. [...] conjunto de servicios de salud que se proporcionan con el fin de promover, proteger y procurar restaurar al grado máximo posible la salud física y mental, de las y los usuarios involucrados en situación de violencia familiar y/o sexual. Incluye la promoción de relaciones no violentas, la prevención, la detección y el diagnóstico de las personas que viven esa situación, la evaluación del riesgo en que se encuentran, la promoción, protección y procurar restaurar al grado máximo posible su salud física y mental a través del tratamiento o referencia a instancias especializadas y vigilancia epidemiológica¹¹³.

El 24 de marzo de 2016, se publicaron en el Diario Oficial de la Federación, la Modificación a los numerales 6.4.2.7, 6.4.2.8, 6.6.1 y 6.7.2.9 de la NOM-046-SSA2-2005, quedando estos en los términos siguientes:

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

¹¹³ Numeral 4.3. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de los servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, para quedar como NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. Revisada en línea en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5430957&fecha=24/03/2016.

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.

Se deberá respetar la objeción de conciencia del personal médico y de enfermería encargados del procedimiento.

Las instituciones públicas prestadoras de servicios de atención médica federales deberán sujetarse a las disposiciones federales aplicables.

6.4.2.8. Para los efectos establecidos en el numeral 6.4.2.7, las instituciones públicas de atención médica, deberán contar con médicos y enfermeras capacitados no objetores de conciencia. Si en el momento de la solicitud de atención no se pudiera prestar el servicio de manera oportuna y adecuada, se deberá referir de inmediato a la usuaria, a una unidad de salud que cuente con este tipo de personal y con infraestructura de atención con calidad.

6.6.1. Corresponde a las y los prestadores de servicios de salud informar a la persona afectada sobre su derecho a denunciar los hechos de violencia que se presenten, así como de la existencia de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas y de las Comisiones Ejecutivas de las entidades federativas o sus equivalentes y de los centros de apoyo disponibles, responsables de orientar a las víctimas sobre los pasos a seguir para acceder a los servicios de atención, protección y defensa para quienes viven violencia familiar o sexual, facilitando y respetando la autonomía en sus decisiones e invitando a continuar el seguimiento médico, psicológico y de trabajo social.

6.7.2.9. Anticoncepción de emergencia e interrupción voluntaria del embarazo, conforme a la legislación correspondiente.

Para la atención al grupo etario de 10 a 19 años de edad la **Norma Oficial Mexicana, NOM-047-SSA2-2015** (en adelante NOM-047) del 12 de agosto de 2015¹¹⁴ establece que, respecto al derecho a interrumpir un embarazo en niñas y mujeres de este rango de edades, la ausencia de responsable legales de la menor de edad no justifica la negativa de brindar atención médica en caso de urgencia, incluyendo el servicio de interrupción del embarazo cuando éste es legal. Al respecto, la NOM-046 reitera que las personas menores de edad tienen más derechos y el estado les debe mayor protección. Por lo anterior, el personal de salud debe actuar en todo momento con perspectiva de género y dentro del marco del respeto a los derechos humanos de estas personas; así mismo, los servicios que se les brinden deben salvaguardar la intimidad, confidencialidad, inclusión, no discriminación,

¹¹⁴ Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, *Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad*, Publicada en el Diario Oficial de la Federación del 12 de agosto de 2015.

respeto y el consentimiento libre e informado de conformidad con las disposiciones aplicables. Durante la consejería en materia de salud sexual y reproductiva las personas menores de edad pueden, si así lo desean, hacerse acompañar por su madre, padre, tutor o representante legal; o bien manifestar que eligen recibir los servicios de consejería sin ese tipo de acompañamiento. La manifestación sobre la elección de la persona menor de edad respecto al acompañamiento debe hacerse constar por escrito.

El 21 de enero de 2004 se publicó la modificación a la **Norma Oficial Mexicana, NOM-005-SSA2-1993**, de los servicios de planificación familiar, que tiene como objetivo uniformar los criterios de operación, políticas y estrategias para la prestación de los servicios de planificación familiar en México, dentro de un marco de absoluta libertad y respeto a la decisión de las personas y posterior a un proceso sistemático de consejería, basada en la aplicación del enfoque holístico de la salud reproductiva.

Por último, destaca la **Norma Oficial Norma NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio**, publicada en el Diario Oficial de la Federación con fecha 6 de enero de 1995. Esta Norma regula los criterios y procedimientos para la prestación del servicio y la atención médica. Las acciones propuestas en esta NOM buscan favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones, así como mejorar la sobrevivencia materno-infantil y la calidad de vida. Asimismo, define el aborto desde el punto de vista médico como:

La expulsión o extracción de su madre de un embrión o de un feto de menos de 500 g de peso (peso que se alcanza aproximadamente a las 22 semanas completas de embarazo) o de otro producto de la gestación de cualquier peso o edad gestacional pero que sea absolutamente no viable¹¹⁵.

En México, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva es el encargado de impulsar las políticas relacionadas con las mujeres y la salud, incluyendo la salud sexual y reproductiva. Entre sus atribuciones se encuentran: proponer políticas nacionales en materia de salud reproductiva incluyendo planificación familiar, cáncer cérvico-uterino y mamario, de atención materno-infantil, de salud perinatal, de equidad de género, de prevención y atención de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres; como un problema de salud pública, y evaluar su impacto. Así mismo, proponer modificaciones al marco jurídico con el

¹¹⁵ Para más información consultar, http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016

propósito de eliminar toda forma de discriminación por razones de género, así como a combatir la violencia familiar, sexual y contra las mujeres y a garantizar el respecto a los derechos sexuales y reproductivos.¹¹⁶

- Entidades federativas y aborto

Como se ha podido observar en los apartados anteriores, el marco normativo que regula los derechos sexuales y reproductivos en México ha evolucionado. En el caso del aborto también ha sido así, aunque a un ritmo más lento ya que siguen prevaleciendo fuertes restricciones para ser reconocido como derecho pleno de las mujeres. En nuestro país el aborto está parcialmente despenalizado, es decir, está regulado por el derecho penal como delito, pero “existen circunstancias en que el aborto está permitido por la Ley. A estas se les conoce como causales”¹¹⁷ y en los casos en que un aborto se realiza conforme a una causal, este debe ser garantizado por el Estado.

Así, México cuenta con un marco legal que protege y garantiza el derecho de las mujeres a acceder al aborto en todas las entidades federativas del país. Esto bajo diversas circunstancias y con características precisas que en la práctica resultan complejas de acreditar y dar pie a su realización.

Los instrumentos internacionales vigentes en México, respecto a los derechos humanos de las mujeres, señalan que el ejercicio del derecho al aborto en condiciones seguras, con personal capacitado y respetando la voluntad de las mujeres es un derecho humano que el Estado debe garantizar y proteger. Sin embargo, en la práctica algunos funcionarios de salud y de justicia en las entidades federativas, agravan los derechos humanos de las mujeres y les restringen este derecho¹¹⁸.

El **Código Penal Federal**¹¹⁹ (en adelante, CPF) establece el delito de aborto en su artículo 329 señalando que “aborto: es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez”. Según el artículo 330 la pena para la persona que hiciere abortar a una mujer es “de uno a tres años de prisión, sea cual fuere el medio que empleare, siempre que lo haga con consentimiento de ella”. Si se hace sin el consentimiento “la prisión será de tres a seis años y si mediare violencia física o moral sería de seis a ocho años de prisión”. Además,

¹¹⁶ Disponible en línea en: <https://www.gob.mx/salud%7Ccnegrs/que-hacemos>

¹¹⁷ Cook, Rebecca, et al, *El aborto en el derecho transnacional*. 2016. Fondo de Cultura Económica, p. 93

¹¹⁸ La definición de aborto en términos médicos difiere de la definición de aborto en términos jurídicos lo que sin duda genera confusión en el personal de salud. Para más información consultar, http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016

¹¹⁹ Código Penal Federal, 1931, última reforma publicada DOF 01-06-2021, artículo 329.

establece en el artículo 331 que si el aborto lo causare un médico cirujano “se le suspenderá de dos a cinco años en el ejercicio de su profesión”. El artículo 333 señala que “no es punible el aborto causado sólo por imprudencia de la mujer embarazada, o cuando el embarazo sea resultado de una violación” y el artículo 334 establece que “no se aplicará sanción: cuando de no provocarse el aborto, la mujer embarazada corra peligro de muerte, a juicio del médico que la asista, oyendo éste el dictamen de otro médico, siempre que no sea peligrosa la demora”.

Ahora bien, el artículo 332 del CPF señala que:

[S]e impondrán de seis meses a un año de prisión, a la madre que voluntariamente procure su aborto o consienta en que otro la haga abortar, si concurren estas tres circunstancias:

- I.- Que no tenga mala fama;
- II.- Que haya logrado ocultar su embarazo, y
- III.- Que éste sea fruto de una unión ilegítima.

Faltando alguna de las circunstancias mencionadas, se le aplicarán de uno a cinco años de prisión.

Con relación a esto, es importante señalar que los requisitos impuestos a la madre para tener una pena baja se basan en estereotipos de género y son discriminatorios. Al respecto la SCJN conoció el amparo en revisión 1388/2015¹²⁰, interpuesto por una mujer que solicitó al ISSSTE se interrumpiera su embarazo por razones de salud, argumentando que tenía una fuerte hipertensión y diabetes. La institución rechazó esta solicitud a pesar de que la salud de la mujer corría peligro. Al revisar su contenido, el Ministro Arturo Zaldívar elaboró un proyecto donde sugería que se debía otorgar el amparo y declarar discriminatorios los artículos 332, 333 y 334 del CPF, por considerar que se criminaliza a las mujeres al negarles su derecho al aborto legal cuando su salud corre peligro. En su proyecto señaló que el CPF causa una afectación a la quejosa ya que es un mensaje “estigmatizante” que inhibe su libertad de ejercer sus DDSSyRR, además deja ver que la salud de las mujeres tiene menos valía que el producto en gestación¹²¹. Expuso que los requisitos del artículo 332 son discriminatorios cuestionando: “¿Entonces aplicaremos una pena menor a la mujer que no tenga mala fama? ¿Qué es no tener mala fama? ¿Eso no es discriminatorio para las mujeres? ¿Si usan minifalda ya tienen mala

¹²⁰ Revisado en línea en: https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/listas/documento_dos/2019-04/AR%201388-2015%20-%20190404.pdf

¹²¹ CIMAC (2016) Por Anayeli García, Suprema Corte de Justicia de la Nación, asesta golpe contra derechos de las mexicanas. <https://cimacnoticias.com.mx/noticia/scjn-asesta-golpe-contra-derechos-de-las-mexicanas/>

fama? ¿Que haya logrado ocultar su embarazo? Además, tiene que mentir, ocultar, avergonzarse de su condición. ¿Qué sea producto de una unión ilegítima? ¿Qué es una unión ilegítima?”¹²².

El CPF y los Códigos penales del Estado de México, Oaxaca, Puebla y Tamaulipas contienen los requisitos de no tener mala fama, haber ocultado el embarazo o que el hijo sea producto de una unión no legítima.

Enseguida se hará un análisis de la situación del aborto en las entidades federativas del país a la luz de la situación que guarda la normatividad en la materia, así como las resoluciones relevantes que han establecido los órganos jurisdiccionales con atribuciones para ello en el marco de la resolución de impugnaciones vía acciones de inconstitucionalidad.

- **Restricciones al ejercicio del derecho al aborto en las entidades federativas**

En México la regulación del aborto se realiza por los congresos legislativos de las entidades federativas, de manera que las disposiciones de aborto pueden resultar discriminatorias hacia las mujeres en relación con el lugar de residencia. Una mujer que vive en la Ciudad de México podrá interrumpir su embarazo libremente si su legislación se lo permite. Pero si vive en el Estado de México, es decir a sólo unos kilómetros, no puede hacerlo en ese territorio si es que la legislación que le rige se lo impide. Los códigos penales de cada entidad federativa regulan el aborto y establecen las excluyentes de responsabilidad penal o causas de no punibilidad (situaciones en las que no hay responsabilidad o sanción penal). El aborto se considera un delito no grave en todas las entidades federativas por lo que las personas imputadas por esta falta permanecen en libertad mediante el pago de una caución o fianza durante el proceso.

La CPEUM faculta a los Congresos y legislaturas de las entidades federativas para aprobar y reformar sus legislaciones, incluyendo sus constituciones. Dichas reformas no deben ser contrarias a la CPEUM, pero de existir dudas sobre ello, según establece el artículo 105 constitucional, se pueden iniciar acciones de inconstitucionalidad o presentar controversia constitucional. Ambos recursos que facultan a ciertas instituciones para pedir a la SCJN se manifieste sobre la constitucionalidad de una legislación.

¹²² Idem.

La SCJN puede declarar la invalidez de las normas que se impugnan ante ella. En el caso de las legislaciones que regulan el aborto algunos actores facultados para promover estos medios de impugnación son, de acuerdo con el artículo 105 de la CPEUM, fracción II:

a) El equivalente al treinta y tres por ciento de los integrantes de la Cámara de Diputados del Congreso de la Unión, en contra de leyes federales; b) El equivalente al treinta y tres por ciento de los integrantes del Senado, en contra de las leyes federales o de tratados internacionales celebrados por el Estado Mexicano; c) El Ejecutivo Federal, por conducto del Consejero Jurídico del Gobierno, en contra de normas generales de carácter federal y de las entidades federativas; d) El equivalente al treinta y tres por ciento de los integrantes de alguna de las Legislaturas de las entidades federativas en contra de las leyes expedidas por el propio órgano; f) Los partidos políticos con registro ante el Instituto Nacional Electoral, por conducto de sus dirigencias nacionales, en contra de leyes electorales federales o locales; y los partidos políticos con registro en una entidad federativa, a través de sus dirigencias, exclusivamente en contra de leyes electorales expedidas por la Legislatura de la entidad federativa que les otorgó el registro; g) La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en contra de leyes de carácter federal o de las entidades federativas, así como de tratados internacionales celebrados por el Ejecutivo Federal y aprobados por el Senado de la República, que vulneren los derechos humanos consagrados en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que México sea parte. Asimismo, los organismos de protección de los derechos humanos equivalentes en las entidades federativas, en contra de leyes expedidas por las Legislaturas; h) El organismo garante que establece el artículo 6° de esta Constitución en contra de leyes de carácter federal y local, así como de tratados internacionales celebrados por el Ejecutivo Federal y aprobados por el Senado de la República, que vulneren el derecho al acceso a la información pública y la protección de datos personales. Asimismo, los organismos garantes equivalentes en las entidades federativas, en contra de leyes expedidas por las Legislaturas locales; e i) El Fiscal General de la República respecto de leyes federales y de las entidades federativas, en materia penal y procesal penal, así como las relacionadas con el ámbito de sus funciones.

La inconstitucionalidad del aborto se ha discutido ampliamente en los órganos de control de la constitucionalidad de los sistemas legales que ha erigido cada sociedad. Los órganos o poderes judiciales en muchos casos, basados en precedentes, han determinado la constitucionalidad de las legislaciones que permiten la interrupción del embarazo:

- En 1975 el Consejo Constitucional de Francia declaró la constitucionalidad de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, que despenalizaba el aborto hasta la semana de gestación.

- La Corte Suprema de Estados Unidos reconoce de forma explícita el derecho de recurrir a un aborto como parte integral del derecho al libre desarrollo de la personalidad. No obstante, los tribunales de ese país han declarado que este derecho no es ilimitado y está supeditado hasta cierto punto al interés estatal en proteger la salud de la mujer embarazada y la vida en gestación.
- En 1975 la Corte Constitucional de Italia subrayó que la protección jurídica concedida a los derechos a la vida y la salud de una persona plenamente desarrollada son más sustanciales que el deber de Estado de proteger la vida en gestación.
- En 1993 el Tribunal Constitucional Alemán resolvió que el poder legislativo podía permitir el aborto durante las primeras doce semanas del embarazo a condición de que la mujer participara en procesos de consejería previa al evento.

En el caso de la acción de inconstitucionalidad 10/2000 promovida por el Partido Acción Nacional contra el Decreto conocido como la *Ley Robles*¹²³ que reformó el Código Penal para el Distrito Federal en su artículo 334, fracción III y el Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal en su artículo 131 Bis, resultó improcedente. La reforma fue presentada por la entonces Jefa de Gobierno del Distrito Federal, Rosario Robles Berlanga, para su aprobación por la Asamblea Legislativa del Distrito Federal. Este decreto establecía:

1. Eliminar el delito de aborto en grado de tentativa, estableciendo que sólo sería sancionable el aborto consumado.
2. Eliminar la atenuante que refería a que la mujer hubiese ocultado su embarazo por ser producto de una unión ilegítima.
3. Prescribía la posibilidad de realizar abortos terapéuticos en casos de violación, o cuando la mujer corría peligro de verse afectada gravemente en su salud.
4. Establecía por primera vez la obligación del Estado de prestar los servicios de aborto seguro, para los casos en que estaba permitido por las leyes penales.

Para que una acción de inconstitucionalidad sea procedente en términos del citado artículo 105 constitucional, se requiere que ocho ministros(as) de la SCJN voten a favor de declarar inconstitucional una norma, por lo que la Ley Robles quedó firme, ya que la acción de inconstitucionalidad promovida en su contra resultó

¹²³ Publicado el 24 de agosto del 2000, en la Gaceta Oficial del Distrito Federal.

improcedente por no haberse votado en un mismo sentido por lo menos ocho Ministros; y no habiendo otro recurso para impugnarla se convirtió en Ley vigente en la fecha de su publicación.

Otra acción de inconstitucionalidad en materia del derecho al aborto fue el Decreto por el que se reformó el Código Penal para el Distrito Federal y se adiciona la Ley de Salud para el Distrito Federal. Esta reforma se publicó en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 26 de abril de 2007 y se aprobó por la Asamblea Legislativa del Distrito Federal IV Legislatura. Fue presentada por la Procuraduría General de la República y la Comisión Nacional de Derechos Humanos, instituciones que hicieron uso de sus facultades promoviendo las acciones de inconstitucionalidad 146/2007 y su acumulada 147/2007.

DECRETO POR EL QUE SE REFORMA EL CÓDIGO PENAL PARA EL DISTRITO FEDERAL Y SE ADICIONA LA LEY DE SALUD PARA EL DISTRITO FEDERAL.

ARTÍCULO PRIMERO. - Se reforman los artículos 144, 145, 146 y 147 del Código Penal para el Distrito Federal, para quedar como sigue:

Artículo 144. Aborto es la interrupción del embarazo después de la décima segunda semana de gestación. Para los efectos de este Código, el embarazo es la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del embrión en el endometrio. Artículo 145. Se impondrá de tres a seis meses de prisión o de 100 a 300 días de trabajo a favor de la comunidad, a la mujer que voluntariamente practique su aborto o consienta en que otro la haga abortar, después de las doce semanas de embarazo. En este caso, el delito de aborto sólo se sancionará cuando se haya consumado. Al que hiciere abortar a una mujer, con el consentimiento de ésta, se le impondrá de uno a tres años de prisión. Artículo 146. Aborto forzado es la interrupción del embarazo, en cualquier momento, sin el consentimiento de la mujer embarazada. Pare efectos de este artículo, al que hiciere abortar a una mujer por cualquier medio sin su consentimiento, se le impondrá de cinco a ocho años de prisión. Si mediare violencia física o moral, se impondrá de ocho a diez años de prisión Artículo 147. Si el aborto o aborto forzado lo causare un médico cirujano, comadrón o partera, enfermero o practicante, además de las sanciones que le correspondan conforme a este capítulo, se le suspenderá en el ejercicio de su profesión u oficio por un tiempo igual al de la pena de prisión impuesta

ARTÍCULO SEGUNDO. - Se adiciona un tercer párrafo al artículo 16 Bis 6, y se adiciona el artículo 16 Bis 8 a la Ley de Salud del Distrito Federal, para quedar como sigue:

Artículo 16 Bis 6. Las instituciones públicas de salud del gobierno del Distrito Federal atenderán las solicitudes de interrupción del embarazo a las mujeres solicitantes aun cuando cuenten con algún otro servicio de salud público o privado.

Artículo 16 Bis 8. La atención de la salud sexual y reproductiva tiene carácter prioritario. Los servicios que se presten en la materia constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos. El gobierno promoverá y aplicará permanentemente y de manera intensiva, políticas integrales, tendientes a la educación y capacitación sobre la salud sexual, los derechos reproductivos, así como la maternidad y la paternidad responsables. Sus servicios de planificación familiar y anticoncepción tienen como propósito principal reducir el índice de abortos, a través de la prevención de embarazos no planeados y no deseados, disminuir el riesgo reproductivo, evitar la propagación de las enfermedades de transmisión sexual y coadyuvar al pleno ejercicio de los derechos reproductivos de las personas con una visión de género, de respeto a la diversidad sexual y de conformidad a las características particulares de los diversos grupos poblacionales, especialmente para las niñas y niños, adolescentes y jóvenes. El gobierno del Distrito Federal otorgará servicios de consejería médica y social en materia de la atención a la salud sexual y reproductiva, funcionando de manera permanente con servicios gratuitos que ofrecerán la información, difusión y orientación en la materia, así como el suministro de todos aquellos métodos anticonceptivos cuya eficacia y seguridad estén acreditadas científicamente. Asimismo, proporcionarán a la mujer que solicite la interrupción de su embarazo la información a que se refiere el último párrafo del artículo 148 del Código Penal para el Distrito Federal. Los servicios de consejería también ofrecerán apoyo médico a la mujer que decida practicarse la interrupción del embarazo después del procedimiento de aborto, particularmente en materia de planificación familiar y anticoncepción.

Los alegatos de la Procuraduría General de la República, quien promovió la acción de inconstitucionalidad, referían a que la Asamblea Legislativa del Distrito Federal no contaba con facultades para realizar reformas al Código Penal y a la Ley de Salud en materia de aborto, argumento que coincidió con el de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, que planteó que las reformas contradecían el espíritu de la Constitución respecto a la protección al derecho a la vida¹²⁴. No fue evidente, pero pese a las divergencias en las materias de impugnación,

¹²⁴ El argumento del derecho a la vida, la protección de la vida del embrión y su estatus jurídico, son elementos centrales que se plantean para alegar que las normas que permiten la Interrupción Legal del Embarazo son inconstitucionales. “Sobre el multicitado derecho a la vida como un derecho reconocido en la Constitución mexicana, también se refirió el ministro José Ramón Cossío Díaz, respecto a lo cual precisó que, dado el caso, “éste sería, de cualquier forma, un derecho relativizable y, en consecuencia, tendría que ser un derecho armonizable con otro conjunto de derechos”. Cossío Díaz aludía a una característica de todo derecho: la ausencia de su carácter absoluto, e hizo la siguiente precisión: [Si se confrontan derechos, se deben confrontar] los derechos de la mujer frente, no a un derecho fundamental del embrión o feto, sino, a un bien constitucionalmente protegido, que no es lo mismo que un derecho [dado que] la ponderación debe hacerse entre bienes que tengan una analogía, derechos contra derechos, principios contra principios, valores contra valores. El ministro Sergio Valls Hernández: señaló que tanto constitucionalmente como de acuerdo a los tratados internacionales, la protección a la vida, tratándose del nasciturus no es absoluta ni irrestricta, sino que en todo caso debe ponderarse con otros valores protegidos constitucionalmente. En el caso concreto son aquellos inherentes a la mujer dada la particular relación de ella con el feto [sic]. El ministro Góngora Pimentel aludió también al hecho de que la reforma no contraviene la protección legal del embrión: “es un bien jurídico que no queda desprotegido del marco de la ley, salvo en el supuesto de que la mujer decida no continuar con su embarazo. La ministra Sánchez Cordero, por su parte, precisó que durante el período en cuestión —el primer trimestre de gestación— no existen dudas respecto a qué derechos tienen supremacía: [D]e seguirse un juicio de ponderación [...] debido es concluir que prevalecen en el caso concreto los derechos de las mujeres (Cfr. Gire, 2009) Constitucionalidad de la ley sobre aborto en la Ciudad de México. https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2014/07/ConstAbortoCiudad_TD8.pdf

existía coincidencia entre ambas instituciones en que prevaleciera el llamado derecho a la vida por sobre el derecho de las mujeres a decidir sobre el propio cuerpo.

La SCJN, después de un proceso de deliberación que duró seis meses aproximadamente (y en el que concurrieron organizaciones de la sociedad civil, la academia y personas expertas de distintos ámbitos como de la academia, las leyes, la medicina y otras ciencias en audiencias públicas que incluso fueron seguidas a través de medios electrónicos), reconoció a la Asamblea Legislativa la facultad de legislar en la materia y consideró que la reforma no contradecía el contenido de la CPEUM, por lo que era constitucional. Además, aclaró que en sus facultades no estaba la de legislar por lo cual su propia determinación, al avalar las normas impugnadas, validaba nuevos términos para despenalizar el aborto:

La resolución de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, no penaliza, ni despenaliza el aborto, no es facultad de este Tribunal constitucional, establecer los delitos, ni las penas. Hemos determinado únicamente la constitucionalidad de una norma aprobada por el órgano respectivo, y en este caso en particular, hemos participado en una definición de trascendencia nacional.

En toda nación en que se ha discutido la despenalización del aborto en el seno de los Tribunales constitucionales, hay un antes y un después, a partir de la decisión aquí tomada, comienza el después, en el caso mexicano.

Los efectos jurídicos y sociales de una determinación de esta entidad, son innegables, hoy culmina, un intenso y profundo proceso de deliberación nacional, en torno a nuestra Constitución Política y sus disposiciones, en el que, han participado los órganos representativos que expidieron las normas¹²⁵.

El resultado de la determinación de la Corte fue la legislación impugnada que sigue vigente en la actualidad y permite la interrupción del embarazo hasta la semana 12 de gestación:

ARTÍCULO 144. Aborto es la interrupción del embarazo después de la décima segunda semana de gestación. Para los efectos de este Código, el embarazo es la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del embrión en el endometrio.

ARTÍCULO 145. Se impondrá de tres a seis meses de prisión o de 100 a 300 días de trabajo a favor de la comunidad, a la mujer que voluntariamente practique su aborto o consienta en que otro la haga abortar, después de las doce semanas de embarazo. En este caso, el delito de aborto sólo se sancionará cuando se haya consumado. Al que hiciere abortar a una mujer, con el consentimiento de ésta, se le impondrá de uno a tres años de prisión.

¹²⁵ Suprema Corte de Justicia de la Nación, SCJN. Acciones de inconstitucionalidad 146/2007 y su Acumulada 147/2007.

ARTÍCULO 146. Aborto forzado es la interrupción del embarazo, en cualquier momento, sin el consentimiento de la mujer embarazada. Pare efectos de este artículo, al que hiciere abortar a una mujer por cualquier medio sin su consentimiento, se le impondrá de cinco a ocho años de prisión. Si mediare violencia física o moral, se impondrá de ocho a diez años de prisión.

ARTÍCULO 147. Si el aborto o aborto forzado lo causare un médico cirujano, comadrón o partera, enfermero o practicante, además de las sanciones que le correspondan conforme a este capítulo, se le suspenderá en el ejercicio de su profesión u oficio por un tiempo igual al de la pena de prisión impuesta.

A este respecto es importante destacar que, con excepciones del Código Penal para la Ciudad de México¹²⁶ y el de Oaxaca¹²⁷, la definición de aborto señalada en el derecho penal difiere de la definición de aborto en el ámbito médico.

Una de las consecuencias que tuvo esta resolución de la SCJN fue que en más de 16 estados de la República inició, por parte de fuerzas políticas y sociales contrarias al derecho al aborto, un proceso de reforma a sus constituciones para proteger la vida del producto desde la concepción. Esto bajo la idea de generar una protección absoluta o incondicionada a la vida en gestación, mediante el reconocimiento de la vida desde su concepción y hasta la muerte natural como un derecho que el Estado debe proteger. Además de establecer la obligación estatal de proteger y garantizar la vida en gestación, la mayoría de las constituciones locales reformadas buscaron otorgar personalidad jurídica al embrión considerándolo "persona" o "persona nacida" desde el momento de la concepción o fecundación.¹²⁸ La intención de las reformas estatales era "impedir cambios normativos tendientes a la despenalización del aborto resulta patente en los textos de exposición de motivos o en los dictámenes de estas reformas, como se aprecia en los debates parlamentarios previos o durante la aprobación de las reformas constitucionales"¹²⁹.

[S]i no tomamos las medidas pertinentes en nuestra Norma Suprema Estatal [...], se pone en riesgo este derecho natural y jurídico [el de la vida], que incluso constituye una grave amenaza para las familias de nuestro Estado, como lo que ya aconteció en el Distrito Federal hace un año, al promover y aprobar la Asamblea Legislativa de

¹²⁶ En el Código Penal de la CDMX el aborto se define como "la interrupción del embarazo después de la décimo segunda semana de gestación". Artículo 144. Código Penal para el Distrito Federal, 2002, última reforma publicada en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México el 29 de julio de 2020. Disponible en: <http://www.aldf.gob.mx/archivo-d261f65641c3fc71b354aaf862b9953a.pdf>

¹²⁷ En el Código Penal de Oaxaca el aborto se define como "ARTÍCULO 312.- Aborto es la interrupción del embarazo después de la décima segunda semana de gestación. Para los efectos de este Código, el embarazo es la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del embrión en el endometrio". Párrafo reformado mediante decreto número 806, aprobado por la LXIV Legislatura del estado el 25 de septiembre del 2019 y publicado en el Periódico Oficial Extra del 24 de octubre del 2019.

¹²⁸ Cfr., Gire, 2012.

¹²⁹ Idem.

dicho lugar la despenalización del aborto y consecuentemente el autorizar mediante dicha norma el practicar el aborto en múltiples hospitales[...] Poder Legislativo de Baja California¹³⁰.

Tabla 6 Reformas constitucionales que protegen la vida desde la concepción

91

Entidad Federativa		Reformas a las Constituciones de las entidades federativas relacionadas con el derecho a la vida	Fecha de Publicación
1	Aguascalientes	Sin Reforma	
2	Baja California	Artículo 7.- Constitucional: El Estado de Baja California acata plenamente y asegura a todos sus habitantes las garantías individuales y sociales consagradas en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como los demás derechos que otorga esta Constitución; de igual manera esta norma fundamental tutela el derecho a la vida, al sustentar que desde el momento en que un individuo es concebido, entra bajo la protección de la ley y se le reputa como nacido para todos los efectos legales correspondientes, hasta su muerte natural o no inducida.	Aprobado en el Congreso el 23/10/2008. Impugnado mediante acción de inconstitucionalidad promovida por la Procuraduría de Derechos Humanos y Protección ciudadana del estado de Baja California. Acción de Inconstitucionalidad No 11/2009. Publicada el 26/12/2008 en el Periódico Oficial del Estado. (impugnada) Reformado por Decreto No. 257, publicado en el Periódico Oficial No. 39, 28/082009, Tomo CXVI, expedido por la H. XIX
3	Baja California Sur	Sin Reforma	
4	Campeche	Artículo 6. Constitucional Párrafo Reformado [...] Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley desde el momento de la fecundación o concepción hasta su muerte natural, con las salvedades ya previstas en la legislación ordinaria. Párrafo derogado mediante decreto No. 245 de la LX Legislatura, publicado en el P. O. No. 5057 de fecha 16 de agosto de 2012, en armonización con la Reforma Constitucional de 2011 en materia de Derechos Humanos.	Reforma aprobada por el Congreso el 23/04/2009, Publicada el 01/09/2009 en el Periódico Oficial del Estado

¹³⁰ Citado en, Gire, 2012.

5	Coahuila	Sin Reforma	
6	Colima	Artículo 1.- Constitucional: El Estado de Colima reconoce, protege y garantiza a toda persona, el goce de sus derechos consignados en la Constitución General de la República y los establecidos en esta Constitución Con respecto a la vida, la libertad, igualdad y seguridad jurídica, se establecen las siguientes declaraciones: La vida es un derecho inherente a todo ser humano. El Estado protegerá y garantizará este derecho desde el momento de la concepción. La familia constituye la base fundamental de la sociedad. El Estado fomentará su organización y desarrollo, por la misma razón; el hogar y, particularmente, los niños serán objeto de especial protección por parte de las autoridades. Toda medida o disposición protectora de la familia y de la niñez, se considerarán de orden público. El niño tiene derecho desde su nacimiento a que se le inscriba en el Registro Civil y a tener un nombre.	Aprobada en el Congreso el 17/02/2009 y cómputo de votos del Constituyente Permanente el 20/03/2009, aprobada por afirmativa ficta. Reformado por decreto 514, de 20/03/2009. Publicada el 21/03/09 En el Periódico Oficial del Estado Número 12.
7	Chiapas	Artículo 4. El Estado está obligado, a incluir dentro de los planes de educación básica y media superior, la enseñanza teórica y práctica de los Derechos Humanos contenidos en esta Constitución y en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas. (...) El Estado reconoce, protege y tutela, el derecho a la vida que todo ser humano tiene desde el momento de la concepción, entra bajo la protección de la Ley y se le reputa como nacido para todos los efectos legales correspondientes, hasta su muerte natural, salvo las excepciones que establezca la legislación penal.	Publicada el 20/01/2010 En el Periódico Oficial.
8	Chihuahua	Artículo 5.- Constitucional: Todo ser humano tiene derecho a la protección jurídica de su vida, desde el momento mismo de la concepción. En el Estado de Chihuahua no podrá establecerse la pena de muerte.	Reformado el 1/10/1994 Artículo reformado mediante decreto No. 403-94 publicado en el P.O.E., No. 79 del 1/10/1994
9	Ciudad de México	Sin Reforma	

10	Durango	Artículo 1.- Constitucional: El Estado de Durango reconoce, protege y garantiza el derecho a la vida de todo ser humano, al sustentar expresamente que desde el momento de la fecundación entra bajo la protección de la ley y se le reputa como nacido para todos los efectos legales correspondientes, hasta su muerte natural, salvo las excepciones que establezca la ley. Asimismo, en el Estado de Durango todas las personas gozarán de las garantías y derechos sociales tutelados por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; los estipulados en los Tratados Internacionales suscritos por el estado mexicano en materia de derechos humanos y que hayan sido ratificados por el Senado, así como los que señala esta Constitución, los que no podrán suspenderse ni restringirse sino en los casos y condiciones que la misma Constitución federal señala.	Aprobado por el Congreso el 7/04/2009. Publicación el 31/05/2009 en el Periódico Oficial del estado.
11	Guanajuato	Artículo 1. Constitucional: En el Estado de Guanajuato todas las personas gozan de la protección que les otorgan las garantías establecidas por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; por esta Constitución y sus Leyes Reglamentarias. Para los efectos de esta Constitución y de las leyes que de ella emanen, persona es todo ser humano desde su concepción hasta su muerte natural. El Estado le garantizará el pleno goce y ejercicio de todos sus derechos. Queda prohibido todo tipo de discriminación que atente contra la dignidad humana, o contra los derechos y libertades de la persona, con motivo de su origen étnico, nacionalidad, género, edad, capacidades diferentes, condición social, condiciones de salud, religión, opiniones, preferencias, estado civil o cualquier otra circunstancia, calidad o condición.	Aprobada en el Congreso el 8/05/2009. El 8 de julio de 2009, el cabildo de Uriangato, Guanajuato, impugnó –mediante una Controversia Constitucional– la reforma al artículo 1 de la Constitución del Estado de Guanajuato y se encuentra pendiente de resolución del Tribunal Superior de Justicia. Reforma publicada en el Periódico Oficial con fecha 26/05/2009.
12	Guerrero	Sin Reforma	
13	Hidalgo	Sin Reforma	
14	Jalisco	Artículo 4.- Constitucional: Toda persona, por el sólo hecho de encontrarse en el territorio del Estado de Jalisco, gozará de los derechos que establece esta Constitución, siendo obligación fundamental de las autoridades salvaguardar su cumplimiento. Asimismo, el Estado de Jalisco reconoce, protege y	Aprobada en el Congreso el 26/03/2009. Publicada el 2/07/2009 en el Periódico Oficial del Estado de Jalisco

		garantiza el derecho a la vida de todo ser humano, al sustentar expresamente que desde el momento de la fecundación entra bajo la protección de la ley y se le reputa como nacido para todos los efectos legales correspondientes, hasta su muerte natural. IX...	
15	Estado de México	Sin Reforma	
16	Michoacán	Sin Reforma	
17	Morelos	Artículo 2. Constitucional: En el Estado de Morelos se reconoce que todo ser humano tiene derecho a la protección jurídica de su vida, desde el momento mismo de la concepción [...]	Aprobada el 11/11/2008 Publicada el 11/12/2008 en el Periódico Oficial
18	Nayarit	Artículo 7 Constitucional: El Estado garantiza a sus habitantes sea cual fuere su condición: I. a X... XI.- Los derechos sociales que a continuación se enuncian: 1.- Se reconoce, protege y garantiza el derecho a la vida de todo ser humano desde el momento de la fecundación y se le reputa como nacido para todos los efectos legales correspondientes, hasta su muerte natural. 2.- Toda mujer y su producto tienen derecho a la atención médica gratuita durante el periodo de embarazo y el parto (...)	Aprobada en el Congreso el 17/04/2009 Publicación en el Periódico Oficial del Estado de Nayarit el 6/06/2009
19	Nuevo León	De los derechos humanos Artículo 1º. En el Estado de Nuevo León, todas las personas gozaran de los derechos humanos reconocidos en la Constitución Política (sic) los Estados Unidos Mexicanos, en los Tratados Internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, y por esta Constitución, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio, no podrá restringirse, ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que la Constitución Federal Establece. El Estado reconoce, protege y tutela, el derecho a la vida que todo ser humano tiene. Desde el momento de la concepción entra bajo la protección de la Ley y se le reputa como nacido para todos los efectos legales correspondientes, hasta su muerte natural, sin perjuicio de las excluyentes de responsabilidad	Decreto 107, Publicado en el Periódico Oficial del Estado de Nuevo León con fecha, 11/03/2019.

		previstas en el Código Penal para el Estado de Nuevo León.	
20	Oaxaca	Artículo 12. En el Estado de Oaxaca se protege y garantiza el derecho a la vida. Todo ser humano desde el momento de la fecundación entra bajo la protección de la ley y se le reputa como nacido para todos los efectos legales hasta su muerte natural. Los habitantes del Estado gozarán de todos los derechos y libertades consagradas en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano forma parte, esta Constitución y las leyes que de ella emanen, sin distinción alguna de su origen, raza, color, sexo o preferencia sexual, edad, idioma, religión, opinión política, condición o actividad social.	Sexto párrafo reformado mediante decreto Número 1263 aprobado el 30 de junio del 2015 y publicado en el Periódico Oficial Extra del 30 de junio del 2015.
21	Puebla	Artículo 26.- Constitucional: [...] Los Poderes Públicos garantizarán el desarrollo integral de la Familia, con sus derechos y obligaciones; atendiendo los contenidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, los Tratados, Convenciones y demás Instrumentos Internacionales ratificados por el Estado Mexicano y los ordenamientos secundarios; al tenor de los siguientes principios: I.- Su forma de organización; [...] IV.- La vida humana debe ser protegida desde el momento de la concepción hasta su muerte natural, salvo los casos previstos en las leyes; [...]	Aprobada en el Congreso el 12/03/2009. Publicada en el Periódico Oficial del estado el 3/06/2009
22	Querétaro	Artículo 2.- Constitucional: El Estado de Querétaro reconoce, protege y garantiza el derecho a la vida de todo ser humano, desde el momento de la fecundación como un bien jurídico tutelado y se le reputa como nacido para todos los efectos legales correspondientes, hasta la muerte. Esta disposición no deroga las excusas absolutorias ya contempladas en la legislación penal.	Aprobada en el Congreso 01/09/09

23	Quintana Roo	Artículo 13- Constitucional: El Estado de Quintana Roo reconoce, protege y garantiza el derecho a la vida de todo ser humano, al sustentar expresamente que desde el momento de la concepción entra bajo la protección de la ley y se le reputa como sujeto de derechos para todos los efectos legales correspondientes, hasta su muerte. Salvo las excepciones que establezca la ley. (...)	Aprobada en el Congreso el 21/04/2009 Reforma publicada en el Periódico Oficial el 15/05/2009.
24	San Luis Potosí	Artículo 16.- Constitucional: El Estado de San Luís Potosí reconoce la vida humana como fundamento de todos los derechos de los seres humanos, por lo que la respeta y protege desde el momento de su inicio en la concepción. Queda prohibida la pena de muerte, la cual no podrá aplicarse en ningún caso. No es punible la muerte dada al producto de la concepción cuando sea consecuencia de una acción culpable de la mujer, el embarazo sea resultado de una violación o de una inseminación indebida, o de no provocarse el aborto la mujer corra peligro de muerte.	Aprobada el 21/05/2009
25	Sinaloa	Artículo 4º Bis A. Las personas son titulares de los siguientes derechos y libertades reconocidos por esta Constitución: I. Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. El Estado tutela el derecho a la vida desde el momento en que un individuo es concebido, entra bajo la protección de la Ley correspondiente, hasta su muerte, respetando en todo momento la dignidad de las personas.	Publicada en el Periódico Oficial el 26/10/2018
26	Sonora	Artículo 1.- Constitucional: Los Derechos del Hombre son la base y el objeto de las instituciones sociales. En el Estado de Sonora todo individuo gozará de las garantías que otorga la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. El Estado de Sonora tutela el derecho a la vida, el sustentar que, desde el momento de la fecundación de un individuo, entra bajo la protección de la ley y se le reputa como nacido para todos los efectos legales correspondientes, hasta su muerte natural. Se exceptúa de este reconocimiento, el aborto causado por culpa de la mujer embarazada o cuando el embarazo sea resultado de una violación o cuando, de no provocarse el aborto, la mujer embarazada corra peligro de muerte a juicio del médico que la asista, oyendo éste el dictamen de otro médico,	Aprobada por el Congreso el 21/10/2008 Publicada en el Boletín Oficial del Estado el 6/04/2009

		siempre que esto fuere posible y no sea peligrosa la demora, así como los casos de donación de órganos humanos en los términos de las disposiciones legales aplicables.	
27	Tabasco	Sin reforma	
28	Tamaulipas	Artículo 16.- Son habitantes del Estado todas las personas que residen en su territorio, sea cual fuere su estado y condición. El pueblo de Tamaulipas establece que el respeto a la vida, la dignidad de la persona, la libertad, la igualdad y la justicia constituyen la base y el objeto de las instituciones públicas y sociales. En consecuencia, el Estado de Tamaulipas reconoce, protege y garantiza el derecho a la vida de todo ser humano desde el momento de la fecundación hasta su muerte natural; esta disposición no deroga las excusas absolutorias ya previstas en la legislación penal.	No. LX-1850, del 15 de diciembre de 2010. Publicado en el Periódico Oficial No. 153, del 23 de diciembre de 2010.
29	Tlaxcala	Sin reforma	
30	Veracruz	De los derechos Humanos El Estado garantizará el derecho a la vida del ser humano y su seguridad humana, desde el momento de la concepción hasta la muerte natural, como valor primordial que sustenta el ejercicio de los demás derechos, salvo las excepciones previstas en las leyes. La libertad del hombre y la mujer no tiene más límite que la prohibición de la ley; por tanto, toda persona tiene el deber de acatar los ordenamientos expedidos por autoridad competente. Las autoridades sólo tienen las atribuciones concedidas expresamente por la ley.	Texto reformado el 29 de enero de 2007. Adicionado el 23 de noviembre de 2016.
31	Yucatán	Artículo 1.-Constitucional: (...) El Estado de Yucatán reconoce, protege y garantiza el derecho a la vida de todo ser humano, al sustentar expresamente que desde el momento de la fecundación entra bajo la protección de la ley y se le reputa como nacido para todos los efectos legales correspondientes, hasta su muerte natural, sin perjuicio de las excluyentes de responsabilidad previstas en el Código Penal del Estado de Yucatán.	Aprobada por el Congreso local el miércoles 15/07/2009 Publicada el 7/08/2009 En el Diario Oficial No. 31, 411, del Estado de Yucatán
32	Zacatecas	Sin reforma	

Fuente: Elaboración propia.

En el contexto de las reformas que protegen la vida en las entidades federativas, se presentaron algunas acciones de inconstitucionalidad, las cuales no han sido resueltas hasta el momento de elaboración del presente estudio.

La controversia constitucional 85/2016, contra la reforma hecha en la Constitución Política del Estado de Veracruz, y su acumulada 107/2018, en la que se argumentan como violados los siguientes derechos humanos:

1. A la dignidad de la persona
2. A la vida privada
3. A la integridad personal
4. Al ejercicio de los DDSSyRR
5. A la protección de la salud
6. A decidir sobre el número y espaciamiento de los hijos
7. Al libre desarrollo de la personalidad y plan de vida.

La Comisión Nacional de Derechos Humanos presentó ante la SCJN, el 22 de septiembre de 2016, controversia en contra del segundo párrafo del artículo 4 de la Constitución Política del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave. “Artículo 4., [...] El Estado garantizará el Derecho a la vida del ser humano, desde el momento de la concepción hasta la muerte natural, como valor primordial que sustenta el ejercicio de los demás derechos; salvo las excepciones previstas en las leyes.”

Finalmente, la controversia constitucional presentada contra la reforma a la Constitución política el estado de Sinaloa 107/2018, donde se argumentan como violados los derechos siguientes derechos humanos:

1. A la dignidad de la persona
2. A la vida privada
3. A la integridad personal
4. Al ejercicio de los DDSSyRR
5. Al libre desarrollo de la personalidad y plan de vida
6. A la protección de la salud
7. A la seguridad jurídica
8. A decidir sobre el número y espaciamiento de hijas y/o hijos

9. A la igualdad y a la no discriminación.¹³¹

¹³¹ Presentada ante la Suprema Corte de Justicia de la Nación el 26 de noviembre de 2018, en contra del Decreto 861 por el que se reformó el artículo 4º Bis A, fracción I, en la porción normativa "desde el momento en que un individuo es concebido, entra bajo la protección de la Ley correspondiente" actualmente en trámite.

BIBLIOGRAFIA

1. Berer, Marge (2000). *Abortos sin riesgo: Componente indispensable de las políticas y prácticas adecuadas de salud pública*. Organización Mundial de la Salud.
2. CDHDF, (2008) *Derechos Sexuales y reproductivos, llave para acceder a la igualdad y la equidad sexual*. En Defensor Número 3 año VI, marzo.
3. CIMAC (2016) Por Anayeli García, *Suprema Corte de Justicia de la Nación, asesta golpe contra derechos de las mexicanas*. <https://cimacnoticias.com.mx/noticia/scjn-asesta-golpe-contra-derechos-de-las-mexicanas/>.
4. CLADEM (2013), *Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos*. Observaciones finales de Comités Monitores de Naciones Unidas y Recomendaciones derivadas de organismos del Sistema Interamericano. Lima Perú.
5. Grupo de Información en Reproducción Elegida GIRE A.C. (2009). *Constitucionalidad de la ley sobre aborto en la Ciudad de México*. Disponible en: https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2014/07/ConstAbortoCiudad_TD8.pdf
6. Grupo de Información en Reproducción Elegida GIRE A.C. (2012). *Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, protección de la vida prenatal en México*. Disponible en: https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2016/07/DH_mujeres_vidaprenatal.pdf
7. Grupo de Información en Reproducción Elegida GIRE A.C. (2018). *Maternidad o castigo. La criminalización del aborto en México, Ciudad de México*. Disponible en: https://criminalizacionporaborto.gire.org.mx/assets/pdf/Maternidad_o_castigo.pdf
8. Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE, 2012) *Omisión e indiferencia derechos reproductivos en México*. Disponible en: <https://informe.gire.org.mx/>
9. González Prado, Patricia (2018). *Aborto y la autonomía sexual de las mujeres*. Ediciones Didot. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
10. González S, (coord.) (2009) *Las Organizaciones No Gubernamentales mexicanas y la salud reproductiva*. El Colegio de México.
11. Instituto Interamericano de Derechos Humanos (2008). *Los derechos reproductivos son derechos humanos*. Revisado en línea en: <https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Libro%201.%20Los%20derechos%20reproductivos-DH.pdfInstituto>.
12. IPASMéxico (2019) *Salud y Acceso a Derechos, Información básica del Estado de Chiapas, Salud reproductiva*.
13. IPASMéxico (2019) *Salud y Acceso a Derechos, Información básica del Estado de Veracruz, Salud reproductiva*.
14. IPASMéxico (2019) *Salud y Acceso a Derechos, Información básica del Estado de Chihuahua, Salud reproductiva*.
15. Lamas, M, (2003). *La lucha por modificar las leyes del aborto*. En: *Interrupción voluntaria del embarazo. Reflexiones teóricas, filosóficas y políticas*. Plaza y Valdés Editores. México.
16. Matamala M, (2001) *Género Salud y Derechos Sexuales y reproductivos en el contexto de la reforma*. Chile. OPS.
17. Ortega A, (compiladora) (1999), *Derechos reproductivos de las mujeres. Un debate sobre justicia social en México*. UAM- Xochimilco.

18. Proceso (2021). *Feministas toman instalaciones del Congreso de Puebla y radio BUAP*, <https://www.proceso.com.mx/nacional/estados/2020/11/24/feministas-toman-instalaciones-del-congreso-de-puebla-radio-buap-253312.html>
19. Rebecca J. Cook et al, *El aborto en el derecho transnacional*. 2016. Fondo de Cultura Económica.
20. Rebeca, J, Bernard M y Mahmoud F. Fathalla (2002), *Salud reproductiva y derechos humanos, integración de la medicina, la ética y el derecho*, Ed. Oxford.
21. RFSU, Asociación Sueca para la Educación Sexual, (2005), *Abriendo espacios "Guía política de salud y derechos sexuales y reproductivos"*. Comisión Guttmacher-Lancet sobre salud y derechos sexuales y reproductivos realizado como parte de la colaboración de Balance con Comisión, *Acelerar el Progreso: Salud y Derechos sexuales y reproductivos para todos*. (2018). Traducido al español por Emilio Rodríguez. Disponible en: www.thelancet.com/commissions/sexual-and-reproductive-health-and-rights.
22. Sanz, Ivonne, (1995). *Reflexiones sobre la salud reproductiva de la mujer en el México de hoy*. En: *Revista este país, tendencias y opiniones*.
23. Szasz I y Lerner S, (1998). *Sexualidad en México*. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales. El Colegio de México.
24. Selva B, (1994) *Comportamientos reproductivos y sus valoraciones un estudio de caso con mujeres de la colonia guerrero*. En: Salles V y McPhail E, (coord.) (1994) *Textos y Pretextos*. El Colegio de México.
25. Torres M, (comp.) (2005) *Nuevas maternidades y derechos reproductivos*. El Colegio de México.
26. UNFPA, CONAPO, et, al., (2019). *Avances, desafíos y oportunidades, a nivel estatal, rumbo a la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo +25*, Chiapas.
27. UNFPA, CONAPO, et, al., (2019). *Avances, desafíos y oportunidades, a nivel estatal, rumbo a la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo +25*, Chihuahua.
28. UNFPA, CONAPO, et, al., (2019). *Avances, desafíos y oportunidades, a nivel estatal, rumbo a la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo +25*, Veracruz.
29. UNFPA, CONAPO, et, al., (2019). *Avances, desafíos y oportunidades, a nivel estatal, rumbo a la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo +25*, Puebla.
30. UNFPA, CONAPO, et, al., (2019). *Avances, desafíos y oportunidades, a nivel estatal, rumbo a la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo +25*, San Luis Potosí.
31. UNFPA, Grupo Interdisciplinario Interamericano Sobre Población y Desarrollo (GPI). Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2003), *Compromisos legislativos respecto a la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos del El Cairo y Beijing*.
32. Vela Barba, Estefanía, (2017). *Los derechos sexuales y reproductivos*. Disponible en: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/9/4319/30.pdf>.
33. Wojtowicz, M, (2020) *El derecho al aborto electivo en Chiapas*. *European Review of Latin American and Caribbean Studies Revista Europea de Estudios Latinoamericanos y del Caribe*. No. 110 (2020): July-December, pp. 39-58.

Instrumentos y resoluciones internacionales

1. Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer CEDAW, (1979), Adoptada y abierta a firma y ratificación, o adhesión por la Asamblea General de Naciones Unidas en su resolución 34/180, del 18 de diciembre de 1979, ratificada por México el 23 de marzo de 1981. Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 18 de diciembre de 1979. Ratificada por México el 23 de marzo de 1981 y publicada en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 18 de junio de 1981.
2. Comité CEDAW (2018). Observaciones finales sobre el noveno informe periódico de México, 2018.
3. Comité CEDAW (2012). Observaciones finales sobre el séptimo y octavo informes periódicos de México, 2012.
4. Comité CEDAW (2006). Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de México, 2006.
5. Comité CEDAW (1994). Recomendación General Número 19, La violencia contra la mujer
6. Comité CEDAW (1994). Recomendación General Número 21, La igualdad en el matrimonio y en las relaciones familiares.
7. Comité CEDAW (1999). Recomendación General Número 24, La mujer y la salud, 1999.
8. Primera Conferencia Mundial sobre la Condición Jurídica y social de la Mujer, México 1975.
9. Segunda Conferencia sobre la condición jurídica y social de la Mujer, celebrada en Copenhague.
10. Tercera Conferencia Mundial sobre la condición jurídica y social de la Mujer, Nairobi 1985.
11. Conferencia Internacional de Derechos Humanos, Teherán 1968.
12. Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Ciudad de El Cairo, Egipto, del 5 al 13 de septiembre de 1994.
13. Programa de Acción del Cairo 1994.
14. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD+5, 1999).
15. ONU (1999). Acciones Clave para la Ulterior Implementación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, N.U. GAOR, 21ava sesión especial, Nueva York, Estados Unidos, 30 de junio-2 de julio, 1999, Doc. N.U. A/S- 21/5/Add. I (1999)
16. CIDP+5, (1999). Acciones Clave para la Ulterior Implementación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, N.U. GAOR, 21ava sesión especial, Nueva York, Estados Unidos, 30 de junio-2 de julio, 1999, Doc. N.U. A/S- 21/5/Add. I (1999).
17. Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer. Beijing, China, del 4 al 15 de septiembre de 1995.
18. Nuevas Medidas. (2000) Beijin +5, 2000.
19. Seguimiento del año 2010, Beijing +15. Examen y aplicación de la Plataforma de Acción de Beijing 1995 y 54º periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas.
20. (2015). *A 20 años de la Plataforma de Acción de Beijing: para América Latina y el Caribe objetivos estratégicos y esferas de preocupación*. Documento Regional de la Sociedad Civil Beijing+20 América Latina y el Caribe febrero 2015 A 20 años de la Plataforma de Acción de Beijing: para América Latina y el Caribe objetivos estratégicos y esferas de preocupación.
21. Asamblea General de la ONU (2015). *Agenda 2020 para el Desarrollo Sostenible*.
22. Comité DESC (2000), Observación General Número 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. <http://www.acnur.org/fileadmin/scripts/doc.php?file=fileadmin/Documentos/BDL/2001/1>

23. Comité DESC (2016), Observación General Número 22 del Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva, 2016.
24. OMS (1946) *Carta Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Adoptada el 22 de julio de 1946, por la Conferencia Internacional de Salud. Comité de Derechos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas.
25. Convención Americana sobre Derechos Humanos, 1969.
26. Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres. *Convención de Belem do Pará*, (1994) Adoptada y abierta a firma, ratificación y adhesión en Belém do Pará, Brasil, el 9 de junio de 1994, en el vigésimo cuarto periodo ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos. Ratificado por el 12 de noviembre de 1998. https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_198_esp.pdf. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. Adoptada por la Asamblea de la Organización de Estados Americanos (OEA) el 9 de junio de 1994. Publicada el Diario Oficial de la Federación el 19 de enero de 1999.
27. Corte IDH, Caso Acevedo Buendía y Otros ("Cesantes y Jubilados de la Contraloría") (2009) Revisado en línea en: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_198_esp.pdf
28. Corte IDH, Caso Artavia Murillo vs. Costa Rica, Sentencia de 28 de noviembre de 2012, (Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas). Disponible en: https://www.corteidh.or.cr/cf/Jurisprudencia2/ficha_tecnica.cfm?nId_Ficha=235#:~:text=La%20Corte%20concluye%20que%20la,que%20hizo%20desproporcionada%20la%20interferencia.
29. Corte IDH, Caso Fernández Ortega y otros vs. México, Sentencia de 30 de agosto de 2010, (Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas). Disponible en: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/fernandez_ortega/esap.pdf
30. Corte IDH, Caso González y otras vs. México, Sentencia de 16 de noviembre de 2009 (Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas). Disponible en: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_205_esp.pdf
31. Corte IDH, Caso Loayza Tamayo vs. Perú, Sentencia de 27 de noviembre de 1998 (Reparaciones y Costas). Disponible en: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_33_esp.pdf
32. Corte IDH, Informe N° 21/07 Petición 161-02 Solución Amistosa Paulina del Carmen Ramírez Jacinto, México, 9 de marzo de 2007, <https://www.cidh.oas.org/annualrep/2007sp/Mexico161.02sp.htm>
33. Corte IDH, Caso Mujeres víctimas de tortura sexual en Atenco vs. México, Sentencia de 28 de noviembre de 2018, (Excepción preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas). Disponible en: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_371_esp.pdf
34. Corte IDH, Caso Rosendo Cantú y otra vs. México, Sentencia de 31 de agosto de 2010, (Excepción preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas). Disponible en: https://www.corteidh.or.cr/cf/jurisprudencia2/ficha_tecnica.cfm?nId_Ficha=339
35. CIDH, Caso "Amelia" vs. Nicaragua. Medidas cautelares. MC 43-10, 26 de febrero de 2010. Disponible en: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/resumen_350_esp.pdf
36. Karen Noelia Lantoy Huamán c. Perú, comunicación No. 1153/2013, UNDOC, CPR/C/85/D/1153/2003 (2005). Informe no. 21/07, petición 161-02, solución amistosa, Paulina del Carmen Ramírez Jacinto, México, 9 de marzo de 2007.

Leyes Nacionales

104

1. Constituciones Políticas de las 32 entidades federativas. Consultadas en línea en www.diputados.gob.mx.
2. Acción de Inconstitucionalidad. 10/2000. Consultada en www.scjn.gob.mx; Documento completo en: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:GZFMnos_pbcJ:www2.scjn.gob.mx/juridica/engroses/3/2000/19/3_37867_0.doc+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=mx
3. Acción de Inconstitucionalidad. 146/2007 acumulada 147/2007. Disponible en: <https://www.sitios.scjn.gob.mx/video/?q=category/expediente/1462007>
4. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Última reforma publicada DOF 28-05-2021.
5. Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Baja California. Última reforma P.O. No. 8, Índice, 14.Feb-2020.
6. Ley General de Salud, 1984. Última reforma publicada DOF 01-06-2021. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf
7. Ley General de Población, 1974. Última reforma publicada DOF 12-07-2018. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/140_120718.pdf
8. Ley General de Acceso de las Mujeres a Una Vida Libre de Violencia, 2007. Última reforma publicada DOF 17-12-2015. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209278/Ley_General_de_Acceso_de_las_Mujeres_a_una_Vida_Libre_de_Violencia.pdf
9. Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, 2003. Última reforma publicada DOF 27-11-2007. Disponible en: <http://www.conapred.org.mx/userfiles/files/LFPED%281%29.pdf>
10. Ley General de Víctimas, 2013. Última reforma publicada DOF 20-05-2021. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGV_200521.pdf
11. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, *Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino*. DOF, 31 de mayo de 2007.
12. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, *Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio*, 1995. Última reforma publicada DOF 07-04-2016. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016
13. Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2002. *Prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar la atención médica*. DOF, 2003. Última reforma publicada DOF 07-01-2013. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284235&fecha=07/01/2013
14. Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002, *Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama*. DOF, 2003. Última reforma publicada DOF 09-06-2011. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5194157&fecha=09/06/2011
15. Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. *Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención*. DOF, 2009. Última reforma publicada DOF 24-03-2016. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5430957&fecha=24/03/2016

16. Reglamento de la Ley General de Población. Última reforma publicada DOF 28-09-2012. Disponible en:
http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGP.pdf
17. Resolución por la que modifica la Norma Oficial Mexicana, NOM-005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar publicada en el DOF el 21 de enero de 2004. Disponible en:
http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=676842&fecha=21/01/2004

3. CONTEXTO NACIONAL

106

3.1 La política pública para atender el problema de la violencia contra las mujeres en México

Ante el problema público de la VCMN, México ha instrumentado una serie de políticas desde los años setentas encaminadas a su prevención, atención, sanción y erradicación. El desarrollo de estas políticas ha mostrado avances importantes, así como algunas limitaciones, incongruencias y áreas de oportunidad.

De acuerdo con Inchaustegui la trayectoria hasta el año 2009 de la política de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia en México se puede analizar históricamente identificando cuatro coyunturas críticas.

Primera etapa de 1973 a 1987. El enfoque principalmente fue el reconocimiento de la violencia sexual. En esta coyuntura destaca el papel de las organizaciones feministas al ser los primeros agentes sociales en atender la violencia en contra las mujeres. “Según muestra Bárbara Yllán, el modelo de atención y prevención que adoptaron tuvo sus orígenes en la experiencia de los centros de autoayuda establecidos por las organizaciones feministas norteamericanas para asistir a las víctimas de violencia sexual [...] El propósito era recobrar la autoestima y generar el soporte necesario para romper el círculo de la relación violenta”¹³².

Este modelo fue variando, de forma gradual, del enfoque clínico psicológico a una visión social e institucional más compleja en la que fue ganando terreno la idea de denunciar a fin de orientar la respuesta pública hacia la sanción de los ofensores, con el doble fin de inhibir la conducta y sancionar a los responsables.

La intervención del Estado para atender la violencia en contra de las mujeres ocurrió a finales de los 80 y principios de los 90. En este periodo se dieron algunos cambios legales, principalmente en la CDMX donde se localizaban las principales organizaciones feministas de la época, consistiendo estos en la modificación del Código Penal local en materia de fuero común, relacionado con los delitos sexuales. Lo mismo sucedió con el Código Civil en el cual la violencia se convirtió en una causal de divorcio. También se tipificó la violencia psicológica, se incluyó el abandono de hogar y de personas, así como el incumplimiento u omisión de los deberes

¹³² Inchaustegui, Teresa, et. al. *Modelo Ecológico para una Vida Libre de Violencia de Género*. 2011, Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, p. 49.

alimenticios como casos de violencia económica. Estos cambios dieron pie en los años siguientes a reformas en ese tipo de códigos en las entidades federativas del país.

La segunda etapa de 1991 a 2000. Se caracteriza por la voluntad política en el Estado para incorporar en la agenda pública de gobierno la lucha contra la violencia hacia las mujeres. De acuerdo con Inchaustegui los factores que influenciaron en que el Estado interviniera fueron principalmente la presión de grupos feministas y de organismos internacionales, la exigibilidad del cumplimiento de los Tratados Internacionales a los que México se adhirió en la coyuntura de la globalización económica, casos mediáticos de violencia sexual perpetrados por fuerzas policiales en la ahora Ciudad de México (en adelante, CDMX) en contra de mujeres y la mayor movilización social articulada a partir de los sismos de 1985.

Durante este periodo surge la primera reforma al Código Penal Federal mediante la cual se establece el hostigamiento sexual como delito. Se crean las Agencias Especializadas en Delitos Sexuales (AEDS) en la CDMX con el fin de recibir las denuncias, orientar a las víctimas y canalizarlas para obtener apoyo legal y terapéutico. Se instrumenta también el Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales (CTA). Asimismo, desde 1990 la Procuraduría del Distrito Federal creó un Centro de Atención Integral a la Víctima de Violencia Intrafamiliar (CAVI) para proporcionar orientación psicoterapéutica a víctimas y agresores. Este centro jugó un papel importante en la formación de recursos humanos para instancias similares en los estados.

El rasgo central de esta etapa es la criminalización de los delitos sexuales. Con ello, el curso de la política adquiere el carácter normativista y punitivo que se adopta en otros países, dando centralidad al ámbito de procuración de justicia.

La tercera etapa de 2000 a 2006. Ésta se corresponde con la elaboración de los primeros programas nacionales con estrategias más integrales para la atención de la violencia en contra de las mujeres. Un hito en esta etapa es la creación del Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) por decreto del Poder Legislativo el 12 de enero de 2000. Dicha institución tiene como objetivo integrar una política transversal de igualdad de género a partir de los compromisos y directivas de política que derivaron de la Plataforma y el Programa de Acción de la Cuarta Conferencia Internacional de la Mujer.

En esta etapa los gobiernos locales crearon también mecanismos institucionales para las mujeres, y en algunos casos iniciaron la implementación de servicios de atención a la violencia a tono con las leyes de prevención de violencia intrafamiliar que se extendieron entre 2000 y 2006.

La cuarta etapa de 2006 a 2009. Esta arranca con la promulgación de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (en adelante, LGAMVLV). Esta nueva etapa se caracteriza por el crecimiento triplicado o quintuplicado de la denuncia de los delitos sexuales en contra de las mujeres, principalmente entre los 14 y 25 años. Las organizaciones civiles feministas visualizan dichos delitos como una epidemia social cuyo mantenimiento es producto de una especie de “acuerdo tácito” o “costumbre” entre las autoridades, ya que estas transgresiones implican la complicidad en la privación de la vida, la libertad, la seguridad; así como el trato cruel, degradante e inhumano de las mujeres.¹³³

En esta etapa se da la creación de fondos financieros federales para la atención del problema de la VCMN a nivel estatal y municipal (Programa de Apoyo a las Instancias de las Mujeres en las Entidades Federativas, Fondo de Transversalidad para las Instancias Estatales de las Mujeres y Fondo para el Desarrollo de las Instancias Municipales de las Mujeres). Sin embargo, este periodo también se caracteriza por tener una política de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia que enfrenta diversas dificultades. Entre estas se encuentra la falta de un modelo integral y unificado de prevención y atención a las distintas modalidades de violencia contra las mujeres. Esto es producto, entre otros factores, de la focalización en la atención a la violencia de pareja, así como de la profundización en la polarización local de los enfoques de atención a las mujeres. Por ejemplo, algunas entidades asumen una visión favorable a la garantía de los DDSSyRR de las mujeres mientras que otras adoptan un enfoque más *profamilista*. Así mismo, en esta etapa se registraron algunas limitaciones en los avances del marco legislativo: legislaciones locales estancadas, algunas incluso regresivas, que ocasionaron limitaciones en torno a la armonización legislativa, así como confusión y traslape entre marcos jurídicos relacionados con la aplicación de la LGAMVLV.¹³⁴

A partir de 2009 se han registrado avances importantes en las políticas públicas para la prevención, atención, sanción y erradicación de la VCMN. Entre los más importantes está el proceso de armonización legislativa entre las entidades federativas respecto de las leyes de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, la creación de instrumentos institucionales para la mejor atención, así como la investigación y sanción de los casos de violencia (protocolos, modelos, manuales, entre otros).

Destaca también la promulgación de programas integrales en los que se plasma la política para la prevención, atención, sanción y la erradicación de la violencia en contra de las mujeres y las niñas, los cuales se promulgan tanto a nivel nacional como en las entidades federativas. Estos programas cuentan, legalmente, con

¹³³ Ibid., p. 76.

¹³⁴ Idem.

mecanismos para el seguimiento y evaluación de los resultados de las acciones, por lo cual constituyen instrumentos de política pública mucho más robustos.

Como parte de los mecanismos para garantizar el cumplimiento de la LGAMVLV y de las políticas de violencia se crea el Sistema Nacional de Prevención, Atención, Sanción y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres instalado por primera vez el 3 de abril de 2007. El fin de este mecanismo interinstitucional es coordinar esfuerzos, instrumentos, políticas, servicios y acciones para garantizar el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Este Sistema también es replicado en los estados de la República para dar seguimiento a los programas y leyes estatales.

Otra política pública de la última década para abatir la violencia feminicida es el mecanismo de AVGM establecido en la LGAMVLV. Este mecanismo se basa en la coordinación de acciones entre los tres órdenes de gobierno a fin de implementar medidas de emergencia para enfrentar y erradicar la violencia feminicida en un territorio determinado, ya sea ejercida por personas o por la propia comunidad.

El funcionamiento de la AVGM está asentado en el Reglamento de la LGAMVLV y en él participan instancias del Gobierno Federal como el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) y la Secretaría de Gobernación (SEGOB) a través de la Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (CONAVIM), así como organizaciones de la sociedad civil, académicas/os y gobiernos locales. Dicho mecanismo debe establecerse cuando se determina que existe un contexto de violencia extrema en contra de las mujeres o de agravio comparado que impida el ejercicio pleno de los derechos humanos de las mujeres.

Conforme a datos de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos al 30 de diciembre de 2020, en el país se han solicitado 34 procedimientos de Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres en 28 Estados de la República, de los cuales, 21 han resultado en Declaratorias de Alerta de Género. La última Alerta, fue declarada el 5 de junio de 2020 y corresponde al estado de Guerrero por agravio comparado. Por otra parte, en 10 entidades, no fue declarada la Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres. Asimismo, 5 entidades se encuentran en alguna fase del procedimiento¹³⁵.

Una de las áreas con mayores avances, de 2009 a la fecha, ha sido el fortalecimiento de las funciones de administración y procuración de justicia para las mujeres víctimas violencia, a partir de la creación de Fiscalías especializadas para delitos sexuales o relacionados con violencia contra las mujeres, y los Centros de Justicia

¹³⁵ Ver https://igualdaddegenero.cndh.org.mx/AVG/Numeralia_AVG

para las Mujeres. Este último se trata de un espacio en donde se concentran servicios especializados, integrales e interinstitucionales que atienden a víctimas de violencia familiar y de género, garantizando su derecho a una vida libre de violencia.

Destaca también la creación de Unidades de Análisis y Contexto para la investigación de feminicidios, homicidios dolosos y desaparición de niñas, niños, adolescentes y mujeres, adscritas a diversas procuradurías o fiscalías estatales. Estas Unidades constituyen una política pública contra la criminalidad que establece un nuevo sistema de investigación penal y de gestión, con criterios de priorización para comprender mejor los contextos de fenómenos y casos, mediante la elaboración de estudios antropológicos, sociológicos, psicosociales que permitan identificar, las dinámicas delictivas y de VCMN. La existencia de estas unidades constituye una acción importante para el acceso a la justicia de las mujeres víctimas de violencia, a la vez que contribuye a entender cómo se manifiesta el problema de la VCMN en los territorios.

Enseguida se muestran algunas expresiones de la violencia sexual contra las mujeres en México.

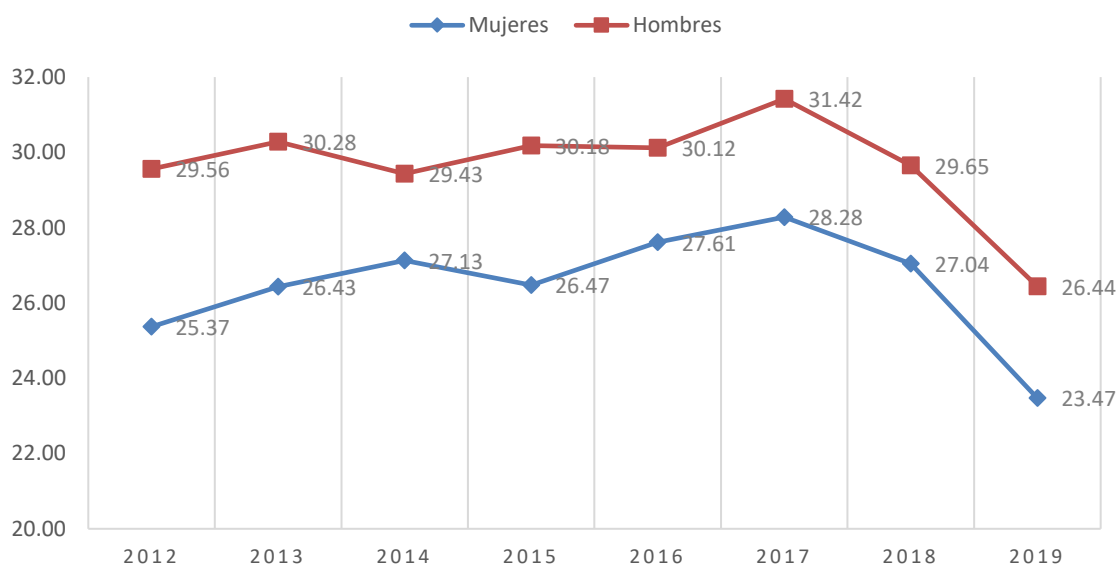
3.2 Magnitud del problema de la violencia sexual contra las mujeres

111

3.2.1 La violencia contra las mujeres, de manera panorámica y general.

Aunque históricamente los hombres tienen una tasa mayor de prevalencia delictiva (víctimas de algún delito por cada 100 habitantes) que las mujeres, resalta que hay años en los que la brecha se ha cerrado, como 2014 y 2016 y, sobre todo, destaca la tendencia ascendente en la tasa de victimización de las mujeres hasta 2017. Varios factores relacionados con el género y sus efectos en las dinámicas económicas, culturales y de movilidad explican la mayor exposición de los hombres a ser víctimas de un delito, pero como se expondrá más adelante, tanto los efectos de la victimización como los delitos de los que son víctimas hombres y mujeres son distintos, siendo notable que los efectos en la percepción de inseguridad son mayores en las mujeres y repercuten en su autonomía y libertad.

Gráfica 1 Prevalencia delictiva en las personas, por sexo. Porcentaje



Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública, 2020.
El valor del indicador hace referencia al año inmediato anterior al levantamiento.

Para el año 2019, a nivel nacional se observa una disminución en la tasa de prevalencia delictiva.

De los estados muestra del presente estudio, Guerrero, Chihuahua, San Luis Potosí, Puebla, Chiapas y Veracruz, únicamente el estado de Puebla muestra una tasa superior al valor nacional; sin embargo, así como San Luis

Potosí mantiene una brecha superior entre hombres y mujeres, los otros estados tienen niveles inferiores de dicha tasa y una brecha más cerrada.

112

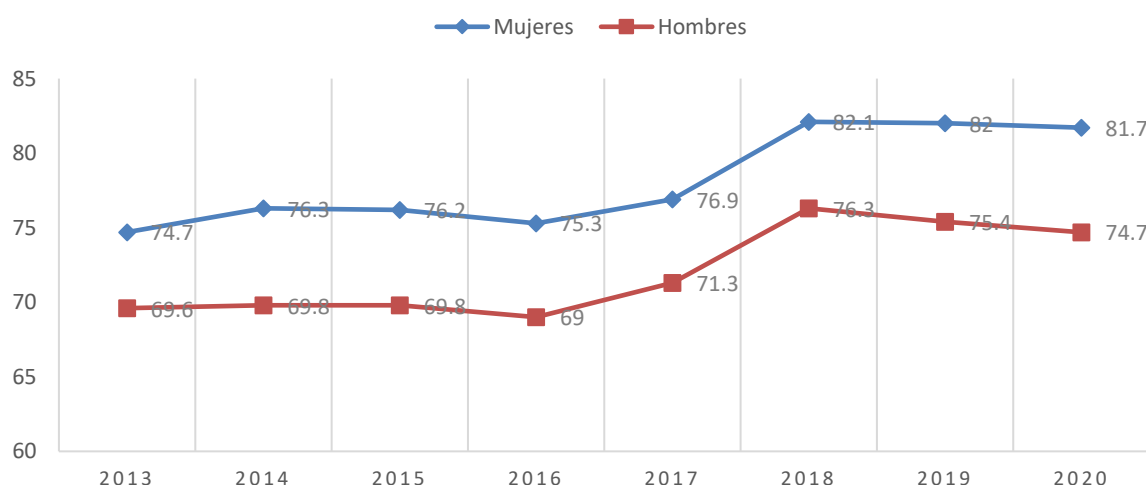
Tabla 7 Tasa de prevalencia delictiva por entidad federativa por cada cien mil habitantes, según sexo de la víctima 2019

Entidad federativa	Tasa total de prevalencia	Tasa de prevalencia por sexo	
		Hombres	Mujeres
Estados Unidos Mexicanos	24 849	26 440	23 471
Chiapas	12 258	12 142	12 363
Chihuahua	20 843	20 826	20 860
Guerrero	20 799	21 650	20 058
Puebla	25 381	29 185	22 138
San Luis Potosí	20 042	22 906	17 536
Veracruz de Ignacio de la Llave	14 108	13 961	14 241

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública 2019.
El valor del indicador hace referencia al año inmediato anterior al levantamiento.

Si bien la tendencia en la percepción de inseguridad es similar en las mujeres y los hombres, mostrando en ambos casos un ascenso desde 2016, es relevante que ésta es más alta en las mujeres. En 2020, el 81.7% de las mujeres consideró que vivir en su entidad federativa es inseguro, mientras que el 74.7% de los hombres así lo creyó, lo que responde, entre otros factores, al riesgo adicional que tienen las mujeres a agresiones y delitos sexuales.

Gráfica 2 Percepción de inseguridad pública en entidad federativa. Porcentaje



Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública, 2020.

- Prevalencia de violencia contra las mujeres

De acuerdo con los datos de la ENDIREH, para 2016 hubo una prevalencia total de VCMN (porcentaje de mujeres de 15 años y más que señalaron haber padecido por lo menos en alguna ocasión a lo largo de su vida algún acto de violencia) en el país de 66.1%; de las entidades consideradas para el estudio, únicamente Chihuahua obtuvo un valor superior a la media nacional (68.8%), y pese a que Chiapas obtuvo el valor más bajo de las seis entidades observadas, es relevante el crecimiento de la prevalencia ahí entre la ENDIREH 2011 (43.5%) y la del 2016 (52.4%).

Tabla 8 Prevalencia de violencia total contra las mujeres 15 años y más a lo largo de su vida. Porcentaje

Entidad Federativa	2006 %	2011 %	2016 %
Estados Unidos Mexicanos	67.0	62.8	66.1
Chiapas	48.5	43.5	52.4
Chihuahua	68.4	68.8	68.8
Guerrero	61.6	54.0	57.5
Puebla	69.9	62.8	64.3
San Luis Potosí	60.6	59.6	56.7
Veracruz de Ignacio de la Llave	61.9	62.0	61.0

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, 2006, 2011 y 2016.

El tipo de violencia con mayor prevalencia a nivel nacional y en las seis entidades observadas es la violencia emocional, seguida, en todos los casos excepto en Guerrero, de la violencia sexual. Como se muestra a detalle en la Tabla 9, para 2016, 49.0% de las mujeres en el país había vivido a lo largo de su vida expresiones de violencia emocional, 41.3% violencia sexual, 34.0% violencia física y 29.0% violencia económica y patrimonial.

Tabla 9 Prevalencia de la violencia por tipo entre las mujeres de 15 años y más a lo largo de su vida. Porcentaje

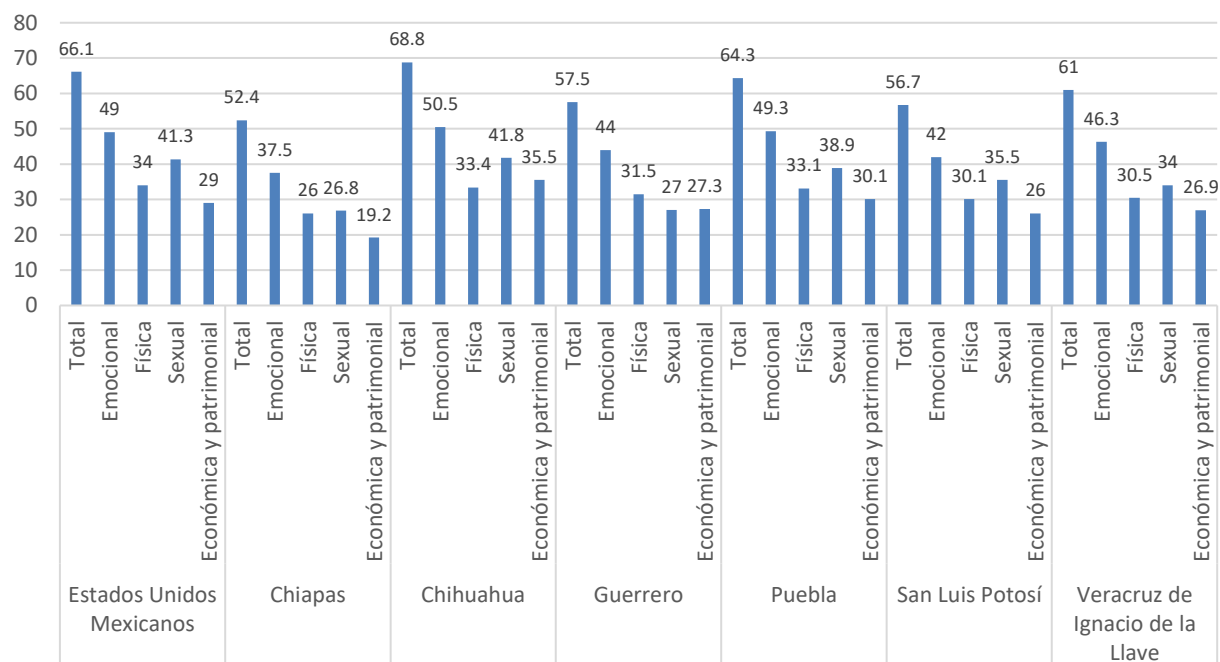
Entidad Federativa	Tipo de violencia	2006 %	2011 %	2016 %
Estados Unidos Mexicanos	Total	67.0	62.8	66.1
	Emocional	46.1	44.3	49.0
	Física	23.6	16.7	34.0
	Sexual	43.5	35.4	41.3
	Económica y patrimonial	30.4	35.3	29.0

Chiapas	Total	48.5	43.5	52.4
	Emocional	35.5	29.7	37.5
	Física	16.1	12.6	26.0
	Sexual	21.5	18.7	26.8
	Económica y patrimonial	16.9	22.1	19.2
Chihuahua	Total	68.4	68.8	68.8
	Emocional	47.1	45.7	50.5
	Física	21.3	18.8	33.4
	Sexual	43.6	36.2	41.8
	Económica y patrimonial	35.6	45.6	35.5
Guerrero	Total	61.6	54.0	57.5
	Emocional	46.8	41.2	44.0
	Física	25.0	17.2	31.5
	Sexual	31.3	25.8	27.0
	Económica y patrimonial	30.2	29.9	27.3
Puebla	Total	69.9	62.8	64.3
	Emocional	51.4	46.5	49.3
	Física	27.7	17.6	33.1
	Sexual	44.5	33.7	38.9
	Económica y patrimonial	31.3	35.1	30.1
San Luis Potosí	Total	60.6	59.6	56.7
	Emocional	42.2	42.0	42.0
	Física	19.9	18.2	30.1
	Sexual	35.8	32.7	35.5
	Económica y patrimonial	26.0	34.0	26.0
Veracruz de Ignacio de la Llave	Total	61.9	62.0	61.0
	Emocional	41.9	45.6	46.3
	Física	23.7	18.3	30.5
	Sexual	37.6	33.1	34.0
	Económica y patrimonial	26.4	34.5	26.9

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, 2006, 2011 y 2016.¹³⁶

¹³⁶ La prevalencia de violencia total no es igual a la suma de las prevalencias por tipo, ya que cada mujer pudo haber experimentado uno o más tipos de violencia.

Gráfica 3 Prevalencia de la violencia por tipo entre las mujeres de 15 años y más a lo largo de su vida. 2016



Fuente: INEGI. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, 2016.

A nivel nacional y en cada entidad analizada, el ámbito de pareja es el que registra una mayor prevalencia de violencia, seguido del ámbito comunitario.

Tabla 9. Prevalencia de la violencia por tipo de ámbito entre las mujeres de 15 años y más a lo largo de su vida. 2016. Porcentaje

Entidad federativa	Total %	Pareja %	Familiar %	Escolar %	Trabajo %	Comunitario %
Estados Unidos Mexicanos	66.1	43.9	10.3	25.3	26.6	38.7
Chiapas	52.4	34.9	7.6	19.2	19.8	24.8
Chihuahua	68.8	43.3	9.8	25.9	36.8	37.8
Guerrero	57.5	43.6	9.2	22.8	21.2	23.8
Puebla	64.3	44.3	11.1	24.1	23.1	35.7
San Luis Potosí	56.7	39.2	9.0	21.2	22.9	31.4
Veracruz de Ignacio de la Llave	61.0	42.2	11.1	22.7	23.8	31.4

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, 2016.

3.2.2 Violencia sexual, en sus diversos ámbitos, desagregado por Estado, ámbitos de ocurrencia y edades.

A lo largo de su vida, de acuerdo con la ENDIREH 2016, el 41.3% de las mujeres de 15 años y más en la República mexicana, ha padecido algún acto constitutivo de violencia sexual, por lo menos en alguna ocasión; en cuanto a las seis entidades federativas analizadas, Chihuahua es la que presenta una prevalencia más alta (41.8%), seguida de Puebla (38.9%) y de San Luis Potosí (35.5%); Chiapas es la que cuenta con una prevalencia menor (26.8%).

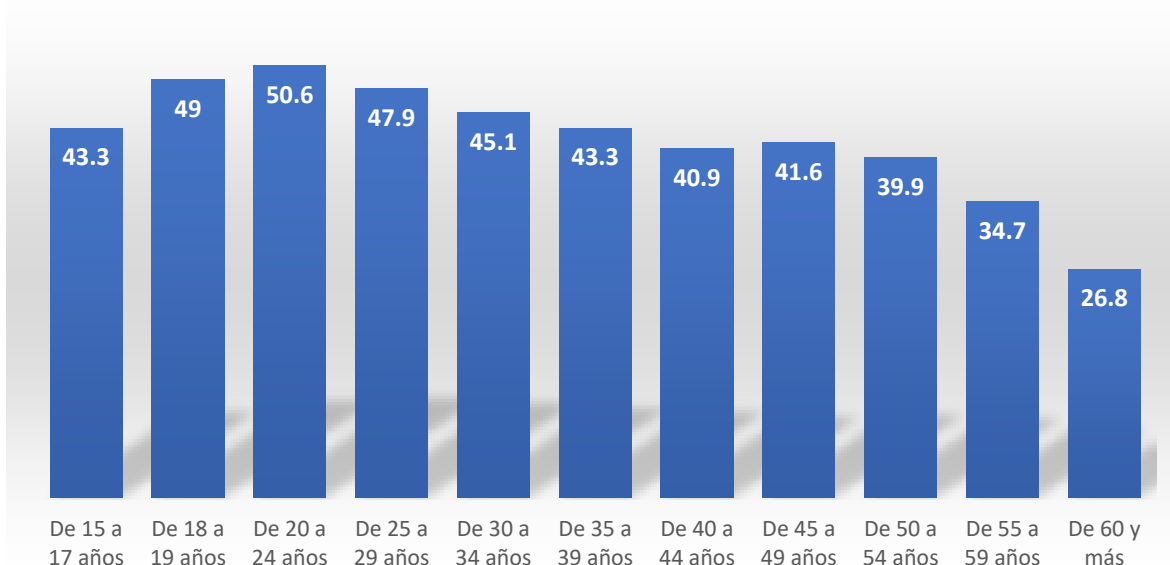
Tabla 10 Prevalencia de la violencia sexual por parte de cualquier agresor entre las mujeres de 15 años y más a lo largo de su vida

Entidad federativa	2006 %	2011 %	2016 %
Estados Unidos Mexicanos	43.5	35.4	41.3
Chiapas	21.5	18.7	26.8
Chihuahua	43.6	36.2	41.8
Guerrero	31.3	25.8	27.0
Puebla	44.5	33.7	38.9
San Luis Potosí	35.8	32.7	35.5
Veracruz de Ignacio de la Llave	37.6	33.1	34.0

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, 2006, 2011 y 2016.

Si se analiza la prevalencia de violencia sexual por grupos de edad, resulta interesante que, aunque hay grupos con mayor prevalencia (de 20 a 24 años-50.6%, seguido de 18 a 19 -49% y, en tercer lugar, de 25 a 29 años - 47.9%), en realidad no es mucha la diferencia entre todos los grupos. De hecho, de entre los 15 y los 54 años no hay una diferencia mayor a 10 puntos considerando todos los grupos que abarca ese espectro, tal como se observa en la siguiente gráfica.

Gráfica 4 Prevalencia de la violencia sexual por parte de cualquier agresor entre las mujeres de 15 años y más a lo largo de su vida, por grupos de edad. Porcentaje



Fuente: INEGI. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, 2016.

La prevalencia de violencia sexual, entre las mujeres de 15 años y más, durante el último año (de cuando se realizó la ENDIREH, es decir 2016), muestra que el ámbito donde una proporción mayor de mujeres vive este tipo de violencia es el comunitario, principalmente en la calle y el transporte público, seguido del ámbito escolar, el laboral, la pareja y, finalmente, el familiar; esta tendencia se mantiene en las seis entidades consideradas.

Tabla 10 Prevalencia de violencia sexual, entre las mujeres de 15 años y más, en los últimos 12 meses¹³⁷, por tipo de ámbito. Porcentaje

Entidad federativa	Total %	Familiar %	Pareja %	Escolar %	Laboral %	Comunitario %
Estados Unidos Mexicanos	23.2	1.1	2.3	10.7	6.6	20.2
Chiapas	14.3	1.0	1.2	8.0	5.5	11.8
Chihuahua	22.9	1.1	1.9	7.9	8.0	20.2
Guerrero	15.0	1.2	2.0	10.4	6.2	11.8
Puebla	21.7	1.0	2.5	10.7	6.1	18.9
San Luis Potosí	18.8	0.9	2.0	7.3	3.5	16.5
Veracruz de Ignacio de la Llave	19.3	0.9	2.0	9.2	7.5	16.4

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, 2016.

¹³⁷ El periodo de referencia corresponde a los últimos 12 meses previos al levantamiento de la encuesta, es decir en la ENDIREH 2016 es de octubre de 2015 al momento de la entrevista.

Si analizamos la prevalencia de la violencia sexual por tipo de agresor (si es la pareja u otra persona distinta a la pareja), se observa que, en mayor proporción, el agresor es una persona distinta a la pareja, tanto a nivel nacional, como en los estados de la muestra.

118

Tabla 11 Prevalencia de la violencia por tipo de violencia y agresor entre las mujeres de 15 años y más a lo largo de su vida. Porcentaje

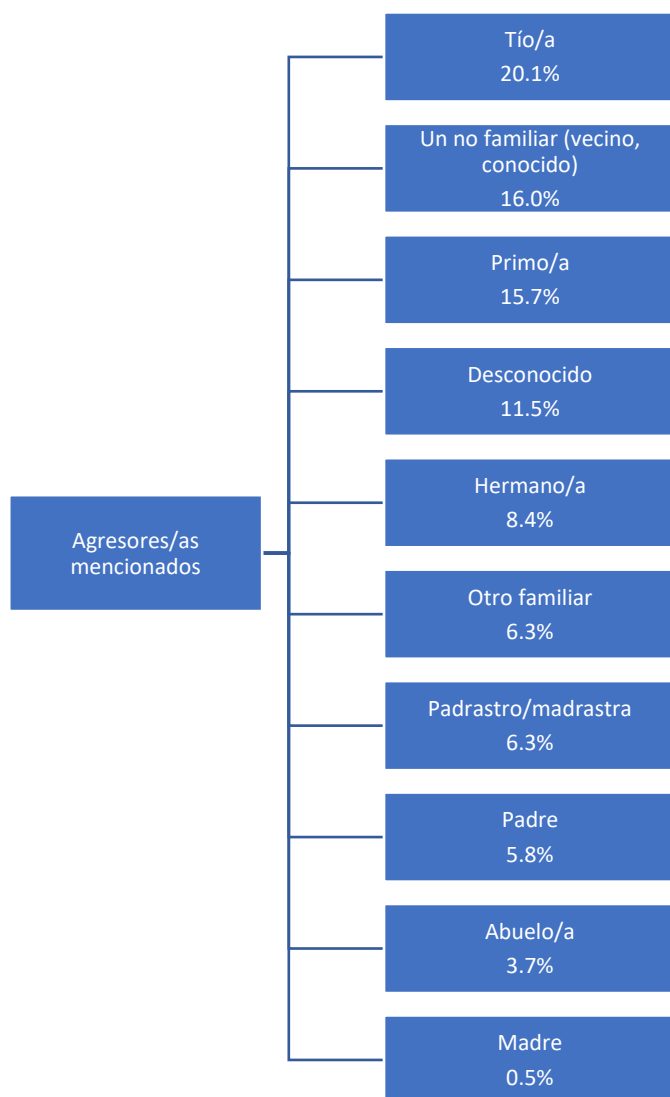
Tipo de violencia	ENDIREH 2016. Porcentaje		
	Total	Pareja	Otra persona distinta a la pareja
Sexual	41.3	6.5	38.8

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, 2006, 2011 y 2016.

Notas: La prevalencia de violencia total no es igual a la suma de las prevalencias por agresor, ya que cada mujer pudo haber experimentado uno o más tipos de violencia por diferentes agresores.

Asimismo, con respecto al apartado de abuso sexual en la infancia de la ENDIREH 2016, poco más de la tercera parte de las mujeres de 15 años y más reportó haber experimentado algún acto de violencia emocional, física y/o sexual antes de los 15 años. La violencia que más padecieron fue de tipo física, sin embargo, cabe resaltar que casi una de cada 10 mujeres experimentó violencia sexual en su infancia. En estos casos, los principales agresores de las niñas fueron el tío o tía, o por alguien que no es de la familia, como un vecino o conocido.

Gráfica 5 Distribución porcentual del total de agresores/as mencionados por las mujeres de 15 años y más que experimentaron violencia sexual en su infancia por tipo de agresor/a. 2016



Fuente: INEGI. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, 2006, 2011 y 2016.

3.2.3 Violación sexual en sus diversos ámbitos, desagregado por estado, ámbitos de ocurrencia, edades, escolaridad y perfil de perpetradores.

De acuerdo con información sobre VCMN del Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública, durante el 2020 hubo a nivel nacional 16 544 presuntos delitos de violación, esto significa una tasa de 12.9 presuntos delitos de violación por cada 100 000 mujeres.

De enero a marzo de 2021, ha habido 4 808 presuntos delitos de violación; al observar las entidades muestra del estudio, Chihuahua resulta el estado con más casos en este periodo, con 288, seguido de Puebla (218) y San Luis Potosí (156), quedando Guerrero como la entidad con menos presuntos delitos de violación, con 84; no obstante, si analizamos la tasa (presuntos delitos de violación por cada 100 000 mujeres), vemos que, aunque Chihuahua se mantiene como el más elevado, con una tasa de 3.73, el segundo lugar ahora es ocupado por San Luis Potosí, con 5.41 (ambos casos con una tasa superior a la nacional, la cual es de 3.73), y Guerrero sube dos peldaños, para dejar en el último escalón a Veracruz (1.36) como el estado con la menor tasa de presuntos delitos de violación durante enero-marzo del 2021.

Tabla 12 Presuntos delitos de Violación enero-marzo de 2021

Entidad federativa	Total	Tasa
Estados Unidos Mexicanos	4,808	3.73
Chiapas	126	2.17
Chihuahua	288	7.51
Guerrero	84	2.29
Puebla	218	3.27
San Luis Potosí	156	5.41
Veracruz de Ignacio de la Llave	117	1.36

Fuente: Elaboración propia con datos del Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública. Abril 2021.

Según datos de la ENDIREH 2016, de las 19 millones 096 mil 161 mujeres que han experimentado violencia de pareja a lo largo de su relación, 2 millones 834 mil 889 reportan haber vivido violencia sexual a lo largo de su relación, es decir, alrededor del 6.5% del total de mujeres de 15 años o más en México han padecido este tipo de violencia en el ámbito de pareja. Lo que resulta más relevante de esta situación es que, de ellas, 2 millones 372 mil 030 mujeres, es decir, el 83.7% de quienes han padecido violencia sexual de pareja, señala que ha padecido una violación o intento de violación. Específicamente, 1 millón 955 mil 907 mujeres mayores de 15 años señalaron que, a lo largo de su relación, por lo menos en algún momento, les exigieron con amenazas o chantajes tener relaciones sexuales, aunque no quisieran. Por otro lado, 1 millón 540 mil 811, dijeron que fueron obligadas mediante la fuerza física por su pareja, por lo menos en alguna ocasión a lo largo de su relación, a tener relaciones sexuales.

Tabla 13 Prevalencias de violencia de pareja entre las mujeres de 15 años y más por condición, tipo, clase y situación de violencia según periodo de referencia 2016

Condición, tipo, clase y situación de violencia	Absolutos		Relativos	
	A lo largo de la relación	En los últimos 12 meses	A lo largo de la relación	En los últimos 12 meses
Estados Unidos Mexicanos	43 464 520	43 464 520	100.0	100.0
Violación e intento de violación	2 372 030	699 721	5.5	1.6
Le ha exigido con amenazas o chantajes tener relaciones sexuales, aunque usted no quiera	1 955 907	581 208	4.5	1.3
Ha usado su fuerza física para obligarla a tener relaciones sexuales	1 540 811	359 996	3.5	0.8

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2018. Base de datos. SNIEG, Información de Interés Nacional.

● Aborto

De acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (en adelante, ENADID) 2018, en México hay una Tasa Global de Fecundidad (en adelante, TGF) de 2.07. Las seis entidades analizadas en el presente estudio tienen TGF superiores al promedio nacional, Chiapas tiene la TGF más alta, con 2.80, seguida de Guerrero con 2.46, Veracruz tiene la más baja con 2.14. Es decir, en relación con el promedio nacional, en promedio, las mujeres en estas entidades federativas tienden a tener más hijos.

Tabla 14 Tasa Global de Fecundidad

Entidad federativa	TGF
Chiapas	2.80
Chihuahua	2.21
Guerrero	2.46
Puebla	2.23
San Luis Potosí	2.18
Veracruz de Ignacio de la Llave	2.14

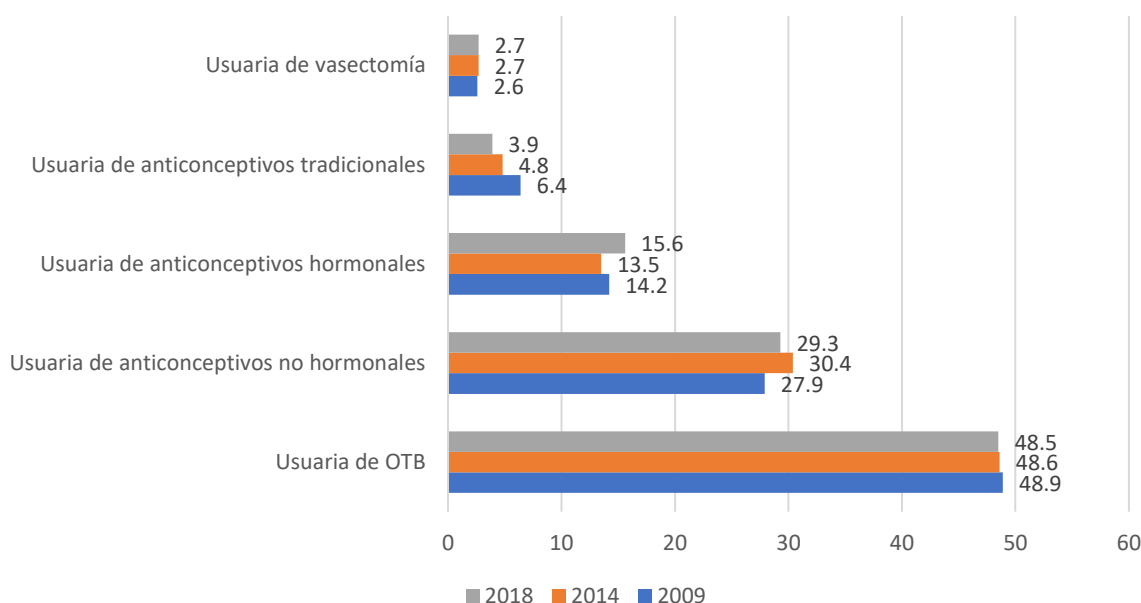
Nota: La TGF se refiere al total de hijos que en promedio tendrá una mujer al final de su vida reproductiva.

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2018. Base de datos. SNIEG, Información de Interés Nacional.

En 2018, el porcentaje de mujeres en edad fértil usuarias de métodos anticonceptivos fue de 53.4%. En 2014 este dato fue del 51.6 %. Para el caso de mujeres casadas o unidas de 15 a 49 años de edad, el porcentaje de usuarias pasó de 72.3% a 73.1%.¹³⁸

Si se observa la distribución porcentual de los distintos métodos anticonceptivos que utilizan las mujeres de 15 a 49 años, el método que una mayor proporción de mujeres utiliza es la Obstrucción Tubárica Bilateral, conocida como ligadura de trompas (48.5%), mientras que el de menor uso es precisamente el que le correspondería a su pareja hombre, la vasectomía, con apenas 2.7% de incidencia.

Gráfica 6 Distribución porcentual de las mujeres de 15 a 49 años usuarias de métodos anticonceptivos, según tipo de método, 2014 y 2018



1. OTB se refiere a Obstrucción Tubárica Bilateral, conocida como ligadura de trompas.

2. No hormonales incluyen: condón o preservativo masculino y femenino, dispositivo intrauterino, óvulos y espumas anticonceptivas.

3. Hormonales incluyen: pastillas, inyecciones, implante y parche anticonceptivo.

4. Tradicionales incluyen: ritmo y coito interrumpido.

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014, 2018. Base de datos. SNIEG, Información de Interés Nacional.

De acuerdo con la ENADID 2018, a nivel nacional, la edad mediana de inicio de la vida sexual de las mujeres es a los 17.5 años, similar al dato de 2014 (17.6 años). En 2014, 65.7% de las mujeres que han tenido relaciones sexuales declararon que no utilizaron algún método en la primera relación. Para 2018 este porcentaje disminuyó

¹³⁸ INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014, 2018. Base de datos. SNIEG, Información de Interés Nacional.

a 59.4%, lo cual si bien es un avance sigue siendo una cifra alta que muestra un alto riesgo de embarazo no deseado y de transmisión de enfermedades. Como se muestra en la Tabla 15, es importante resaltar que las mujeres más jóvenes muestran un mayor uso de métodos anticonceptivos en su primera relación, lo cual puede reflejar un avance importante en la práctica de protección sexual.

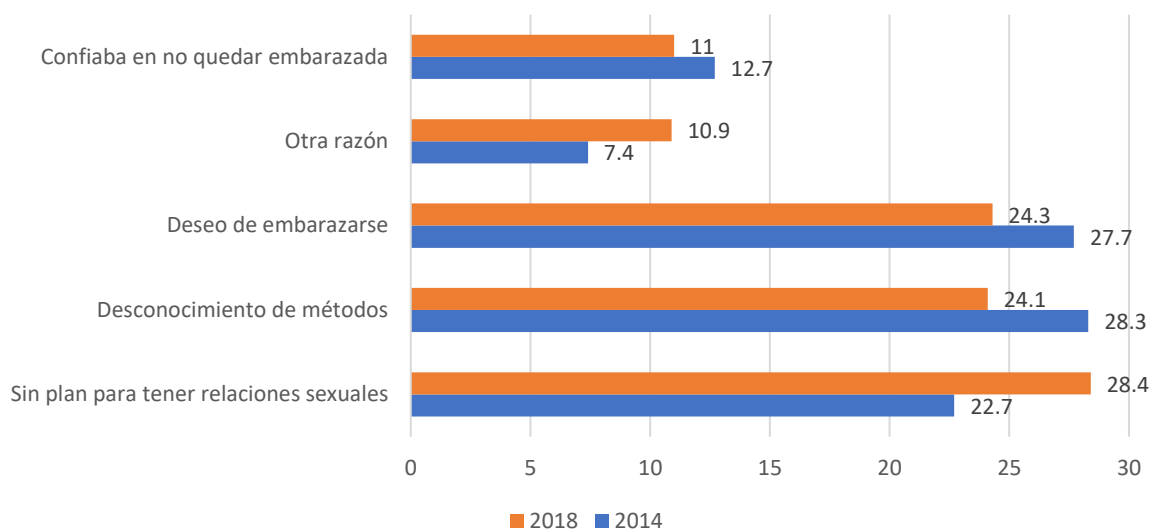
Tabla 15. Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que usaron protección en la primera relación sexual por grupos de edad, 2014 y 2018

Grupos quinquenales de edad	Utilizaron método 2014 %	Utilizaron método 2018 %
15 a 19 años	54.8	59.9
20 a 24 años	54	59
25 a 29 años	45.1	53
30 a 34 años	34.5	42.9
35 a 39 años	27.4	33.3
40 a 44 años	21.2	25.1
45 a 49 años	14.1	21

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014, 2018. Base de datos. SNIEG, Información de Interés Nacional.

Las mujeres de 15 a 49 años que no utilizaron métodos anticonceptivos en su primera relación sexual, de acuerdo con la ENADID 2018, mencionaron como razón más frecuente el hecho de que no tenían planeado tener relaciones sexuales (28.4%), seguido del deseo de embarazarse (24.3%) y del desconocimiento de métodos anticonceptivos (24.1%). Si observamos la distribución de respuestas para el caso de la ENADID 2014 notamos que, en ese entonces, el desconocimiento de métodos fue la respuesta con más menciones (28.3%), seguida del deseo de embarazarse (27.7%)

Gráfica 7 Distribución porcentual de las mujeres de 15 a 49 años que no utilizaron métodos anticonceptivos en su primera relación sexual según razón de no uso, 2014 y 2018



Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014, 2018. Base de datos. SNIEG, Información de Interés Nacional

Según la ENADID 2018, el 19.4% de las mujeres de 15 a 49 años que alguna vez han estado embarazadas, ha abortado por lo menos en alguna ocasión, esto es 4 millones 303 mil 204 mujeres.

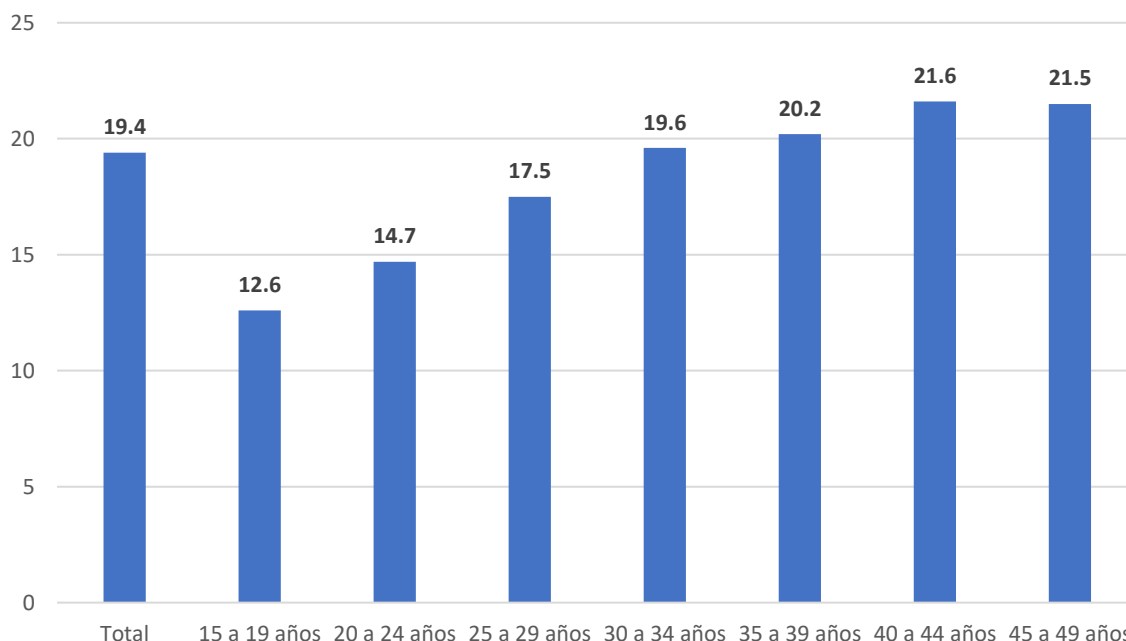
Tabla 16 Mujeres de 15 a 49 años alguna vez embarazadas¹³⁹ por grupo quinquenal de edad y su distribución porcentual según número de abortos

Grupo quinquenal de edad	Mujeres de 15 a 49 años alguna vez embarazadas	Número de abortos		
		Ninguno	Uno	Dos y más
Total	22 221 306	80.6	15.5	3.9
15 a 19 años	730 439	87.4	11.2	1.4
20 a 24 años	2 313 717	85.4	13.0	1.7
25 a 29 años	3 392 026	82.5	14.5	3.0
30 a 34 años	3 679 830	80.4	16.3	3.3
35 a 39 años	3 950 655	79.8	15.9	4.3
40 a 44 años	4 188 011	78.4	16.5	5.1
45 a 49 años	3 966 628	78.5	16.5	5.0

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2018. Base de datos. SNIEG, Información de Interés Nacional

¹³⁹ Excluyen a las mujeres actualmente embarazadas por primera vez

Gráfica 8 Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que ha tenido algún aborto



Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2018. Base de datos. SNIEG, Información de Interés Nacional

El INEGI recaba y procesa información acerca de muertes fetales; sin embargo, no hace lo propio con datos relacionados específicamente con abortos médicos cuya fuente de información son los registros hospitalarios, esto se debe, entre otras cosas, a que no todas las entidades del país comparten las mismas causales permitidas ante la ley para practicar abortos médicos, lo que provoca que el número de abortos médicos clandestinos sea muy elevado y sin registro. No obstante, dentro de las defunciones fetales, se encuentran las prácticas de abortos médicos. Observar la distribución porcentual de muertes fetales entre instituciones públicas y privadas, puede ayudar a dilucidar la distribución existente en los casos de abortos médicos entre los tipos de instituciones donde se llevaron a cabo (públicas o privadas). En ese sentido, en 2019, de acuerdo con el INEGI, la Secretaría de Salud y el IMSS atendieron el 71.2% de las defunciones fetales. Por su parte, las unidades médicas privadas registraron el 14.4%.¹⁴⁰

Es importante recalcar que no existen datos oficiales a nivel nacional sobre los procedimientos que se llevan a cabo ni en hospitales públicos, ni abortos practicados en casa, clandestinos, ni en hospitales y clínicas privadas.

¹⁴⁰ https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2020/EstSociodemo/DefuncionesFetales2019_08.pdf

La principal fuente información no basada en alguna encuesta sobre abortos practicados a nivel nacional se constituye por los registros de egresos hospitalarios de unidades de la Secretaría de Salud. La versión pública más reciente de esta base es de los egresos hospitalarios ocurridos en 2014. Con estos datos es posible saber cuántas mujeres estuvieron en un hospital de la Secretaría de Salud por un aborto, aunque no se puede saber el tipo de aborto del que se trató, es decir si fue inducido o espontáneo.

En 2014, 117 921 mujeres recibieron atención obstétrica de aborto en uno de los centros de salud de la Secretaría de Salud. Poco más de la mitad de estas mujeres, 54%, había tenido un parto anteriormente; la edad promedio para ellas al momento de abortar fue de 28 años, mientras que las que nunca habían tenido un parto antes tenían en promedio 22.4 años.

Por otro lado, como muestra de la discordancia entre estimaciones estadísticas recabadas por distintas fuentes, de acuerdo con la ENDIREH 2016, el 3% de las mujeres de entre 15 a 49 años reportó haber estado embarazada y haber tenido al menos un aborto, lo cual contrasta con los datos de la ENADID 2018, los cuales, señalan que el 13.09% del total de mujeres de entre 15 a 49 años ha tenido al menos un aborto, esto es el 19.4% de las mujeres de entre 15 y 49 años que alguna vez han estado embarazadas.

Entre 2002 y 2016, la causa de muerte específica de 624 mujeres fue un aborto; aunque solo el 7% de las mujeres que parió durante ese mismo periodo tenía una escolaridad de preescolar, el 23.4% de las que murieron había estudiado solo hasta ese grado.¹⁴¹

- **Muerta Materna**

La OMS define la muerte materna de acuerdo a la décima revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos de 1992 (CIE-10), como:

Defunción materna: 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.¹⁴²

¹⁴¹ <https://www.animalpolitico.com/el-foco/el-aborto-en-mexico-que-nos-dicen-los-datos/>

¹⁴² 3. Organización Mundial De La Salud, OMS. Mortalidad Materna 2005. Estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial, 2008. Disponible en: http://Whqlibdoc.Who.Int/Publications/2008/9789243596211_Spa.Pdf?Ua=1.

Algunos países, especialmente los que poseen sistemas de registros vitales más desarrollados, utilizan esta definición, como es el caso de México. En estas circunstancias las muertes maternas tardías sí se estudian, sin embargo, por consenso internacional no se consideran para el cálculo de la Razón de Mortalidad Materna (RMM).¹⁴³

- Razón de Mortalidad Materna (RMM) en México 2019¹⁴⁴

Para la última semana del año 2019, se calculó una RMM de 31.1 defunciones por cada 100 mil nacimientos estimados, lo cual representa una disminución de 3.6% respecto de lo registrado a la misma fecha del año anterior.

Las principales causas identificadas de defunción son: hemorragia obstétrica (20.4%), enfermedad hipertensiva, edema y proteinuria en el embarazo, el parto y el puerperio (20.6%), y **aborto (9.0%)**.

Las entidades con más defunciones maternas son: Estado de México (77), Chiapas (57), Veracruz (48), Jalisco (46), y Guerrero (42). En conjunto suman el 39.1% de las defunciones registradas. Es relevante que tres de las cinco entidades con mayor número de defunciones maternas son parte de la muestra analizada en el presente estudio.

Tabla 17 Defunciones maternas y Razón de Muerte Materna por causa agrupada, 2019

Grupo	Total	RMM	%
Hemorragia obstétrica	141	6.4	20.4
Enfermedades Hipertensivas	142	6.4	20.6
Aborto	62	2.8	9.0
Enfermedad del sistema respiratorio	38	1.7	5.5
Complicaciones en el embarazo, parto y puerperio	40	1.8	5.8
Embolia obstétrica	23	1.0	3.3
Sepsis puerperal y otras infecciones	23	1.0	3.3
Dengue	9	0.4	1.3
Trauma obstétrico	5	0.2	0.7
Muerte obstétrica de causa no especificada	3	0.1	0.4
Mola hidatiforme	3	0.1	0.4
Otras causas	5	0.2	0.7
Causas maternas indirectas no infecciosas	170	7.7	24.6
Causas maternas indirectas infecciosas	22	1.0	3.2
Sin clasificar	4	0.2	0.6

¹⁴³ <http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin25/b25-5.pdf>

¹⁴⁴ Informe semanal de vigilancia epidemiológica. Muerte Materna. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Semana 52 de 2019. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/521458/MM_2019_SE52.pdf

Total general	690	31.1	100.0
---------------	-----	------	-------

Fuente: Informe semanal de vigilancia epidemiológica. Muerte Materna. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Semana 52 de 2019.

3.3 Análisis del proceso de armonización de la regulación sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres víctimas de violencia sexual que ha tenido lugar en las entidades federativas parte de la muestra

3.3.1 Estatus de los derechos sexuales y reproductivos en Veracruz

La **Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave**¹⁴⁵, entre otros aspectos contempla el reconocimiento: a) del principio de igualdad jurídica entre la mujer y el hombre; los diferentes tipos de violencia contra las mujeres que señala la Ley General en la materia, así como la incorporación de la violencia obstétrica en su artículo 7º, siendo la primera entidad que la definió en este tipo de leyes:

Artículo 7.- Son tipos de violencia contra las mujeres:

[...]

VI. La violencia obstétrica: Apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad; se consideran como tal, omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical, obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer, alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer y practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer [...].

Entre los aspectos destacables contemplados en el **Código Civil para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave**¹⁴⁶, está el que reconoce: a) la igualdad entre mujeres y hombres; b) la capacidad jurídica igualitaria; c) el consentimiento para contraer matrimonio y prohibición de contraer matrimonio a personas menores de 18 años, entre otras cuestiones.

¹⁴⁵ Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, 2008. Última reforma publicada en la Gaceta Oficial el 26 de noviembre de 2019.

¹⁴⁶ Código Civil para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, 1932. Última reforma publicada en la Gaceta Oficial el 23 de noviembre de 2017.

Entre los aspectos que se considera deben ser objeto de revisión están los artículos 255 y 256, en los que se solicita al hombre demostrar que no tuvo acceso carnal con su esposa con el fin de desconocer su paternidad. Así mismo, respecto al divorcio incausado, es decir sin necesidad de acreditar causales, no está incluido en el Código, cuestión que es importante incorporar dado que los estados que exigen la acreditación de causales contribuyen a profundizar en las desigualdades de género en cuanto a las condiciones para acceder a un divorcio. Desde la perspectiva de género se considera fundamental tomar en cuenta las dificultades (principalmente relacionadas con el acceso a recursos económicos, las condiciones de violencia, las redes de apoyo, el cuidado de descendientes) a las que se pueden enfrentar las mujeres para promover una demanda de divorcio, es decir, cuando se reflexiona sobre las diferencias convertidas en desigualdades para iniciar un procedimiento de carácter judicial¹⁴⁷. De los estados que se revisan en este estudio, Chiapas, Chihuahua y Veracruz, continúan con estas normas arcaicas.

Respecto al **Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Veracruz de Ignacio de la Llave**¹⁴⁸, entre sus contenidos destacables se encuentra: a) el reconocimiento del delito de feminicidio como tipo penal autónomo, así como los delitos de violencia familiar, la discriminación, la trata de personas, el acoso sexual y el ser la primera entidad federativa en tipificar la violencia obstétrica; b) la reparación del daño es más amplia en los casos de delitos contra la libertad y seguridad sexual, violencia familiar y lesiones ocasionadas por violencia de género. Por ejemplo, en caso de feminicidio, la reparación incluye el restablecimiento de su dignidad y la reparación por la afectación de la víctima en su entorno laboral, educativo, comunitario y psicológico, a fin de lograr su restablecimiento y/o la indemnización correspondiente. El Código Penal de Veracruz reconoce expresamente el delito de violación entre cónyuges y el delito de manipulación genética que está relacionada con la inseminación artificial indebida.

Respecto a las cuestiones a revisar dentro del Código Penal se encuentran la necesidad de armonizar el delito de abuso erótico sexual con el de abuso sexual, por la carga subjetiva que podría tener el término “erótico”, cuya valoración dificulta la tipificación de la conducta. Armonizar el término hostigamiento sexual con la LGAMVLV, ya que se confunde con el de acoso, cuando ambos son dos tipos penales distintos.

¹⁴⁷ González B. *La indisolubilidad jurídica del binomio sexualidad y reproducción para las mujeres mexicanas, crítica desde las teorías de género y feministas*. Tesis Doctorado, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2020.

¹⁴⁸ Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Veracruz de Ignacio de la Llave, 2003. Última reforma publicada en la Gaceta Oficial el 23 de noviembre de 2017.

Respecto al delito de aborto se encuentra tipificado en los artículos 149 al 154 del Código Penal del Estado de Veracruz de Ignacio Llave, y su contenido motivó a una organización de la sociedad civil a tramitar una solicitud de Declaratoria de Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres¹⁴⁹ por agravio comparado¹⁵⁰. En la solicitud de AVGM por agravio comparado en el estado de Veracruz, la organización de la sociedad civil solicitante señaló que las normas penales que prohíben el aborto en la entidad, son discriminatorias y violatorias de los derechos humanos de las mujeres.

Artículo 149.-Comete el delito de aborto quien interrumpe el embarazo en cualquiera de sus etapas.

Artículo 150.-A la mujer que se provoque o consienta que se le practique un aborto, se le sancionará con tratamiento en libertad, consistente en la aplicación de medidas educativas y de salud. A la persona que haga abortar a las mujeres con su consentimiento, se le impondrán de seis meses a dos años de prisión y multa de hasta setenta días y cinco días de salario.

Artículo 154.-El aborto no es punible cuando:

- I. Es causado por imprevisión de la mujer embarazada;
- II. El embarazo sea resultado de una violación o de una inseminación artificial no consentida, siempre que se practique dentro de los noventa días de gestación;
- III. De no provocarse, la mujer embarazada quede en peligro de muerte a juicio del médico que la asista, oyendo éste la opinión de otro facultativo, siempre que ello fuere posible y la demora no aumente el riesgo; o
- IV. A juicio de dos médicos, exista razón suficiente de que el producto padece una alteración que dé por resultado el nacimiento de un ser con trastornos físicos o mentales graves y se practique con el consentimiento de la mujer embarazada.

Después de una investigación sobre la procedencia de la AVGM, el Grupo de Trabajo que realizó la investigación por agravio comparado en Veracruz (GT- AVGM, Veracruz) señaló que había elementos para declarar la misma.

¹⁴⁹ La LGAMVLV incluyó un procedimiento especial para proteger la vida y seguridad de las mujeres denominado Alertas de Violencia de Género (AVG) y que, en términos de la citada ley, consiste en que los gobiernos de todos los niveles lleven a cabo acciones de emergencia para enfrentar y erradicar la violencia feminicida o eliminar preceptos en la ley que sean violatorios de derechos humanos. Véase capítulo 2.

¹⁵⁰ El agravio comparado puede ser solicitado por una organización de la sociedad civil cuando en una legislación subsistan preceptos legales que agravan derechos humanos de las mujeres. Se hace a través de la comparación de una norma específica con normas de derechos humanos. Por ejemplo, contenidas en instrumentos internacionales de derechos humanos de las mujeres. A través de la alerta de género por agravio comparado la organización solicitante pide que se realice una especie de control de convencionalidad, por vía administrativa, está revisión sobre la procedencia de dictar la Alerta de Violencia de Género por Agravio Comparado la realiza un Grupo de Expertas y expertos integrados en un Grupo de Trabajo, quienes analizan si una norma es violatoria de derechos humanos de las mujeres y elaboran un informe para que se dicte o no una Declaratoria de Alerta de Violencia de Género por agravio comparado por la Secretaría de Gobernación. En este caso la emisión de la Alerta de Violencia de Género consistiría en solicitar que se realicen acciones inmediatas para eliminar las desigualdades contenidas en una norma o legislación en particular que es contraria a derechos humanos de las mujeres.

Por lo que la Secretaría de Gobernación, a través de la CONAVIM emitió la Declaratoria de alerta de violencia de género contra las mujeres por agravio comparado en el estado de Veracruz de Ignacio Llave.¹⁵¹ En los resolutivos de la declaratoria se destacan a favor de los DDSSyRR de las mujeres los siguientes:

PRIMERO. Se actualizan los elementos objetivos suficientes para declarar procedente la alerta de violencia de género por agravio comparado para el estado de Veracruz.

SEGUNDO. Con fundamento en los artículos 23, y 24, fracción II, de la Ley General de Acceso, así como 38 BIS, de su Reglamento, el gobierno del estado de Veracruz deberá adoptar las acciones necesarias para ejecutar las medidas que se enuncian [...]

1. [...]

2. Realizar la modificación del artículo 149 del Código Penal para el Estado Libre y soberano de Veracruz de Ignacio Llave, conforme a lo establecido en el informe del Grupo de Trabajo.

3. Reformar los artículos 150 y 154 del Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Veracruz de Ignacio Llave, conforme el Informe del Grupo de Trabajo.

4. Divulgar e implementar la Ley General de Víctimas, la Ley de Víctimas para el estado de Veracruz y la NOM-046, para la adecuada y diligente atención a víctimas de violencia sexual, garantizando el acceso a la interrupción legal del embarazo (ILE) por violación.

5. Elaborar un programa estatal de ILE, que garantice la coordinación institucional efectiva para el acceso a la ILE sin dilación, incluso cuando la salud de la mujer gestante esté en riesgo, a partir de una interpretación desde una perspectiva integral de salud y de acuerdo con los estándares nacionales e internacionales de derechos humanos.

6. General esquemas de difusión entre la población sobre el reconocimiento de la ILE, como un servicio de salud al que las mujeres tienen derecho, sin la necesidad de presentar denuncia ni contar con una autorización previa en los casos de violación sexual, así como con información sobre la ubicación y datos de contacto de los centros de salud en los que se brinda este servicio. La estrategia deberá contemplar mensajes de confidencialidad y confianza.

7. Garantizar que en todas las regiones del estado se cuenten con centros de salud en los que se provean servicios seguros, oportunos, de calidad y gratuitos para la ILE y que, en su caso de no contar con los mismos, se asegure su canalización a aquéllos en los que se presta el servicio.

¹⁵¹ Revisada en línea en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/280332/Declaratoria_Veracruz_AC.pdf

8. Garantizar que se cuente con personal de salud no objetor de conciencia, capacitado en los métodos de ILE, tanto médicos como quirúrgicos.
9. Garantizar que el personal de salud salvaguarde el secreto profesional en el sentido de proteger el derecho a la salud y a la privacidad de las mujeres que acuden a que se les brinde este servicio y así evitar su criminalización.
10. Registrar los abortos médicos llevados a cabo por tipo de causal legal.
11. El Poder Judicial deberá ejercer un efectivo control de constitucionalidad y convencionalidad, a través de la aplicación de los principios de interpretación conforme y pro persona, en los casos relacionadas con el delito de aborto que encuentren bajo su conocimiento.
12. El Poder Judicial deberá garantizar la reparación integral del daño para las víctimas de violaciones a derechos humanos por la falta de acceso al aborto legal, de conformidad con los parámetros establecidos en el derecho internacional de los derechos humanos.
13. El Poder Judicial deberá adoptar las medidas que sean necesarias para garantizar que se investiguen y resuelvan con la debida diligencia y en un plazo razonable, los expediente y carpetas de investigación iniciadas por los delitos de aborto y homicidio en razón de parentesco, adoptando una perspectiva de género y bajo los más amplios estándares internacionales de protección de derechos humanos de las mujeres.

En la propuesta de reforma legal elaborada por el Grupo de Trabajo en términos generales, se planteó despenalizar el aborto en el estado de Veracruz hasta la semana 12 de gestación; establece que las mujeres que decidan abortar recibirán medidas educativas y de salud y que todas las medidas o sanciones serán estando la mujer en libertad. A pesar de que se declaró la AVGM por agravio comparado en Veracruz, y que el gobierno del Estado realizó las acciones para que se llevara a cabo la reforma pedida por el GT- AVGM, las y los legisladores del Congreso del Estado de Veracruz de Ignacio Llave, decidieron incumplir la medida por considerarla no vinculatoria y por lo tanto no obligatoria, esto derivado de que se trata del Poder Legislativo, que en su actuación es autónomo del Poder Ejecutivo y por tanto el procedimiento de AVGM por agravio comparado, establecido en la LGAMVLV, no les obliga.

Las organizaciones solicitantes de la AVGM por agravio comparado en Veracruz, tramitaron un amparo y éste les fue otorgado por un Juez de Distrito, quien se dirigió a las y los legisladores estableciendo que, al igual que todas las autoridades en todos los niveles de gobierno, tienen obligaciones de armonizar la ley conforme a los derechos humanos. Los legisladores y legisladoras del Congreso del Estado de Veracruz, no han cumplido con la resolución de amparo y hasta la fecha no han reformado el Código Penal. Derivado del incumplimiento, las

solicitantes de la AVGM por agravio comparado en Veracruz lograron que la SCJN atrajera el caso por su relevancia nacional para su revisión.

La organización solicitante del amparo señaló a la SCJN que la resolución del GT- AVGM, que dispuso que el Código Penal del Estado de Veracruz, debe reformarse cuenta con la debida fundamentación y motivación legal y por ello debe acatarse en todos sus términos. Señalaron también que la LGAMVLV, que contiene el procedimiento de declaratoria de AVGM por agravio comparado, señala expresamente que las Declaratorias de AVGM son de cumplimiento obligatorio para todas las autoridades de todos los niveles, lo que incluye a las y los legisladores de Veracruz.

3.3.2 Estatus de los derechos sexuales y reproductivos en San Luis Potosí

La **Ley para la Igualdad entre Mujeres y Hombres para el Estado de San Luis Potosí**¹⁵² entre otros aspectos destacables contempla: a) el reconocimiento del principio de igualdad de género entre mujeres y hombres; b) en su artículo 18 establece que: “La política estatal en materia de igualdad entre mujeres y hombres, deberá establecer las acciones conducentes a lograr la igualdad sustantiva en los ámbitos, económico, político, social y cultural”. Entre esas acciones se encuentra: “IV. Establecer medidas para erradicar la violencia de género y la violencia familiar; así como, la protección de los derechos sexuales y reproductivos y sus efectos en los ámbitos público y privado”. Hasta la fecha este estado no cuenta con Reglamento de la Ley de Igualdad.

Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de San Luis Potosí¹⁵³ en su artículo 3º, establece el concepto de violencia contra los derechos reproductivos, y el de violencia obstétrica:

Artículo 3º. Para efecto de la aplicación de los programas y acciones del Estado y los municipios, que deriven del cumplimiento de la presente Ley y del Programa Estatal, así como para la interpretación de este Ordenamiento, se entiende que los tipos de violencia que se presentan contra las mujeres son:

I. Violencia contra los derechos reproductivos: toda acción u omisión que limite o vulnere el derecho de las mujeres a decidir libre y voluntariamente sobre su función reproductiva, en relación con el número y

¹⁵² Ley para la Igualdad entre Mujeres y Hombres del Estado de San Luis Potosí, 2015. Última reforma publicada en el Periódico Oficial el 17 de junio de 2017.

¹⁵³ Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de San Luis Potosí, 2016. Última reforma publicada en el periódico oficial: El Lunes 01 de octubre de 2018.

espaciamiento de los hijos, acceso a métodos anticonceptivos de su elección, acceso a una maternidad elegida y segura, a servicios de atención prenatal, así como a servicios obstétricos de emergencia;

[...]

VII. Violencia obstétrica: es todo abuso, acción u omisión intencional, negligente y dolosa que lleve a cabo el personal de salud, de manera directa o indirecta, que dañe, denigre, discrimine, o de un trato deshumanizado a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio; que tenga como consecuencia la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre su cuerpo y sexualidad. Puede expresarse en: a) Prácticas que no cuenten con el consentimiento informado de la mujer, como la esterilización forzada. b) Omisión de una atención oportuna y eficaz en urgencias obstétricas. c) No propiciar el apego precoz del niño con la madre, sin causa médica justificada. d) Alterar el proceso natural de parto de bajo riesgo, mediante su patologización, abuso de medicación, uso de técnicas de aceleración, sin que ellas sean necesarias. e) Practicar el parto vía cesárea sin autorización de la madre cuando existan condiciones para el parto natural.

Adicionalmente, el artículo 22 de la **Ley para la Igualdad** antes citada, establece que es competencia de las autoridades del estado de San Luis Potosí, en específico de la Secretaría de Salud de ese estado, la política integral de salud para las mujeres con perspectiva de género y garantizar “el cumplimiento e implementación de la Norma Oficial Mexicana “046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención”, así como de las demás normas oficiales vigentes en materia de violencia contra las mujeres, y la instalación de mecanismos de supervisión y evaluación de su efectividad.

La **Ley para Prevenir y Eliminar la Discriminación en el Estado de San Luis Potosí**¹⁵⁴, establece el reconocimiento del principio de igualdad de oportunidades y de trato, y la prohibición explícita de cualquier forma de discriminación.

La **Ley de Prevención y Atención de la Violencia Familiar del Estado de San Luis Potosí**¹⁵⁵ establece que las unidades de Atención de la Violencia pueden llevar a cabo procedimientos de conciliación. Con relación a esta disposición el Grupo de Trabajo que realizó la investigación sobre la procedencia de la AVGM en el estado de San Luis Potosí (2016) planteó en su Informe: la necesidad de derogar los procedimientos de conciliación al que se someten las partes involucradas en violencia familiar contenidos en la citada Ley por contradecir el contenido de la LGAMVLV que establece en su artículo 8vo, Fracción V; y que se deben evitar procedimientos de mediación

¹⁵⁴ Ley para Prevenir y Eliminar la Discriminación en el Estado de San Luis Potosí, 2009. Última reforma publicada en el Periódico Oficial el 6 de abril de 2013.

¹⁵⁵ Ley de Prevención y Atención de la Violencia Familiar del Estado de San Luis Potosí, 2007. Última reforma publicada en el Periódico Oficial 24 de septiembre de 2015.

o conciliación por ser inviables en una relación de sometimiento entre el agresor y la víctima¹⁵⁶. De hecho, esta legislación debía derogarse en virtud de que en septiembre de 2016 se aprobó y publicó la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de violencia del Estado de San Luis Potosí.

El **Código Civil del Estado de San Luis Potosí**¹⁵⁷ señala que: a) mujeres y hombres tienen los mismos derechos y obligaciones durante el matrimonio; b) los cónyuges pueden administrar y disponer de sus bienes o celebrar actos jurídicos sin autorización del otro cónyuge; c) el derecho de los cónyuges para decidir libre y responsablemente el número de hijos e hijas; d) considera los gastos de embarazo y parto entre los conceptos que integran los alimentos; e) el trabajo en el hogar como contribución económica al sostenimiento de la familia; f) la indemnización a la o el cónyuge encargado del trabajo doméstico en caso de divorcio (compensación).

El **Código Familiar para el Estado de San Luis Potosí**¹⁵⁸, entre los aspectos destacables que plantea se encuentran: a) la igualdad entre mujeres y hombres; b) la capacidad jurídica igualitaria; c) que las partes deben dar su consentimiento para contraer matrimonio y la prohibición de contraer matrimonio a personas menores de 18 años de edad. Subsiste la disposición contraria a derechos humanos de las mujeres que establece que el hombre debe demostrar que no tuvo acceso carnal/relaciones sexuales con una mujer para desconocer su paternidad. Subsiste el uso de expresiones como acceso carnal, acceso sexual, acceso o adulterio, que reproducen estereotipos de género relacionados con la sexualidad de las mujeres (artículo 170): “Contra esta presunción se admite la prueba pericial en genética molecular del ácido desoxirribonucleico, llamada ADN, y la de haber sido físicamente imposible al marido tener acceso carnal con su cónyuge en los primeros ciento veinte días de los trescientos que han precedido al nacimiento”.

El **Código Penal para el Estado de San Luis Potosí**¹⁵⁹, considera entre otros los siguientes aspectos: a) la tipificación del delito de feminicidio como tipo penal autónomo, así como de la violencia familiar, la discriminación, la trata de personas, el delito de incesto (artículo 207 bis); b) señala expresamente que cuando participe una persona menor de edad la conducta siempre será entendida como violación; c) tipifica la “privación ilegal de la libertad con propósito sexual” (artículo 156), en lugar del tipo penal de rapto; d) hace

¹⁵⁶ Ley General de Acceso...op. cit.

¹⁵⁷ Código Civil para el Estado de San Luis Potosí, 1946. Última reforma publicada en el P. O. 07-06-2018.

¹⁵⁸ Código Familiar para el Estado de San Luis Potosí, 2008. Texto vigente.

¹⁵⁹ Código Penal para el Estado de San Luis Potosí, 2014. Última reforma publicada el 25-06-2020.

referencia a la violación entre cónyuges como delito y, e) tipifica la inseminación artificial no consentida (artículo 193).

Respecto al delito de aborto el Código Penal, de San Luis Potosí, establece:

Artículo 148. Comete el delito de aborto quien causa la muerte del producto de la concepción en cualquier momento del embarazo. Este delito se sancionará con las siguientes penas:

I. A la madre que voluntariamente procure su aborto o consienta en que otro la haga abortar se le impondrá una pena de uno a tres años de prisión y sanción pecuniaria de cien a trescientos días valor de la unidad de medida y actualización; II. Al que lo realice con el consentimiento de la mujer embarazada se le impondrá una pena de uno a tres años de prisión y sanción pecuniaria de cien a trescientos días del valor de la unidad de medida y actualización, y III. Al que lo realice sin el consentimiento de la mujer embarazada se le impondrá una pena de tres a ocho años de prisión y sanción pecuniaria de trescientos a ochocientos días del valor de la unidad de medida y actualización.

Artículo 149. Al profesionista de la medicina o partero que cause el aborto se le impondrán las penas previstas en el artículo anterior y además será suspendido hasta por cinco años en el ejercicio de su profesión.

En este caso se ha puesto en duda la progresividad de los DDSSyRR, en virtud de que el Código Penal fue reformado en julio de 2017 respecto al delito de aborto para endurecer el tipo penal, en vez de para aumentar el acceso al derecho a interrumpir un embarazo de las mujeres.

Un caso documentado por la organización civil GIRE es el de:

María, de 18 años, acusada por el delito de aborto mientras era atendida en un hospital público local en San Luis Potosí (estado que “protege la vida desde la concepción”) y denunciada por una trabajadora social de dicha institución. Durante las siete horas que permaneció en el hospital María fue custodiada por la policía y trasladada posteriormente a los “separos”, donde permaneció una noche, siendo liberada al día siguiente por falta de pruebas. La investigación, sin embargo, quedó abierta sin que ella lo supiera, por lo que tres años después un juez dictó una orden de aprehensión en su contra, siendo detenida nuevamente por la policía y trasladada al centro penitenciario del lugar donde permaneció alrededor de veinte horas. Fue sujeta a proceso penal acusada de presuntamente haberse provocado un aborto mediante pastillas de Misoprostol. María tuvo que asumir el pago

de una fianza para obtener su libertad provisional. El proceso penal continuó teniendo que acudir una vez al mes ante el juzgado¹⁶⁰.

3.3.3 Estatus de los derechos sexuales y reproductivos en Puebla

La **Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Puebla**¹⁶¹ contempla, entre otros, los siguientes aspectos positivos: a) toma en cuenta que en la aplicación de la legislación se deben atender los principios constitucionales de igualdad jurídica entre la mujer y el hombre, respeto a la dignidad humana de las mujeres, no discriminación y libertad de la mujer; b) define los diferentes tipos y ámbitos de violencia contra las mujeres que señala la Ley General e incluye la violencia obstétrica, de la siguiente manera:

Art. 10. Los tipos de violencia contra las mujeres son,

[...]

VI.- Violencia obstétrica.- Es toda acción u omisión por parte del personal médico y de salud que dañe, lastime, denigre o cause la muerte a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como la negligencia en su atención médica que se exprese en un trato deshumanizado, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, considerando como tales la omisión de la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas; practicar el parto por vía de cesárea, sin que cumpla con los criterios médicos acordes a la normatividad oficial en ésta.

El **Código Civil del Estado Libre y Soberano de Puebla**¹⁶² contempla entre otros los siguientes aspectos positivos:

a) el consentimiento expreso para contraer matrimonio y que ambos contrayentes sean mayores de edad; b) el derecho de los cónyuges para decidir libre y responsablemente el número de hijos; c) la igualdad en los derechos y obligaciones durante el matrimonio; d) reconoce el concubinato y la generación de derechos personales y patrimoniales entre los concubinos, iguales a los del matrimonio; e) la mujer y el hombre podrán reconocer a sus hijos habidos fuera de matrimonio o concubinato sin necesidad del consentimiento del esposo o concubino

¹⁶⁰ GIRE, *Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, protección de la vida prenatal en México*, 2012. Véase https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2016/07/DH_mujeres_vidaprenatal.pdf

¹⁶¹ Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Puebla, 2007. Última reforma publicada en el Periódico Oficial el 06-12-2019.

¹⁶² Código Civil del Estado Libre y Soberano de Puebla, 1985. Última reforma publicada en el Periódico Oficial el 30-12-2016.

o de la esposa o concubina, respectivamente; f) el divorcio incausado; g) define la violencia contra las mujeres en el ámbito familiar¹⁶³.

En el **Código Civil del Estado Libre y Soberano del Estado de Puebla** subsisten disposiciones que excusan la edad legal para contraer matrimonio, pues en el artículo 300 establece que no pueden contraer matrimonio las personas antes de cumplir 16 años, cuando debería establecer la edad de 18 años. Además, el artículo 301 establece que puede haber matrimonio aún con una persona menor de 16 años “en casos excepcionales y por causas graves y justificadas, podrá concederse dispensa de edad, para que puedan contraer matrimonio los pretendientes que no tengan la edad de 16”. Los casos excepcionales se deciden discrecionalmente por el juez del Registro Civil que atiende el caso, y debe seguir las reglas establecidas en el artículo 302 que señalan que, para que alguna persona menor de edad pueda contraer matrimonio, se requiere:

- I. El consentimiento del ascendiente o ascendientes que ejerzan la patria potestad;
- II. Si no hay quien ejerza la patria potestad, se necesita el consentimiento del tutor; y faltando éste, el Juez competente del domicilio del menor suplirá el consentimiento.

En este caso este Código traslada el poder sobre la vida de las niñas y niños, en lo que refiere a contraer matrimonio, a los adultos, y es contrario a las disposiciones internacionales que prohíben el matrimonio infantil sobre las que el Estado mexicano recibió una recomendación específica en el año 2018 para que eliminará este tipo de excusas¹⁶⁴. Así lo planteó el Comité:

El Comité celebra que en el artículo 45 de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes se disponga el aumento a 18 años de la edad mínima de matrimonio de las muchachas y los muchachos. No obstante, al Comité le preocupa la aplicación efectiva de esa disposición en los estados. También le preocupan las denuncias de matrimonios forzados, especialmente en las comunidades indígenas.

52. De conformidad con su recomendación general núm. 31, el Comité recomienda al Estado Parte que vele por la aplicación efectiva del artículo 45 de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, haciendo que la edad mínima de matrimonio de muchachas y muchachos, que es de 18 años, se refleje en las leyes de todos los estados y se respete en la práctica en todo el país. Recomienda además que el Estado parte realice amplias campañas de concienciación para contrarrestar las actitudes culturales que legitiman el matrimonio precoz y que

¹⁶³ Informe del Grupo de Trabajo conformado para atender la solicitud AVGM/08/2017 de Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres en el Estado de Puebla, 2018, pp. 44-45. Ver file:///C:/Users/1GR52LA_RS5/Documents/38_Informe_GT_Solicitud_AVGM_Puebla_16-07-18.pdf

¹⁶⁴ El Comité examinó el noveno informe periódico de México (CEDAW/C/MEX/9) en sus sesiones 1608ª y 1609ª (véanse CEDAW/C/SR.1608 y CEDAW/C/SR.1609), celebradas el 6 de julio de 2018. La lista de cuestiones y preguntas del Comité figura en el documento CEDAW/C/MEX/Q/9 y las respuestas de México, en el documento CEDAW/C/MEX/Q/9/Add.1.

implante mecanismos de registro de todos los matrimonios, especialmente en las zonas rurales y remotas y en las poblaciones indígenas.

El **Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Puebla**, entre los aspectos positivos establece: a) una sanción de cuarenta a sesenta años de prisión y multa de quinientos a mil días de salario a quien cometa el delito de feminicidio y la penalidad aumenta si la víctima se encontraba embarazada; b) en caso de que no se acredite el feminicidio, se aplicarán las reglas del homicidio y c) la violencia familiar es considerada un tipo penal autónomo.

En el caso del estado de Puebla el Código Penal establece como delito al aborto en el artículo 339:

Artículo 339. Aborto es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez.

Artículo 340. Al que hiciere abortar a una mujer, se le aplicarán de uno a tres años de prisión, sea cual fuere el medio que empleare, siempre que lo haga con consentimiento de ella. Cuando falte el consentimiento, la prisión será de tres a seis años, y si empleare violencia física o moral, se impondrán al delincuente de seis a ocho años de prisión.

Artículo 341 Si el aborto lo causare un médico, cirujano, o partera, además de las sanciones que le correspondan conforme al artículo anterior, se le suspenderá de dos a cinco años en el ejercicio de su oficio o profesión.¹⁶⁵

Respecto al artículo 340, que establece que si alguien causare un aborto a una mujer con su consentimiento se le impondrá una pena de uno a tres años de prisión y esta pena aumenta para quedar entre dos a cinco años cuando falta el consentimiento. En el caso del estado de Puebla estas disposiciones se trataron de utilizar para criminalizar a activistas y defensoras de derechos humanos de las mujeres y en específico a mujeres que hacen acompañamiento a mujeres que desean abortar y promueven el derecho a decidir sobre el propio cuerpo. Sin embargo, dar información sobre el aborto y acompañar a las mujeres no es un delito, por lo que las denuncias no han prosperado. Al respecto, es ilustrativo el caso de un estudiante de derecho, quien acompañado de un grupo autodenominado “Provida”, interpuso una denuncia en el estado de Puebla contra una cirujana y una estudiante de medicina por lo que él considero como “promover el aborto”. La señalada médica es Aissata Si González, quien es médica cirujana certificada por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y tiene una organización que impulsa el derecho a decidir y da acompañamiento a quienes buscan interrumpir su embarazo de forma segura y en casa. Las personas que las acusaron difundieron datos personales y los rostros de la estudiante y la doctora, ocasionando que fueran víctimas de amenazas y acoso; incluso se llegó a solicitar

¹⁶⁵ Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Puebla, 1986. Última reforma publicada en el Periódico Oficial el 20-09-2016.

a la Benemérita Universidad Autónoma del Estado de Puebla que expulsara a Kiana 'N' por promover el aborto, el cual es un delito en esa entidad¹⁶⁶.

Al respecto es importante destacar que ninguna de las dos personas señaladas ha sido denunciada por alguna mujer por hacerla abortar, por lo que los intentos de criminalizarlas han sido fallidos, pues acompañar a una mujer que desea abortar no es un delito.

El Código Penal del Estado de Puebla establece las causales por las cuales no es punible el aborto.

Artículo 342. Se impondrán de seis meses a un año de prisión a la madre que voluntariamente procure su aborto o consienta en que otro la haga abortar.

Artículo 343. El aborto no es sancionable en los siguientes casos:

- I. Cuando sea causado solo por imprudencia de la mujer embarazada;
- II. Cuando el embarazo sea el resultado de una violación;
- III. Cuando de no provocarse el aborto, la mujer embarazada corra peligro de muerte, a juicio del médico que la asiste, oyendo éste el dictamen de otro médico, siempre que esto fuere posible y no sea peligrosa la demora; y
- IV. Cuando el aborto se deba a causas eugenésicas graves, según dictamen que previamente rendirán dos peritos médicos.

Actualmente se está discutiendo mediante Parlamento Abierto, convocado por el Congreso del Estado de Puebla, la desregulación del aborto y su legalización hasta la semana 12 de gestación para homologarse a los códigos penales de Oaxaca y Ciudad de México¹⁶⁷. Esto después de que grupos feministas tomaran el Congreso del Estado y llegaran al acuerdo con las y los legisladores de legalizar el aborto para entregar las instalaciones¹⁶⁸. Estas reformas, de concretarse, llegarían en los próximos meses y beneficiarían a las mujeres poblanas.

¹⁶⁶ Diario Milenio. *Denuncia a cirujana y estudiante de medicina por impulsar abortos en Puebla*. 2019. Disponible en: <https://www.milenio.com/ciencia-y-salud/sociedad/puebla-denuncian-cirujana-estudiante-promover-abortos>

¹⁶⁷ CIMAC. *Congreso de Puebla inicia parlamento abierto por despenalización del aborto*, 2020. <https://cimacnoticias.com.mx/2021/04/05/congreso-de-puebla-inicia-parlamento-abierto-por-la-despenalizacion-del-aborto>.

¹⁶⁸ Revista Proceso. *Feministas toman instalaciones del Congreso de Puebla y radio BUAP*, 2021.

<https://www.proceso.com.mx/nacional/estados/2020/11/24/feministas-toman-instalaciones-del-congreso-de-puebla-radio-buap-253312.html>

3.3.4 Estatus de los derechos sexuales y reproductivos en Chiapas

La **Ley de desarrollo constitucional para la igualdad de género y acceso a una Vida libre de violencia para las Mujeres**¹⁶⁹, en el Estado de Chiapas, entre los aspectos destacables establece el reconocimiento de: a) los diferentes tipos de violencia, particularmente, la violencia obstétrica y la violencia a los derechos reproductivos de las mujeres.

Artículo 49.- Los tipos de violencia contra las mujeres son:

[...]

VII. Violencia Obstétrica.- Apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad; se consideran como tal omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical, obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer, alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer y practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural.

Violencia de los derechos reproductivos. Es toda acción u omisión que limite o vulnere el derecho de las mujeres a decidir libre y voluntariamente sobre su función reproductiva, en relación con el número y espaciamiento de los hijos, acceso a métodos anticonceptivos de su elección, acceso a una maternidad elegida y segura, así como los servicios de atención prenatal y obstétricos de emergencia.

El **Código Civil del Estado de Chiapas**¹⁷⁰, entre sus aspectos destacables están: a) el reconocimiento de la igualdad ante la ley entre el hombre y la mujer; b) el consentimiento expreso de la pareja para contraer matrimonio; c) la violencia ejercida en el noviazgo, como impedimento para contraer matrimonio y, d) la igualdad de derechos y obligaciones para mujeres y hombres durante el matrimonio, con independencia de su aportación económica al sostenimiento del hogar. Sin embargo, continúa señalando que es la perpetuación de la especie el fin del matrimonio (artículo 144), además, reconoce causales de divorcio, es decir el divorcio no es

¹⁶⁹ Ley de desarrollo constitucional para la igualdad de género y acceso a una Vida libre de violencia para las Mujeres, 2007. Texto vigente.

¹⁷⁰ Código Civil del Estado de Chiapas, 1938. Última reforma publicada en el Periódico oficial el 17-09-2013.

incausado (artículo 263) y persiste como causal de divorcio el hecho de que la mujer dé a luz durante el matrimonio a un hijo/a concebido/a antes de celebrarse este contrato. Esta causal de divorcio únicamente es aplicable para las mujeres, es decir que no se reconoce la misma causal para los hombres que encuadren en un supuesto similar (artículo 263 Fracción II).

También establece la posibilidad para los hombres de demostrar que no tuvo acceso carnal o expresiones similares para desconocer su paternidad (artículos 321 y 322) y contiene expresiones discriminatorias respecto a la filiación de hijos usando la expresión “hijos naturales” (artículo, 263).

El **Código Penal del Estado de Chiapas**¹⁷¹, entre los aspectos destacables de su contenido, se encuentran: a) la tipificación del delito de feminicidio; b) la tipificación del delito de violencia familiar; c) la prohibición de obligar a la víctima a participar en mecanismos de conciliación con su agresor y, d) la agravante en la comisión del delito de la privación ilegal de la libertad cuando la víctima es mujer. Entre cuestiones que se consideran contrarias a los derechos humanos está el hecho de que reconoce la emoción violenta como atenuante del delito, y aunque establece que no se aplicará en casos relacionados con violencia contra las mujeres feminicidio; violencia familiar; violencia psicológica; violencia física; lesiones dolosas que se causen a un ascendiente, descendiente, cónyuge, concubina o concubinario o cualquier otra relación de pareja del sujeto activo, o en la comisión de delitos en los que se presenten elementos de violencia contra las mujeres (artículo, 172 bis), en realidad debería derogarse. Este Código Penal entre otras cuestiones positivas reconoce como sujeto del delito de incesto a menores de edad (artículo 246). Hace referencia a la violación de cónyuge, concubina, (artículo 234) establece el delito de inseminación artificial indebida (artículo 185) y el delito de esterilización provocada (artículo 186 Bis).

Respecto a la legislación relativa al aborto, el primer cambio que se produce en la normativa legal de Chiapas en los últimos años consiste en la despenalización del aborto electivo, lo que constituye un precedente a nivel nacional:

De acuerdo con lo establecido en el Código Penal estatal de 1984, el delito de aborto, definido como provocación de la muerte del producto de la concepción, se sancionaba con una pena de uno a tres años de prisión tanto para los que provocan el aborto, como para la mujer que se somete a él, salvo los casos de peligro de muerte de la madre, la mal formación del feto y el embarazo consecuencia de una violación. El día 9 de octubre de 1990 el Congreso del Estado de Chiapas aprobó la reforma al Código Penal, propuesta por el gobernador Patrocinio

¹⁷¹ Código Penal del Estado de Chiapas, 2007. Última reforma publicada en el Periódico Oficial el 04-11-2020.

González Garrido, que comprendía extender el número de los casos en los que el aborto no se penalizaría incluyendo la razón de la planificación familiar dentro de los primeros 90 días de gestación, en común acuerdo de la pareja, o en el caso de las mujeres solteras cuando el aborto fuese causado por la imprudencia de la embarazada¹⁷².

Sin embargo, estas reformas no pueden desvincularse de un contexto imperante en la época relativo a la planificación familiar y políticas de esterilización dirigidas a la población indígenas y en situación de pobreza. Estos dos supuestos se perdieron con la abrogación de dicho Código y la expedición de que actualmente está vigente en fecha 14 de marzo de 2007:

Artículo 181.- No es punible el aborto cuando el embarazo sea consecuencia de violación, si éste se verifica dentro de los noventa días a partir de la concepción o cuando la madre embarazada corra peligro de muerte, o pueda determinarse que el producto sufre alteraciones genéticas o congénitas que den por necesario el nacimiento de éste con trastornos físicos o mentales graves, previo dictamen del médico que la asista, oyendo el dictamen de otros médicos especialistas, cuando fuere posible y no sea peligrosa la demora.

Las causales del estado de Chiapas son de las más limitadas en la actualidad, pues como se puede observar, solo se puede realizar un aborto legal en caso de que el embarazo producto de violación, la mujer corra peligro de muerte o el producto tenga alteraciones genéticas o congénitas.

Cabe señalar que, en esta entidad federativa, subsiste la criminalización de la práctica del aborto, tanto de la propia mujer como del personal médico que lo practica:

Artículo 178.- Comete el delito de aborto el que, en cualquier momento de la preñez, cause la muerte del producto de la concepción, aunque ésta se produzca fuera del seno materno, a consecuencia de la conducta realizada.

Artículo 180.- A los médicos cirujanos, comadronas o parteras, enfermeras y demás personas que intervengan en la práctica del aborto, sin consentimiento del pasivo o esta fuese menor de edad sin consentimiento de los padres o tutores, la sanción será de 3 a 6 años y si mediare violencia física o moral, de 6 a 8 años de prisión, con suspensión de la profesión, cargo u oficio, por el término de la duración de la pena.

Por otra parte, este Código Penal, es el único que establece un tipo penal de “Violencia sobre los derechos reproductivos” como delito que refiere a quien obstaculice el ejercicio de los DDSSyRR de las mujeres:

¹⁷² Wojtowicz, M, (2020) *El derecho al aborto electivo en Chiapas*. European Review of Latin American and Caribbean Studies Revista Europea de Estudios Latinoamericanos y del Caribe. No. 110 (2020): July-December, p. 42.

Artículo 183 Bis. A quien limite o vulnere el derecho de las mujeres a decidir libre y voluntariamente sobre su función reproductiva, el número y espaciamiento de los hijos, acceso a métodos anticonceptivos de su elección, acceso a una maternidad segura, así como los servicios de atención prenatal y obstétricos de emergencia, se le impondrá una sanción de uno a tres años de prisión y hasta cien días multa.

Además, tipifica como delito la violencia obstétrica sancionando a quien se apropie del cuerpo y procesos reproductivos de la mujer,

Artículo 183 Ter. Comete el delito de violencia obstétrica el que se apropie del cuerpo y procesos reproductivos de una mujer, expresado en un trato deshumanizador, abuso en el suministro de medicación o patologización de los procesos naturales, generando como consecuencia la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre su cuerpo y sexualidad. Con independencia de las lesiones causadas, al responsable del delito de violencia obstétrica, se le impondrá la sanción de uno a tres años de prisión y hasta doscientos días de multa, así como suspensión de la profesión, cargo u oficio, por un término igual al de la pena privativa de libertad impuesta, y el pago de la reparación integral del daño.

Artículo 183 Quater. Se equipará a la violencia obstétrica y se sancionará con las mismas penas a quien: I. Omita la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas. Obstaculice el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer. III. Altere el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer. IV. Practique una cesárea, existiendo condiciones para el parto natural.

3.3.5 Estatus de los derechos sexuales y reproductivos en Chihuahua

La **Constitución Política del Estado de Chihuahua**¹⁷³ reconoce los derechos humanos y los tratados internacionales como plenamente válidos, así como la igualdad entre mujeres y hombres ante la Ley.

La **Ley para la Igualdad entre mujeres y hombres del Estado de Chihuahua**¹⁷⁴, contempla la aplicación de medidas especiales de carácter temporal (acciones afirmativas) para avanzar la igualdad entre mujeres y hombres.

¹⁷³ Constitución Política del Estado de Chihuahua, 1950. Última reforma publicada en el Periódico Oficial del Estado el 16-12-2020.

¹⁷⁴ Ley de Igualdad entre mujeres y hombres del Estado de Chihuahua, 2010. Última reforma publicada en el Periódico Oficial del Estado en diciembre de 2013.

La **Ley Estatal del Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia**¹⁷⁵, en su artículo primero define su objeto en los siguientes términos:

Artículo 1. Esta Ley es de orden público, e interés social y tiene por objeto: I. Establecer las bases para la prevención, atención y erradicación de la violencia contra las mujeres de cualquier edad en el ámbito público o privado; II. Establecer las bases para diseñar el contenido de las políticas públicas, programas y acciones destinadas a erradicar la violencia de género y coadyuvar en la rehabilitación y reinserción social de los agresores de mujeres; III. Promover que tanto el sector público como las personas morales apliquen, en el ámbito de su competencia, todas las medidas tendientes a erradicar la violencia contra las mujeres y les otorguen apoyos extraordinarios para garantizar su acceso a una vida libre de violencia y discriminación; IV. Exhortar a las autoridades competentes para que garanticen el derecho a la educación con perspectiva de género, libre de prejuicios, sin patrones estereotipados de comportamiento basados en conceptos de inferioridad o subordinación; V. Establecer medidas para concientizar y sensibilizar a la comunidad con el propósito de prevenir y erradicar todas las formas de violencia contra las mujeres.

Esta Ley en su artículo 5º referente a los tipos de violencia incluye a la violencia obstétrica:

Artículo 5. Los tipos de violencia contra las mujeres son: [...] Violencia obstétrica: Es todo acto u omisión intencional, por parte del personal de salud que, en el ejercicio de su profesión u oficio, dañe, lastime o denigre a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como la negligencia en su atención médica, y alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, y practicar el parto vía cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de las mujeres.

El **Código Civil del Estado de Chihuahua** señala, como se ha indicado respecto a otros códigos que “el fin del matrimonio es la perpetuación de la especie”. Asimismo, el artículo 135 del Código Civil establece que “cualquier condición contraria a la perpetuación de la especie o a la ayuda mutua se tendrá por no puesta”, como también subsisten las causales para otorgar el divorcio que pueden ser discriminatorias hacia las mujeres tales como el adulterio, la infidelidad sexual, tener una conducta deshonesta o el tener un hijo concebido antes del matrimonio (artículo 256); esta última causal de divorcio únicamente es aplicable para las mujeres por lo que es discriminatoria, es decir que no se reconoce la misma causal para los hombres que encuadren en un supuesto similar. Además, contempla el divorcio por mutuo consentimiento.

¹⁷⁵ Ley estatal del Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, 2000. Última reforma publicada en el Periódico Oficial del Estado el 26-09-2011.

En el **Código Penal del Estado de Chihuahua**¹⁷⁶ regula el delito de aborto en sus artículos del 143 al 146, y lo considera como la muerte del producto de la concepción en cualquier momento del embarazo. En el caso de este Código se establece que la tentativa de aborto no es sancionable, esto en los términos del artículo 145 que dicta “el delito de aborto sólo se sancionará cuando se haya consumado”; respecto a las excluyentes de responsabilidad penal, no hay responsabilidad penal de una mujer que se realice un aborto cuando el mismo sea resultado de una violación, cuando la mujer embarazada corra peligro de afectación grave a su salud o cuando el aborto sea producto de una imprudencia de la mujer¹⁷⁷:

Artículo 143. Aborto es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento del embarazo.

A quien hiciere abortar a una mujer, se le impondrá de seis meses a tres años de prisión, sea cual fuere el medio que empleare, siempre que lo haga con consentimiento de ella.

Cuando falte el consentimiento, la prisión será de tres a seis años. Si mediare violencia física o moral se impondrá de seis a ocho años de prisión

Artículo 144. Si el aborto lo causare un médico cirujano, comadrona o partero, enfermero o practicante, además de las sanciones que le correspondan conforme al artículo anterior, se le suspenderá por un tiempo igual al de la pena de prisión impuesta en el ejercicio de su profesión u oficio.

Artículo 145. Se impondrá de seis meses a tres años de prisión a la mujer que voluntariamente practique su aborto o consienta en que otro la haga abortar. En este caso, el delito de aborto sólo se sancionará cuando se haya consumado.

Artículo 146. Se consideran como excluyentes de responsabilidad penal en el delito de aborto:

I. Cuando el embarazo sea resultado de una violación, siempre que se practique dentro de los primeros noventa días de gestación o de una inseminación artificial a que se refiere el artículo 148 de este Código;

II. Cuando de no provocarse el aborto, la mujer embarazada corra peligro de afectación grave a su salud a juicio del médico que la asista, oyendo éste el dictamen de otro médico, siempre que esto fuere posible y no sea peligrosa la demora;

III. Que sea resultado de una conducta imprudencial de la mujer embarazada.

¹⁷⁶ Código Penal del Estado de Chihuahua, 2006. Última Reforma P. O. E. 05-05-2021.

¹⁷⁷ El aborto imprudencial o culposo se encuentra vigente en 29 entidades federativas del país, la legislación contempla no punibilidad en caso de que el aborto sea sin dolo, es decir, como consecuencia de una conducta imprudencial o culposa de la madre. Esta causal no se contempla en los estados que criminalizan duramente el aborto como, Chiapas, Nuevo León y Tabasco.

Respecto a las excluyentes de responsabilidad, conforme a la tesis P. V/2010 del Pleno de la SCJN, la excusa absolutoria implica que existió una conducta típica, pero se excluye la aplicación de la pena establecida para ese delito, es decir, esta figura tiene como efecto la determinación de que sí existió la conducta típica y el respectivo delito (sus elementos y la responsabilidad del activo), pero por determinadas razones el legislador considera que no debe aplicarse la pena; esto es, son causas que dejando subsistente el carácter delictivo de la conducta o hecho tipificado como delito en la ley, impiden la aplicación de la pena. Así, las excusas absolutorias no relevan al sujeto activo de su responsabilidad en la comisión de la conducta típica, sino que determinan su impunidad.¹⁷⁸ Es importante citar la diferencia en virtud de que en la mayoría de los códigos penales lo que se regula son causas de no punibilidad, es decir existe delito, pero no hay sanción, al prever excluyente de responsabilidad en el Código Penal de Chihuahua, implica que no se acredita el delito, y por lo tanto no hay acción penal en su contra.

3.3.6 Estatus de los derechos sexuales y reproductivos en Guerrero

Entre los aspectos destacables de la **Ley Número 494 para la Igualdad entre Mujeres y Hombres del Estado de Guerrero**¹⁷⁹ se encuentran: el reconocimiento de los principios y estándares internacionales que impulsan la igualdad sustantiva entre mujeres y hombres. El Reglamento de La Ley Número 494 para la Igualdad entre Mujeres y Hombres del estado de Guerrero, en su artículo 12, establece que corresponde a la Secretaría de Salud “Fomentar la prevención de las enfermedades y los DDSSyRR desde la perspectiva de género, en las que cada persona tendrá el mismo derecho a la información de las posibles afectaciones”.

La **Ley Número 553 de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado Libre y Soberano de Guerrero**¹⁸⁰ establece la creación de programas de capacitación para el personal del sector salud, respecto de la violencia contra las mujeres para garantizar la atención a las víctimas y la aplicación de la NOM-046 (Artículo 50).

En la **Ley Número 375 para Prevenir y Eliminar la Discriminación en el Estado de Guerrero**¹⁸¹ se destacan los siguientes aspectos positivos: a) la aplicación de instrumentos nacionales o internacionales en materia de

¹⁷⁸ *Semanario Judicial de la Federación*, Novena Época, Tomo XXXI, febrero de 2010, página 18, de rubro: “Excluyente del delito y excusa absolutoria. Sus diferencias”.

¹⁷⁹ Ley Número 494 para la Igualdad entre Mujeres y Hombres del Estado de Guerrero, 2010. Última reforma publicada en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado 09-05-2017.

¹⁸⁰ Ley Número 553 de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado Libre y Soberano de Guerrero, 2008. Última reforma publicada en el Periódico Oficial del Estado el 22-11-2011.

¹⁸¹ Ley Número 375 para Prevenir y Eliminar la Discriminación en el Estado de Guerrero, 2016. Última reforma publicada en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado el 09-05-2017.

derechos humanos y no discriminación firmados y ratificados por el Estado mexicano; b) los principios que establezcan un trato más favorable para las personas, grupos o comunidades en situación de discriminación; c) el reconocimiento del principio de igualdad de oportunidades y de trato,

La **Ley Número 280 de Asistencia y Prevención y Atención de la Violencia Familiar del Estado de Guerrero**¹⁸², al igual que en otras entidades, requiere actualizarse y armonizarse con la Ley de Acceso respecto a la definición de violencia familiar, considerar la derogación de los procesos conciliatorios establecidos a partir del artículo 30 prohibido por la Ley de Acceso, y en general revisar y armonizar la ley de acuerdo con lo establecido en los instrumentos internacionales referentes a los derechos humanos de las mujeres, niñas y niños.

Para el **Código Civil del Estado Libre y Soberano de Guerrero Número 358**¹⁸³, entre los aspectos relevantes de este ordenamiento se encuentran: a) el reconocimiento de la igualdad jurídica del hombre y la mujer; b) la igualdad de los cónyuges en derechos y obligaciones durante el matrimonio; c) el reconocimiento de los derechos personales y patrimoniales entre los concubinos, iguales a los del matrimonio; d) que el trabajo en el hogar o el cuidado de las hijas e hijos se estiman como contribución económica al patrimonio familiar; e) la inclusión de los gastos de embarazo y parto como parte de los alimentos, y f) las restricciones a la patria potestad de las personas que incurran en violencia familiar y pérdida de ésta cuando se dicta sentencia por dicho delito. Al respecto es sumamente violatorio de los derechos humanos de las mujeres la subsistencia dentro del Código de excusas de la edad legal para contraer matrimonio.

En el **Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Guerrero, Número 499**¹⁸⁴ destaca el reconocimiento de: a) la tipificación del delito de feminicidio como tipo penal autónomo; b) el establecimiento de la pérdida de todos los derechos relacionados con la víctima, incluidos los de carácter familiar y sucesorio en los casos de feminicidio; c) la violencia familiar como tipo penal autónomo; d) la aplicación de medidas reeducativas, integrales, especializadas y gratuitas al sujeto activo del delito de violencia de género, y e) la facultad del Ministerio Público de acordar o solicitar a la autoridad judicial la aplicación de medidas de protección para la víctima de casos vinculados con violencia familiar o de género.

¹⁸² Ley Número 280 de Asistencia y Prevención y Atención de la Violencia Familiar del Estado de Guerrero, 1999. Última reforma publicada en el Periódico Oficial el 13 de julio de 2004.

¹⁸³ Código Civil del Estado Libre y Soberano de Guerrero Número 358, 1993. Última reforma publicada en el P.O. el 17 de noviembre de 2017.

¹⁸⁴ Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Guerrero, Número 499, 2014. Última reforma publicada el 15-12-2017.

Respecto al delito de aborto, está tipificado como delito en su Capítulo V, art. 154; ahí lo define como: “la muerte del producto de la concepción en cualquier momento del embarazo” y en los artículos consiguientes tipifica el delito de aborto:

Artículo 154. Concepto de aborto. Aborto es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento del embarazo.

Artículo 155. Aborto con consentimiento. A quien hiciere abortar a una mujer con consentimiento de ésta, se le impondrán de uno a tres años de prisión.

Artículo 156. Aborto sin consentimiento.

A quien hiciere abortar a una mujer sin su consentimiento, se le impondrán de tres a ocho años de prisión. Si mediare violencia física o moral se impondrán de seis a nueve años de prisión.

Artículo 157. Aborto específico. Si el aborto lo causare un médico cirujano, comadrón o partera, enfermero o practicante, además de las consecuencias jurídicas que le correspondan conforme a este capítulo, se le suspenderá por el tiempo de la pena de prisión impuesta en el ejercicio de su profesión u oficio.

Artículo 158. Aborto voluntario. A la mujer que voluntariamente practique su aborto o consienta en que otro la haga abortar, se le impondrán de uno a tres años de prisión. En este caso, el delito de aborto sólo se sancionará cuando se haya consumado.

El Código Penal del Estado de Guerrero es el único con la particularidad de otorgar poder discrecional a la autoridad judicial para imponer hasta una tercera parte de la pena en el delito de aborto ponderando, además de lo dispuesto en el artículo 74, el estado de salud de la mujer; su instrucción; las circunstancias en que se produjo la concepción; el tiempo que hubiere durado el embarazo; la posición y condición de género y en general, todos los elementos que conduzcan a resolver equitativamente el asunto.

Esta discrecionalidad podría resultar perjudicial para las mujeres en procesos con jueces y juezas que no tengan perspectiva de género y derechos humanos. En todo caso el Artículo 74 del Código Penal de Guerrero establece criterios para la individualización de las penas o medidas de seguridad. En este caso otorga discrecionalidad a la autoridad judicial para dictar sentencia condenatoria, determinar la pena y medida de seguridad establecida para cada delito y su individualización dentro de los límites establecidos, con base en la gravedad del injusto penal y el grado de culpabilidad del agente. Entre las cuestiones a ponderar se toma en consideración: la edad, el género, el nivel educativo, las costumbres, condiciones sociales y culturales del agente, así como los motivos

que lo impulsaron o determinaron a delinquir. Cuando la persona procesada pertenezca a un grupo étnico o pueblo indígena, se tomarán en cuenta, además, sus usos y costumbres entre muchas otras cuestiones.

La autoridad judicial podrá imponer hasta una tercera parte de la pena prevista en este artículo, ponderando, además de lo dispuesto en el artículo 74¹⁸⁵, el estado de salud de la mujer, su instrucción y demás condiciones personales, las circunstancias en que se produjo la concepción, el tiempo que hubiere durado el embarazo, la posición y condición de género, y en general, todos los elementos que conduzcan a resolver equitativamente el asunto.

Además, el artículo 159 señala que la responsabilidad penal por el delito de aborto se excluye en los siguientes casos:

- I. Cuando el embarazo sea resultado de una violación o de una inseminación artificial no consentida, caso en el cual bastará la comprobación de los hechos por parte del Ministerio Público para autorizar su práctica;
- II. Cuando de no provocarse el aborto, la mujer embarazada corra peligro de afectación grave a su salud a juicio del médico que la asista, oyendo éste el dictamen de otro médico, siempre que esto fuere posible y no sea peligrosa la demora;
- III. Cuando a juicio de dos médicos especialistas exista razón suficiente para diagnosticar que el producto presenta alteraciones genéticas o congénitas que puedan dar como resultado daños físicos o mentales, al límite que puedan poner en riesgo la sobrevivencia del mismo, siempre que se tenga el consentimiento de la mujer embarazada; o,
- IV. Que sea resultado de una conducta culposa de la mujer embarazada. En estos casos, los médicos tendrán la obligación de proporcionar a la mujer embarazada, información objetiva, veraz, suficiente y oportuna sobre los procedimientos, riesgos, consecuencias y efectos; así como de los apoyos y alternativas existentes, con la finalidad de que la mujer embarazada pueda tomar la decisión de manera libre, informada y responsable.

Es preocupante la falta de armonización de la fracción I del artículo 159 esto en virtud de que, en concordancia con lo establecido por la LGV en su artículo 5to, no debe requerirse a la víctima presentar una denuncia para adquirir los derechos como víctima, ya que opera el principio de Buena Fe: “las autoridades presumirán la buena fe de las víctimas. Los servidores públicos que intervengan con motivo del ejercicio de derechos de las víctimas no deberán criminalizarla o responsabilizarla por su situación de víctima y deberán brindarle los servicios de

¹⁸⁵ Este párrafo fue adicionado en el año 2017.

ayuda, atención y asistencia desde el momento en que lo requiera, así como respetar y permitir el ejercicio efectivo de sus derechos”.

Respecto a las disposiciones contenidas en el Código Penal del Estado de Guerrero, organizaciones de la Sociedad Civil solicitaron una AVGM por agravio comparado el 8 de marzo de 2019 argumentando que el acceso al aborto legal y seguro es esencial para el ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres. Para las demandantes, en el estado de Guerrero, las mujeres continúan enfrentando obstáculos para el acceso a servicios de salud, para un aborto seguro, en un contexto de criminalización y estigma. Esto se debe, según las organizaciones solicitantes, a que los operadores de salud y de procuración de justicia no garantizan el acceso oportuno, efectivo y seguro a servicios especializados de salud, que incluyan el acceso a la ILE, por falta de personal capacitado, por existencia de requisitos adicionales a los legales y por seguir concibiendo el aborto como un delito que criminaliza a las mujeres, que se agrava por una visión que no considera a las mujeres como sujetas de derechos sino como personas enfermas e incapaces de tomar decisiones sobre su vida, cuerpo y proyecto de vida.

En los informes del gobierno al Grupo de Trabajo que hace la investigación sobre la procedencia de la Declaratoria de AVGM en el estado de Guerrero, el gobierno del estado informó que de 2016 a 2019 se abrieron trece carpetas de investigación por el delito de aborto, las cuales se encuentran en proceso, es decir, en ningún caso se ha emitido una sentencia, dos de ellas se clasificaron como culposos y nueve como dolosos, siendo todas las personas imputadas mujeres. De acuerdo con la información del Poder Judicial del estado de Guerrero, en el periodo de 2016 a la fecha no se cuentan con registros de casos consignados por el delito de aborto. Dicho órgano de justicia señaló que se aplica el *Protocolo para Juzgar con perspectiva de género*, el cual está dirigido a impartidores de justicia, quienes lo aplican en la substanciación de los procesos y resolución de los mismos.

En las conclusiones de su Informe, el Grupo de Trabajo que realiza la investigación sobre la procedencia de la AVGM por agravio comparado consideró que la legislación en materia de aborto del estado de Guerrero es violatoria de derechos humanos de las mujeres. Así solicitó, entre otras cuestiones, al Poder Legislativo del estado estudiar, revisar y reformar la legislación relacionada a la ILE por causal excluyente de violación, en específico el artículo 159 del Código Penal del estado Libre y Soberano de Guerrero, fracción I, con relación a La Ley General de Víctimas, la NOM-046 y el artículo 10 Bis de la Ley General de Salud, que garantice el acceso de las mujeres a la ILE de manera segura. Sugirió que la redacción del artículo referido quede de la siguiente manera (eliminando la segunda parte del párrafo que a la letra dice: “...caso en el cual bastará la comprobación de los

hechos por parte del Ministerio Público para autorizar su práctica”) “La responsabilidad penal por el delito de aborto, se excluye en los siguientes casos: I.-Cuando el embarazo sea resultado de una violación o de una inseminación artificial no consentida” El indicador de cumplimiento para esta medida fue: la elaboración, presentación y aprobación de la iniciativa de reforma del Código Penal para el estado de Guerrero, realizada a la luz de la normativa internacional aplicable y con perspectiva de género. Así como su correspondiente publicación en el Periódico Oficial del Estado de Guerrero. Meses después de que realizó esta petición el Grupo de Trabajo señaló que el Congreso estatal no había mostrado interés para legislar como se le recomendó, por lo que se determinó que se dictara la AVGM por agravio comparado el 5 de junio de 2020¹⁸⁶.

Un caso que puede resultar ilustrativo de la situación de los DDSSyRR en el estado de Guerrero es el caso de Adriana Manzanares, una mujer indígena de Guerrero que fue sentenciada por el delito de homicidio agravado en razón del parentesco. Adriana fue defendida y acompañada en su proceso por la organización guanajuatense “Las Libres” y por la Clínica de Interés Público del Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE)¹⁸⁷. Adriana Manzanares es una mujer indígena tlapaneca (Me’phaá) del municipio de Ayutla de Los Libres, Guerrero, madre de tres hijos. Sus padres no hablan español y ella tampoco lo hablaba hasta que lo aprendió en el Centro de Readaptación Social de Chilpancingo, Guerrero. En el 2006, cuando Adriana tenía veinte años, fue acusada ante el Comisariado de su comunidad de haber matado a su hijo recién nacido producto de una relación extramarital. Ella manifestó que había tenido el parto, pero que su hijo había nacido muerto. El padre de Adriana informó al comisario ejidal del nacimiento, quien dio aviso a los habitantes de la comunidad y decidieron nombrar una comisión de aproximadamente treinta personas para interrogarla. Ante la amenaza de su padre, Adriana “confesó que había enterrado al menor”¹⁸⁸. Cuando los agentes del Ministerio Público arribaron al lugar removieron la tierra y encontraron el cuerpo. El 27 de abril del año 2006 se dictó auto de formal prisión en contra de Adriana por su probable responsabilidad en la comisión del delito de homicidio calificado. El 30 de octubre de 2009 se dictó sentencia condenatoria por el delito de homicidio calificado con la agravante de premeditación al concluirse que “la acusada privó de la vida a su hijo, luego de que lo arrojó de cabeza contra el suelo de manera intencional, horas después de haber nacido”¹⁸⁹, condenándola a una pena de 32 años de prisión. Adriana interpuso recurso de apelación en el que fue condenada por el delito de homicidio agravado por razón de parentesco y se redujo la pena privativa de la libertad a 22 años de prisión. El Tribunal

¹⁸⁶ La declaratoria se puede consultar en la siguiente liga:

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/558008/doc13846220200616121905_c.pdf

¹⁸⁷ Rea, Daniela. El caso Adriana Manzanares. Pie de Página. Ver <https://piedepagina.mx/caso-de-adriana-manzanares/>

¹⁸⁸ Idem.

¹⁸⁹ Idem.

consideró que se había acreditado que el menor fue privado de la vida por su madre. Adriana promovió juicio de amparo el 5 de diciembre del 2011, el 28 de marzo de 2012 la Primera Sala de la SCJN determinó ejercer su facultad de atracción. La Primera Sala de la SCJN determinó que los conceptos de violación interpuestos en el amparo resultaban esencialmente fundados ya que la autoridad responsable vulneró los derechos fundamentales de defensa adecuada y presunción de inocencia de la quejosa. Adicionalmente, se sostuvo que la sentencia impugnada contenía importantes deficiencias en la valoración de las pruebas de cargo y, en consecuencia, no se encontraba justificada la decisión de tener por acreditada la existencia del delito y la responsabilidad penal, lo que también se traducía en una vulneración del derecho a la presunción de inocencia en su vertiente de estándar de prueba¹⁹⁰.

Al respecto la Sala refirió que eran dos las pruebas de cargo que sustentaban la condena de Adriana: en primer lugar, su declaración ministerial en la cual se auto incriminaba y, en segundo lugar, la necropsia practicada por un perito oficial. La Sala formuló sus argumentos alrededor de la valoración de las dos pruebas y determinó que la declaración de la quejosa debía ser anulada principalmente porque no se respetó el derecho de acceso a la justicia y defensa adecuada a través de intérprete con conocimiento de lengua y cultura desde el momento en que fue detenida y puesta a disposición de la autoridad ministerial, por lo que “cualquier declaración emitida por la imputada o prueba de cargo que derive de dicha circunstancia será ilícita y, por tanto, carecerá de todo valor probatorio”¹⁹¹ y por otro lado, sostuvo que el elemento del delito consistente en la existencia previa de una vida humana no se acreditó con las declaraciones de los testigos, ya que éstos no conocieron en vida al menor. Los medios de prueba consistentes en la inspección ocular, fe de cadáver, de lesiones y levantamiento y traslado de cuerpo practicada por el Ministerio Público no acreditaron que el menor en cuestión haya nacido vivo, ni que haya sido privado de la vida por una causa externa y menos que fuese la quejosa quien lo privó de la vida. Por lo que la única prueba de cargo que sustentaba la condena era la necropsia practicada por el perito oficial. Al respecto, la Sala señaló que el peritaje no era contundente para sostener que la muerte del menor aconteció por un traumatismo encefálico causado de forma dolosa por la quejosa. En el dictamen se estableció que la causa del traumatismo craneal pudo haber sido ocasionada de forma imprudencial y dejó asentadas tres hipótesis al respecto: 1) caída del producto; 2) ausencia de elementos necesarios para el parto; y 3) ligadura deficiente del cordón umbilical (hemorragia). La Sala concluyó que la necropsia no era una prueba suficiente

¹⁹⁰ Idem.

¹⁹¹ Idem.

para condenar a la quejosa, ya que existía una duda razonable en relación con la existencia del delito y la responsabilidad de la quejosa¹⁹².

Como lo detallaron sus defensoras, Adriana fue juzgada por ser mujer indígena y haber tenido una relación fuera del matrimonio de la cual resultó embarazada. Respecto a la sentencia por homicidio de Adriana, la organización que le dio acompañamiento legal interpuso un amparo que fue atraído en revisión por la Primera Sala de la SCJN, Amparo Directo 21/2012, de un recién nacido que había sufrido una lesión en la cabeza.

¹⁹² Idem.

BIBLIOGRAFÍA

1. Berer, M, *Abortos sin riesgo: Componente indispensable de las políticas y prácticas adecuadas de salud pública*. Organización Mundial de la Salud.
2. CIMAC, (2021) *Congreso de Puebla inicia parlamento abierto por despenalización del aborto*. <https://cimacnoticias.com.mx/2021/04/05/congreso-de-puebla-inicia-parlamento-abierto-por-la-despenalizacion-del-aborto>.
3. CIMAC (2016). Anayeli García, *Suprema Corte de Justicia de la Nación, asesta golpe contra derechos de las mexicanas*. <https://cimacnoticias.com.mx/noticia/scjn-asesta-golpe-contra-derechos-de-las-mexicanas/>.
4. El Financiero (2020). *Suprema Corte desecha proyecto que busca despenalizar el aborto en Veracruz*. Revisado en: <https://www.elfinanciero.com.mx/nacional/suprema-corte-vota-en-contra-del-proyecto-que-busca-despenalizar-el-aborto-en-veracruz/>.
5. González B, (2020) Tesis: *La indisolubilidad jurídica del binomio sexualidad y reproducción para las mujeres mexicanas, critica desde las teorías de género y feministas*. Tesis Doctorado, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas.
6. González S, (coord.) (2009) *Las Organizaciones No Gubernamentales mexicanas y la salud reproductiva*. El Colegio de México.
7. Grupo de Información en Reproducción Elegida GIRE A.C. (2009). *Constitucionalidad de la ley sobre aborto en la Ciudad de México*. Disponible en: https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2014/07/ConstAbortoCiudad_TD8.pdf
8. Grupo de Información en Reproducción Elegida GIRE A.C. (2018). *Maternidad o castigo. La criminalización del aborto en México, Ciudad de México*. Disponible en: https://criminalizacionporaborto.gire.org.mx/assets/pdf/Maternidad_o_castigo.pdf
9. Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE, 2012) *Omisión e indiferencia derechos reproductivos en México*. Disponible en: <https://informe.gire.org.mx/>
10. Inchaustegui, Teresa, et. al. (2011) *Modelo Ecológico para una Vida Libre de Violencia de Género*. Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres.
11. IPAS México (2019). *Salud y Acceso a Derechos, Información básica del Estado de Chihuahua, Salud reproductiva*. Disponible en: <https://ipascam.org/documents/lpasMx2019-Chihuahua.pdf>
12. Milenio (2019). *Denuncia a cirujana y estudiante de Medicina por impulsar abortos en Puebla*. <https://www.milenio.com/ciencia-y-salud/sociedad/puebla-denuncian-cirujana-estudiante-promover-abortos>.
13. Proceso (2021), *Feministas toman instalaciones del Congreso de Puebla y radio BUAP*. <https://www.proceso.com.mx/nacional/estados/2020/11/24/feministas-toman-instalaciones-del-congreso-de-puebla-radio-buap-253312.html>
14. Rebeca, J, Bernard M y Mahmoud F. Fathalla (2002), *Salud reproductiva y derechos humanos, integración de la medicina, la ética y el derecho*, Ed. Oxford.
15. Vela, Estefanía. (2017) *Los derechos sexuales y reproductivos: Revisado en línea en*: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/9/4319/30.pdf>.
16. Wojtowicz, M, (2020) *El derecho al aborto electivo en Chiapas*. European Review of Latin American and Caribbean Studies Revista Europea de Estudios Latinoamericanos y del Caribe. No. 110 (2020): July-December, pp. 39-58.

Normatividad estatal

17. Código Civil del Estado de Chiapas, 1938. Última reforma publicad en el Periódico oficial el 17-09-2013. Disponible: https://www.sspc.chiapas.gob.mx/leyes/estatal/codigo_civil_del_estado_de_chiapas.pdf
18. Código Civil del Estado Libre y Soberano de Guerrero Número 358, 1993. Última reforma publicada en el P.O. el 17 de noviembre de 2017. Disponible en: https://armonizacion.cndh.org.mx/Content/Files/LGBTITI/CodCivilFam/13Codigo_CE_Gro.pdf
19. Código Civil del Estado Libre y Soberano de Puebla, 1985. Última reforma publicada en el Periódico Oficial el 30-12-2016. Disponible en: https://ieepuebla.org.mx/2017/Normatividad/Codigo_Civil_del_edo_libre_y_soberano_de_puebla_2_9032016.pdf
20. Código Civil para el Estado de San Luis Potosí, 1946. Última reforma publicada en el P. O. 07-06-2018. Disponible en: <http://www.stjslp.gob.mx/transp/cont/marco%20juridico/pdf-zip/codigos/CCESLP/CCESLP.pdf>
21. Código Civil para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, 1932. Última reforma publicada en la Gaceta Oficial el 23 de noviembre de 2017. Disponible en: <https://www.legisver.gob.mx/leyes/LeyesPDF/CCIVIL231117.pdf>
22. Código Familiar para el Estado de San Luis Potosí, 2008. Texto vigente disponible en: <http://docs.mexico.justia.com.s3.amazonaws.com/estatales/san-luis-potosi/codigo-familiar-para-el-estado-de-san-luis-potosi.pdf>
23. Código Penal del Estado de Chiapas, 2007. Última reforma publicad en el Periódico Oficial el 04-11-2020. Disponible en: https://www.congresochiapas.gob.mx/new/Info-Parlamentaria/LEY_0012.pdf?v=Mjc=
24. Código Penal del Estado de Chihuahua, 2006. Última Reforma P. O. E. 05-05-2021. Disponible en: <http://www.stj.gob.mx/resources/data/site-map/uigdh/documentos/Ley%20estatal%20del%20derecho%20de%20las%20mujeres%20a%20una%20vida%20libre%20de%20violencia.pdf>
25. Código Penal para el Estado de San Luis Potosí, 2014. Última reforma publicada el 25-06-2020. Disponible en: <http://www.stjslp.gob.mx/transp/cont/marco%20juridico/pdf-zip/codigos/CPESLP/CPESLP.pdf>
26. Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Guerrero, Número 499, 2014. Última reforma publicada el 15-12-2017. Disponible en: https://armonizacion.cndh.org.mx/Content/Files/LGBTITI/CodPenal/13Codigo_PE_Gro.pdf
27. Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Puebla, 1986. Última reforma publicada en el Periódico Oficial el 20-09-2016. Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Estatal/Puebla/wo96585.pdf>
28. Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Veracruz de Ignacio de la Llave, 2003. Última reforma publicada en la Gaceta Oficial el 23 de noviembre de 2017. Disponible en: <https://www.legisver.gob.mx/leyes/LeyesPDF/CPENAL220218.pdf>
29. Constitución Política del Estado de Chihuahua, 1950. Última reforma publicada en el Periódico Oficial del Estado el 16-12-2020. Disponible en: <https://www.congresochihuahua2.gob.mx/biblioteca/constitucion/archivosConstitucion/actual.pdf>
30. Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de San Luis Potosí, 2016. Última reforma publicada en el periódico oficial: El lunes 01 de octubre de 2018. Disponible en: <http://www.stjslp.gob.mx/transp/cont/marco%20juridico/pdf-zip/leyes/LAMVLVESLP/LAMVLVESLP.pdf>

31. Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Puebla, 2007. Última reforma publicada en el Periódico Oficial el 06-12-2019. Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Estatal/Puebla/wo96587.pdf>
32. Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, 2008. Última reforma publicada en la Gaceta Oficial el 26 de noviembre de 2019. Disponible en: <https://legislacion.scjn.gob.mx/buscador/paginas/wfArticuladoFast.aspx?q=cEqRnUYKt2z7m2+XOXLS+DT10V4TiUrke/ZuribB0SweQIQGhF8nYsfrQEGu773S8Qz+VBKvdOaj3DmZezwAbw==>
33. Ley de desarrollo constitucional para la igualdad de género y acceso a una Vida libre de violencia para las Mujeres, 2007. Texto vigente. <https://armonizacion.cndh.org.mx/Content/Files/DMVLV/IMH/CHIS-LDCIGAVLVM.pdf>
34. Ley estatal del Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, 2000. Última reforma publicada en el Periódico Oficial del Estado el 26-09-2011. Disponible en: <http://www.stj.gob.mx/resources/data/site-map/uigd/documentos/Ley%20estatal%20del%20derecho%20de%20las%20mujeres%20a%20una%20vida%20libre%20de%20violencia.pdf>
35. Ley de Igualdad entre mujeres y hombres del Estado de Chihuahua, 2010. Última reforma publicada en el Periódico Oficial del Estado en diciembre de 2013. Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Estatal/Chihuahua/wo51197.pdf>
36. Ley de Prevención y Atención de la Violencia Familiar del Estado de San Luis Potosí, 2007. Última reforma publicada en el Periódico Oficial 24 de septiembre de 2015. Disponible en: <http://sanluis.gob.mx/wp-content/uploads/2016/08/Ley-de-Ley-de-Prevencion-y-Atencion-de-la-Violencia-Familiar-del-Estado-de-San-Luis-Potosi-.pdf>
37. Ley Número 280 de Asistencia y Prevención y Atención de la Violencia Familiar del Estado de Guerrero, 1999. Última reforma publicada en el Periódico Oficial el 13 de julio de 2004. Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Estatal/GUERRERO/Leyes/GROLEY06.pdf>
38. Ley Número 375 para Prevenir y Eliminar la Discriminación en el Estado de Guerrero, 2016. Última reforma publicada en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado el 09-05-2017. Disponible en: https://www.conapred.org.mx/leyes/Ley_numero_375_para_Prevenir_y_Eliminar_la_Discriminacion_en_el_Estado_de_Guerrero_Ax.pdf
39. Ley Número 494 para la Igualdad entre Mujeres y Hombres del Estado de Guerrero, 2010. Última reforma publicada en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado 09-05-2017. Disponible en: <https://observatorioguerrero.org/wp-content/uploads/2019/01/Ley-494-para-la-Igualdad-entre-Mujeres-y-Hombres-del-Estado-de-Guerrero.pdf>
40. Ley Número 553 de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado Libre y Soberano de Guerrero, 2008. Última reforma publicada en el Periódico Oficial del Estado el 22-11-2011. Disponible en: https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/programas/mujer/5_LegislacionNacionalInternacional/Legislacion/Estatal/Guerrero/B/Ley%20de%20Acceso%20de%20las%20Mujeres%20a%20una%20vida%20libre%20de%20violencia.pdf
41. Ley para la Igualdad entre Mujeres y Hombres del Estado de San Luis Potosí, 2015. Última reforma publicada en el Periódico Oficial el 17 de junio de 2017. Disponible en: <https://armonizacion.cndh.org.mx/Content/Files/DMVLV/IMH/SLP-LIMH.pdf>
42. Ley para Prevenir y Eliminar la Discriminación en el Estado de San Luis Potosí, 2009. Última reforma publicada en el Periódico Oficial el 6 de abril de 2013. Disponible en: <https://sanluis.gob.mx/wp-content/uploads/2016/09/Ley-para-Prevenir-y-Eradicar-la-Discriminacion-para-el-Estado-de-San-Luis-Potosi.pdf>

4. ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO DE LA NOM-046

159

En este capítulo se da cuenta de los resultados y hallazgos de la investigación. Se presenta el análisis integrado de la información documental y de la que se obtuvo mediante la aplicación de las entrevistas sostenidas con personal médico de las Unidades de Salud que fueron seleccionadas para la muestra analítica, así como de las personas adscritas a organizaciones de la sociedad civil especializadas en el seguimiento a la aplicación de la NOM-046 que fueron consultadas; lo anterior, a la luz del planteamiento realizado en capítulos anteriores.

Conforme a la metodología, la exposición de los resultados se hace de la siguiente manera. En un primer momento, se analiza la aplicación de la Norma respecto de la violencia sexual que viven las mujeres, adolescentes y/o niñas. Lo cual se hace siguiendo las etapas del proceso de atención que la misma señala deben recibir, focalizando en la detección, la atención médica integral, la orientación y la referencia.¹⁹³ Lo anterior se hace enfatizando aquellos factores de especial interés para la CNDH: recursos presupuestales, infraestructura, personal, capacitación del personal, prejuicios y estereotipos de género. En segundo momento se aborda en los mismos términos la situación de la aplicación de la Norma respecto de la violación sexual y aborto médico.

Sobre esa base, se expone en primer término lo que dispone la NOM-046 sobre esos factores de especial interés, en cada una de las etapas del proceso de aplicación. En segundo lugar, se da cuenta de información derivada del análisis documental, partiendo del plano nacional y enseguida de la situación que prevalece en los seis estados que conforman la muestra. En tercer lugar, se analiza la información emanada del trabajo en campo, empezando con la percepción del personal médico y después con la de las personas que trabajan en OSC, para dar paso a una interpretación integral de lo que sucede con la NOM-046 en ese aspecto en específico, como resultado de conjugar en el análisis la información proveniente de distintas fuentes.

En el caso de las entrevistas a personal de instituciones federales como IMSS e ISSSTE que laboran en alguna Unidad de Salud asentada en alguno de los seis estados muestra, únicamente se referirán casos específicos cuando estos constituyan una diferencia sustantiva respecto de lo que acontece en las Unidades de Salud bajo control de la entidad federativa respectiva. De modo que, si no se hace alusión específica a alguna de esas dos

¹⁹³ Esto es, no se analiza la aplicación de todas las disposiciones que la Norma establece para, por ejemplo, la detección, sino aquellas que resultan fundamentales para que la etapa de detección misma se realice en lo sustantivo, y que fueron aprobadas por la CNDH.

instituciones en el análisis, es que la situación de la aplicación de la NOM-046 es la misma que se observa en el resto de Unidades de Salud que conforman la muestra analítica.

Cabe aclarar que para evitar confusiones de parte de la persona entrevistada respecto del tema abordado (violencia sexual, o violación sexual, o aborto médico), tanto al inicio de la entrevista como a lo largo de la misma se hizo énfasis sobre el tema en particular se estaba abordando.

Por último, es importante señalar que en el cuerpo del oficio que la CNDH envió a aquellas instituciones de salud que conformaron la muestra, se hizo de su conocimiento que al momento de la entrevista con cada persona, se podrían solicitar evidencias documentales de sus afirmaciones, las cuales debería ser enviadas por correo electrónico en un plazo definido. Esto mismo se reiteró al inicio y durante la realización de la entrevista. Pese a que en muchas de las entrevistas realizadas se solicitaron evidencias, en ningún caso éstas fueron enviadas por el personal de salud entrevistado.

4.1 Violencia Sexual

4.1.1 Detección

La NOM-046 plantea en su apartado 6.2. Para la detección de probables casos y diagnóstico, que estas acciones buscan: “6.2.1. Identificar a las o los usuarios afectados por violencia familiar o sexual y valorar el grado de riesgo durante el desarrollo de las actividades cotidianas en la comunidad, en la consulta de pacientes ambulatorios u hospitalarios y en otros servicios de salud”. Con base en ello prescribe dentro de este numeral, ocho criterios de actuación, de los cuales se seleccionaron aquellos que aplican para detectar casos probables de violencia sexual ejercida contra mujeres y que se consideran esenciales dentro del proceso de atención a la violencia de género en el marco de la impartición de los servicios de salud.

4.1.1.1 Proceso de tamizaje

El primer criterio de actuación que se valoró es la realización de un proceso de tamizaje,¹⁹⁴ el cual debe llevarse a cabo, tanto de manera rutinaria como en casos de sospecha, a pacientes ambulatorios y hospitalarios, con el

¹⁹⁴ Este, como todos los procesos que se analizarán, son obligatorios para las y los prestadores de servicios de salud.

fin de detectar casos de posibles mujeres víctimas de violencia sexual, los cuales se deberán confirmar. Así lo plantea la NOM-046¹⁹⁵:

6.2.1.1. Para la detección de los casos en pacientes ambulatorios u hospitalarios, las y los prestadores de servicios de salud realizarán el procedimiento de tamizaje de manera rutinaria y en los casos probables, llevarán a cabo procedimientos necesarios para su confirmación, todo ello de conformidad con lo que establece la presente NOM-046.

Esto es, la NOM-046 plantea la necesidad de que toda mujer que recibe algún tipo de servicio médico en el marco de las acciones de la Unidad Médica, sea paciente hospitalaria o ambulatoria, debe ser sujeta de un procedimiento de tamizaje dirigido a identificar si es víctima de violencia sexual y, de ser el caso, proceder a confirmarlo.

A este respecto, para conocer sobre el proceso de aplicación de la NOM-046 que en general se lleva a cabo en las entidades del país, se cuenta con información emanada del proceso de solicitud o seguimiento a la declaratoria de las AVGM que desde hace varios años han venido planteando OSC y/o instancias protectoras y promotoras de los derechos humanos de las mujeres en casi todos los estados del país.

La información que se desprende de diversos informes que emiten los grupos de trabajo en el marco de las AVGM que se solicitan y/o emiten en las entidades federativas¹⁹⁶, da cuenta de que en general, las labores de detección de la violencia sexual en el marco del proceso de atención a la salud regulado por la NOM-046, no se lleva a cabo conforme a lo que marca ésta.

Por ejemplo, en el caso del Estado de México, el Grupo Interinstitucional y Multidisciplinario (en adelante, GIM) respectivo señala que en su trabajo de investigación en campo encontró problemas de detección de la violencia contra las mujeres en el marco de la atención a la salud en Unidades Médicas que regula la NOM-046, de manera

¹⁹⁵ En adelante, en todos los casos en que se cite la Norma se hará referencia al respectivo numeral, por lo que no se citará el texto entrecorrido ni con referencia al pie de la página.

¹⁹⁶ La figura de grupos de trabajo a la que se hace alusión en esta investigación, refiere tanto a aquellos Grupos de Trabajo (GT) que se conforman con personal del Inmujeres, CONAVIM y académicas tanto del ámbito local como nacional, a efecto de que emita un Informe en donde estudie y analice la situación que guarda el territorio sobre el que se señala que existe violación a los derechos humanos de las mujeres, ya sea por violencia feminicida o agravio comparado. Como también refiere al Grupo Interinstitucional y Multidisciplinario (GIM), que se conforma para dar seguimiento a las medidas de prevención, de seguridad y justicia incluidas en la Declaratoria de Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres, en caso de que proceda la declaratoria de Alerta de Violencia de Género en la respectiva entidad federativa. Ver Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, así como su Reglamento respectivo.

particular la de carácter sexual, que es la de mayor frecuencia en esa entidad¹⁹⁷, como de notificación de la misma a las instancias judiciales (cuestión que se analiza en este Informe más adelante).

162

[L]a NOM-046 establece dos obligaciones claras y precisas a los prestadores de servicios de salud: la detección de la violencia y la notificación de estos casos al ministerio público. El grupo de investigación considera que el efectivo cumplimiento de estas obligaciones permitiría poner en marcha mecanismos dirigidos a la investigación y sanción de la violencia, así como identificar los tipos de violencia y ámbitos en los que éstos tienen lugar en la entidad para diseñar acciones dirigidas a su prevención [...] Cuando se considera la repetición de los eventos (Cuadro 10), el aviso al MP, en las atenciones a las mujeres víctimas de violencia sexual, es sensiblemente menor cuando se trata de eventos repetidos que cuando se registran por única vez. Es decir, en el primer supuesto sólo se ha dado aviso en el 63.5% de los casos, mientras que el aviso se da en 68.4% respecto de los actos de violencia que se registran una sola vez¹⁹⁸.

En consecuencia, el GIM recomienda lo siguiente al gobierno del Estado de México:

[A]doptar las medidas que resulten necesarias para garantizar que los módulos de atención a mujeres víctimas de violencia en los hospitales brinden una atención completa, multidisciplinaria y durante las 24 horas del día. Asimismo, se insta a las autoridades de salud a concentrar sus esfuerzos en mejorar la capacitación en materia de derechos humanos de las mujeres, violencia de género y de la NOM-46 a todo el personal psicológico, de trabajo social y médico adscrito a los hospitales. Lo anterior, en virtud de que la detección y actuación oportuna del personal del sector salud es de vital importancia en la prevención de la violencia feminicida en la entidad¹⁹⁹.

La situación en otros estados es muy semejante. Por ejemplo, en Michoacán el Grupo de Trabajo da cuenta de problemas de detección que, junto a la falta de notificación, tienen consecuencias para la prevención y atención de la violencia contra las mujeres. Así se plantea el problema:

[L]a NOM-046 establece dos obligaciones claras y precisas a los prestadores de servicios de salud: la detección de la violencia y la notificación de estos casos al Ministerio Público. El grupo de trabajo considera que el efectivo cumplimiento de estas obligaciones permitiría poner en marcha mecanismos dirigidos a la investigación y sanción

¹⁹⁷ Ver Informe del grupo interinstitucional y multidisciplinario conformado para atender la solicitud de Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres en el Estado de México. 8 de diciembre de 2010. pp.48-49. Documento disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/210866/Informe_AVG_EdoMex.pdf

¹⁹⁸ Ibid., p. 47

¹⁹⁹ Ibid., p. 70

de la violencia, así como identificar los tipos de violencia y ámbitos en los que éstos tienen lugar en la entidad para diseñar acciones dirigidas a su prevención²⁰⁰.

De la misma manera, frente a este problema el Grupo de Trabajo señala la siguiente situación:

[...] el grupo de trabajo identificó diversas irregularidades en la atención y prevención de casos de violencia. Por ejemplo, durante las visitas in situ realizadas, el grupo observó que en algunas instancias del sector salud, el personal médico no da aviso al Ministerio Público de conformidad con la NOM-046, para evitarse “procedimientos engorrosos” o “meterse en problemas”. A consideración del grupo, la asistencia otorgada por parte de los servicios de salud a las mujeres que se presentan por lesiones constituye un aspecto fundamental en la prevención de la violencia contra las mismas. De este modo, la no detección oportuna de estos casos y su referencia a las autoridades de procuración de justicia podrían fomentar la perpetuación e incremento de la violencia contra las mujeres y constituir una falta de debida diligencia del personal de salud en Michoacán²⁰¹.

En el caso de los estados que conforman la muestra, la información documental apunta en el mismo sentido. Por ejemplo, en Guerrero, el Grupo de Trabajo conformado en torno a la Solicitud de AVGM por violencia feminicida de 2016, consignó lo siguiente:

[...] el grupo de trabajo desea señalar que a partir de las visitas realizadas in situ, fue posible detectar una disparidad tanto en el conocimiento como en la aplicación de la NOM-046 [...] en el sector salud algunas de las personas entrevistadas no tenían conocimiento de la existencia de la NOM-046; no conocían la metodología para la detección de la violencia, o para aplicar el protocolo a seguir en estos casos²⁰².

Más adelante en su Informe el Grupo de Trabajo abunda: “Durante las visitas in situ se documentó que el personal que atiende el servicio de gineco-obstetricia y de urgencias no se encuentra adecuadamente capacitado para el cumplimiento de la NOM referida, ya que no realiza detecciones ni referencias oportunas a los servicios especializados para este fin”²⁰³.

Cabe señalar que, en todos los documentos generados en torno al proceso de AVGM en las entidades federativas en donde se hace alusión a la detección de casos de violencia sexual contra mujeres en el proceso de implementación de la NOM-046, se refiere el número de casos detectados y que se reportan en el Sistema

²⁰⁰ Ver Informe del Grupo de Trabajo conformado para Atender la Solicitud de Alerta de Género contra las Mujeres en el estado de Michoacán. Documento disponible en:

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/535621/Informe_GT_Solicitud_AVG_Michoacan_07-04-2015.pdf, p. 49

²⁰¹ Ibid., p. 71

²⁰² Informe del grupo de trabajo para atender la solicitud de Declaratoria de Violencia de Género contra las Mujeres en ocho municipios del estado de Guerrero. Informe disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/127431/Informe_AVG_Guerrero.pdf pp., 36, 43-44, 59.

²⁰³ Ibid., pp. 91-93.

de Información en Salud (SINAIS)²⁰⁴, de la Secretaría de Salud federal. No obstante, se considera que esos casos en realidad corresponden sólo al número de casos detectados que son notificados mediante los formatos y los procedimientos definidos en ese Sistema, sin embargo, con base en los hallazgos de esta investigación, se puede asegurar que existe una gran cantidad de hechos de violencia sexual que, pese a ser detectados en consulta, no son notificados, y peor aún, atendidos.

Por ejemplo, en el caso de Chiapas (otro de los estados muestra), el GIM reporta que existen personas operadoras del servicio de salud que no reportan los casos de violencia sexual contra mujeres detectados y, de hecho, promueven acciones de conciliación entre la víctima y la persona agresora, lo cual tiene varios efectos negativos. Por un lado, que no se atiende la salud de manera integral de la víctima; y, por otro lado, que el servicio médico no funcionó para detectar la violencia y generar la intervención institucional a favor de la víctima para que cese la violencia y sus consiguientes riesgos para la salud de ella, sino al contrario, con su práctica conciliadora la institución apuntala la situación de riesgo que vive la víctima. Así lo refiere el GIM:

El grupo de trabajo hace notar que dentro de la entidad se presenta una práctica común la cual consiste en alentar y, a veces, presionar, a las mujeres a conciliar con sus agresores lo cual no es lo óptimo dadas las relaciones de poder ente el agresor y la víctima además de que se deja a las mujeres en una situación de vulnerabilidad dado que pueden sufrir represalias por parte de sus agresores en un futuro.

Al respecto, el grupo de investigación estima que, en algunas ocasiones, las autoridades estatales minimizan la gravedad del fenómeno de violencia, reduciéndolo al ámbito privado e incumpliendo con su obligación de prevenir la perpetuación de esta modalidad de violencia²⁰⁵.

Estas fallas del servicio de salud en la etapa de la detección de la violencia sexual contra las mujeres, ocasionan que el Estado revictimice a las mujeres violentadas, por un lado, cuando no hace nada ante casos en los que identifica este tipo de violencia, y por otro, cuando lejos de promover la intervención del Estado, la excluye y genera una barrera adicional para el ejercicio de ese derecho.

Como se verá enseguida, respecto de las acciones para detectar la violencia sexual en el marco de la impartición de servicios de salud regulados por la NOM 046, este estudio coincide con los señalamientos anteriores.

²⁰⁴ En particular del Subsistema de Lesiones y Causas de la Violencia, donde los prestadores de servicios de salud que conforman el Sistema Nacional de Salud deben reportar información de la atención por lesiones y violencia “que permita evaluar la situación de la salud y la demanda de atención por causas externas, para la administración y planeación de los servicios de salud.” Ver http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/s_lesiones.html

²⁰⁵ Informe de Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres del estado de Chiapas, emitido por el GIM, pp. 77-78 Informe disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/166562/Informe_AVG_Chiapas_17-11-16.pdf

Las respuestas del personal de salud entrevistado en el marco del estudio indican que en el común de las Unidades de Salud no suele realizarse algún tipo de tamizaje rutinario para identificar a usuarias que estén siendo víctimas de violencia sexual. A este respecto, el instrumento de entrevista consideró una pregunta abierta en la que se pedía al personal entrevistado narrar cómo se atendía un caso de una mujer que recibía servicios en su Unidad. Prácticamente todas las personas entrevistadas omitieron señalar algún tipo procedimiento de tamizaje y sólo al hacerles notar lo que disponía la NOM-046 en un par de casos recordaron la aplicación de algún tipo de instrumento con ese fin.

En una proporción importante de casos se refería que esa labor la llevaba a cabo el área de Trabajo Social, que era la que recibía a las pacientes antes de la consulta, y les aplicaba algún tipo de “cuestionario” o “encuesta”, pero casi nunca se tenía certeza del origen, uso y finalidad de tal cuestionario; en otra proporción importante de casos se señaló que era personal de psicología quien lo llevaba a cabo. En un par de ocasiones se llegó a señalar el uso de un instrumento en particular, como el que se usaba “el violentómetro”²⁰⁶, o bien, aquellos que utilizaban “encuestas” para reportar violencia:

Se realiza por personal médico la encuesta. No sé quién facilitó la herramienta, no sé si forma parte de un programa, pero en cada módulo de consulta externa tienen la herramienta para la detección de casos. Yo nunca he usado el cuestionario (Entrevista, mujer, personal de institución de salud de control estatal).

Las “encuestas” o “formatos” que el personal médico afirmó que se utilizaban, en algunos casos refería en realidad²⁰⁷ a la “Hoja de registro de atención por violencia y/o lesión”, formato que debe ser llenado por parte del personal médico para reportar casos de violencia o lesiones atendidos por una Unidad de Salud y con cuyos datos se alimenta el “Subsistema de lesiones y causas de violencia” (el cual no pudieron señalar con su nombre)²⁰⁸. En estricto sentido no es herramienta para “detectar” violencia, sino justamente para reportar casos atendidos, pues se aplica a todo tipo de casos que presenten lesiones o violencia que son atendidos en una Unidad de Salud.

²⁰⁶ Herramienta didáctica diseñada por el Instituto Politécnico Nacional con fines de reconocimiento de la gravedad de la violencia contra las mujeres. No es un instrumento adecuado para la detección médica de la violencia sexual contra las mujeres, jóvenes, adolescentes y/o niñas. Ver <https://www.ipn.mx/genero/materialesdeapoyo/violentometro.html#:~:text=La%20UPGPG%20ha%20dise%C3%B1ado%20%80%8B,veces%20se%20confunden%20o%20desconocen>.

²⁰⁷ Se infiere, por el tipo de información que se dijo que se asentaba en él.

²⁰⁸ Mismo que forma parte de los Sistemas de Información de Salud de la Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud Federal. Ver <http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/subsistema1.html>

Por las tardes es más común ver en urgencias heridos por maquinaria, enfermedades respiratorias y entonces aplicamos el cuestionario. El cuestionario se aplica de manera rutinaria a las personas que llegan a consulta externa. (Entrevista, mujer, personal de institución de salud de control estatal)

En otros casos, el personal de salud se refería (aunque tampoco fue enunciado con claridad) al Apéndice Informativo 2 de la NOM-046 “Registro de atención en casos de violencia familiar o sexual”, el cual, como señala la propia Norma tiene como fin registrar información con fines estadísticos, mas no es un instrumento para la detección de violencia sexual contra las mujeres, pues de hecho en ese formato se deben registrar casos probables de violencia sexual²⁰⁹.

Se tiene un documento de detección de casos violencia familiar o sexual el cual se aplica cuando la mujer presenta signos de violencia, el formato es muy sencillo para que las víctimas lo puedan contestar sin problema. Algunas de las preguntas son si la pareja la violenta recientemente, si hay violencia por parte de la pareja o familia las cuales ponen como opción de respuesta: si o no. (Entrevista, hombre, personal de institución de salud de control estatal)

Solo hubo un caso del personal médico entrevistado que reconoció que el “formato” no es un instrumento para la detección de la violencia sexual:

Comúnmente llegan a urgencias y mediante triage. Se llena una cédula. Es una enfermera quien hace preguntas y llena la cédula, pasa con el médico general. Si es una situación severa se involucran especialistas, se involucra a trabajo social. Y si se llega a constatar una afectación grave de la salud se hace del conocimiento de los familiares y MP (...) La cédula del triage es institucional (refiere a una institución de control federal), ve todo tipo de afectación a la salud, informa de la situación que presenta la persona. En la consulta rutinaria no se indaga sobre la violencia sexual. (...) No hay cédula que permita identificar este problema como tal, ni en consulta ni en hospitalización. (Entrevista, hombre, personal de institución de salud de control federal)

Varias organizaciones de la sociedad civil coinciden en que no se aplican instrumentos para el tamizaje:

Este cuestionario de tamizaje no se alcanza a aplicar, porque no les da tiempo de hacerlo completo, por eso no es suficiente para hacer detección, se está dejando afuera un porcentaje de mujeres. También cruza con que hay una diversidad de necesidades de atención, es decir, las mujeres no acuden porque sean víctimas de violencia, sino que van por diversas afectaciones, entonces ellas están en el Primer Nivel de Atención y no van directo al módulo de atención de violencia, por ello, todo el personal debería tener claro ciertas formas de identificar la violencia, que

²⁰⁹ “7.2 Para cada probable caso de violencia familiar, sexual y contra las mujeres atendido por las instituciones del Sistema Nacional de Salud deberá llenarse además el formato estadístico denominado Registro de Atención en Casos de Violencia Familiar o Sexual, el cual contiene variables sobre las y los usuarios involucrados en situación de violencia familiar o sexual, el evento más reciente para cada caso detectado y la atención proporcionada conforme al Apéndice Informativo 2.”

se agrava con el tiempo que se puede dedicar a cada paciente, si yo afuera de consultorio tengo a cuarenta personas esperando ser atendidas, obviamente no se va a tener la posibilidad de detectar la violencia. (Entrevista, mujer, personal de OSC)

No se aplican estas entrevistas, si de por sí ya es difícil la atención primaria de manera urgente no se da toda esta entrevista por la normalización de la violencia, para que pueda detectarse la violencia debe llegar casi muerta, se invisibiliza la violencia psicológica, no hay personal que pueda detectar la violencia, en ese sentido no hay un seguimiento, no hay entrevistas. Es nulo. (Entrevista, mujer, personal de OSC)

Cuando sí se aplica algún instrumento que busca detectar violencia sexual, es más común que sea por parte de personal de enfermería:

Por parte de enfermería establecemos el tamizaje a todas las mujeres, es la herramienta de detección en mujeres de mayores de 15 años. De manera específica cuando atendemos alguna sospecha, realizamos una detección integral con otras herramientas. En el área de salud reproductiva, ahí tenemos un área de detecciones más específicos, nos podemos involucrar más con la paciente para apoyar a las mujeres. Abarca distintas violencias. A veces ya es una situación donde hacemos la detección y hacemos notificación al MP y se pasa al módulo de violencia. Cuando se requiere la atención médica la referimos a otro nivel de atención [...]. (Entrevista, mujer y hombre, personal de institución de Salud de control estatal)²¹⁰

Es preciso señalar que ese primer filtro donde actúa personal de trabajo social, de psicología o incluso de enfermería, es posible sólo en Unidades de Salud de Segundo y Tercer Nivel, que son las que cuentan con mayor cantidad de personal y en las cuales se tiene mayor especialización como para cumplir con estos roles de recepción, preparación de la paciente y acopio de información para su historial clínico, como lo es también la aplicación de procedimientos de tamizaje.

En opinión de integrantes de OSC especializadas en el seguimiento a la aplicación de la NOM-046, en general ese tamizaje no se realiza particularmente en Unidades de Primer Nivel y sólo en pocas de Segundo Nivel (particularmente aquellas que tienen “Servicios Ampliados”), aunque en las de Tercer Nivel sí, pero no en todos los casos:

²¹⁰ Cabe destacar que en los pocos casos que la persona entrevistada refirió contar con instrumentos de detección diferentes a la “encuesta” o “formato”, estos fueron solicitados para ser analizados por parte del equipo de investigación (situación contemplada en las comunicaciones enviadas por la CNDH a las instituciones del orden federal y estatal a las que se solicitó su colaboración). No obstante, no hubo caso alguno en el que dicha información fuera recibida, lo que hace suponer al equipo de investigación que tales instrumentos para la detección no existen.

[...] con base en el monitoreo que hacemos, te puedo decir que en Unidades de Salud de Primer Nivel y a veces Segundo Nivel, no hay tamizaje. (Entrevista, mujer, personal de OSC).

No se aplica de manera rutinaria el tamizaje, sobre todo en el Primer y Segundo Nivel; y en Tercer Nivel sí es más común, esto con base en la Ruta de Actuación que se está implementando en los servicios de Salud del Estado. (Entrevista, mujer, personal de OSC).

A partir de información recabada en capacitaciones, las autoridades aseguran que el tamizaje para la detección sí se lleva a cabo, particularmente en hospitales grandes, mediante el personal de trabajo social. (Entrevista, mujer, personal de OSC).

Es importante hacer notar que en la muestra de Unidades de Salud cuyo personal fue entrevistado se contemplaron algunas de tercer Nivel, tanto de control federal como estatal, y en casi todos los casos la situación fue la misma: no se aplican procedimientos de tamizaje para la detección de la violencia sexual contra mujeres.

La mayoría del personal de salud entrevistado, señaló que la falta de personal obstaculiza la posibilidad de detectar casos de violencia familiar y sexual, toda vez que la carga de trabajo y la insuficiencia de personal de trabajo social y psicología no permiten llevar a cabo los procedimientos establecidos en la NOM-046.

La carencia principal es por personal. Hay turnos en los que solamente hay un médico en urgencias con una o dos enfermeras, por lo que es difícil y la percepción es que en esta Unidad no se investiga o se cree que no hay violencia por el tipo de paciente que llega. Falta investigar más a fondo, pero el problema es la cantidad de trabajo y el poco tiempo que se tiene, sobre todo en el área de urgencias, que es donde llegan las mujeres a solicitar las atenciones. (Entrevista, mujer, personal de institución de salud de control federal)

No cuentan con personal de trabajo social, ni psicología. No cuentan con personal médico suficiente. No tienen personal médico capacitado sobre la NOM. (Entrevista, hombre, personal de institución de salud de control federal)

No (se cuenta con personal suficiente). Porque a veces es solo una enfermera o un médico quienes tienen que atender a todas las pacientes, pero a veces el tiempo no permite dar tanto tiempo a la consulta. No cuentan con servicios de trabajo social y psico (sic). (Entrevista, mujer, personal de institución de salud de control estatal)

La existencia de varios filtros para detectar violencia mediante algún procedimiento de tamizaje hace más probable que pueda reconocerse y atenderse un caso de violencia sexual contra las mujeres. Aunque esto sólo

es posible en aquellas Unidades en donde existe más personal. Aun existiendo dos filtros es poco probable que se logre la detección, sobre todo si no existe la práctica rutinaria, instrumentos y capacitación para ello. La existencia de un primer filtro (a cargo de servicios de enfermería, trabajo social o psicología) permite detectar indicios de violencia en general, pero tratándose de casos de violencia sexual en particular es más difícil lograr detectarla en este primer contacto. Resulta más factible que ésta se detecte en un segundo filtro, dentro de la consulta médica, donde algún doctor o doctora lleva a cabo una valoración. Aunque en donde no existen dos filtros, que es la amplia mayoría de las Unidades de Salud, también es el doctor o la doctora quien debería llevar a cabo ese tamizaje.

En el caso de la Atención Intrahospitalaria, es excepcional la aplicación de algún tipo de tamizaje para detectar violencia sexual. Sólo cuando deriva de urgencias y la violencia o lesión aplican claramente a una situación de violencia sexual, es que se hace un proceso de detección, pero sin algún instrumento o guía para ello, aparte de alguno de los formatos señalado páginas atrás.

Se les aplican los instrumentos solo a los [sic] pacientes que envía la fiscalía o que manifiestan violencia.
(Entrevista, hombre, personal de salud de institución de control estatal)

Cuando una paciente entra al servicio de urgencia se hace la valoración e interrogatorio del porqué está ingresando; si dentro de la valoración se considera que hay violencia física o emocional se hace otro interrogatorio para conocer qué tipo de violencia es. Y hasta ahí es nuestro servicio porque no tenemos psicólogos para continuar con el interrogatorio. (Entrevista, hombre, personal de salud de control estatal)

Lo que cotidianamente sucede en la Consulta externa es que, ante signos que apuntan a la existencia de violencia sexual contra mujeres, adolescentes o niñas, él o la doctora empieza a desarrollar procedimientos generales de la consulta normal para tratar de confirmar esos indicios. Es decir, no dispone de protocolos o guías de actuación específicos para la detección de violencia sexual, o no sabe de la existencia de ese tipo de recursos.

Los indicios de violencia sexual son buscados bajo los protocolos clínicos tradicionales, que buena parte del personal entrevistado configura bajo la denominación de “la clínica” u “ojo clínico”, el cual es ineficaz para abordar problemas como la VCMN²¹¹. En este sentido el personal de salud refiere:

²¹¹ Al respecto véase el libro de Herrera, Cristina; *Invisible al ojo clínico. Violencia de pareja y políticas de salud en México*, México, PUEG-UNAM, FLACSO, INSP, 2009, 210 pp. Particularmente los capítulos “IV La instrumentación de la política por el personal de salud. Los discursos ocultos sobre las mujeres que sufren violencia” y “V. Menos que humano. Discursos sobre género, clase y etnia en los profesionales de salud”.

Con la experiencia que tenemos, una mirada, un gesto, nos da señales [...]. (Entrevista, mujer, personal de salud de institución de control federal)

No se aplica de manera rutinaria ningún instrumento, pero se aplica el “sexto sentido”. (Entrevista, mujer, personal de salud de institución de control federal)

No aplican ningún filtro o triage médico. Sólo el “ojo clínico” del médico. Indicios que lleven a sospecha de que fue golpeada, o violentada sexualmente, se hace algo. Se procura. No se tiene un formato donde vaciar esa información. Se basan en presunciones. (Entrevista, personal de institución de salud de control estatal)

De hecho, el propio personal médico refiere que para detectar violencia sexual es imprescindible que la propia paciente señale estar viviendo esa situación: *“En la entrevista el (sic) paciente tiene que expresar su problema, nosotros a veces detectamos en la exploración física, pero los (sic) pacientes muchas veces lo omiten (...entonces se puede detectar) a partir de identificar lesiones y de que las mujeres aceptan por entrevista que padecieron violencia”* (Entrevista, personal de salud de institución de control federal).

Esta postura médica resulta contraria a toda prescripción para abordar una situación de violencia de la que presuntamente es víctima una mujer. Esto por el lugar desigual de poder que tiene el personal médico respecto de la paciente, en el marco del servicio médico, donde el Protocolo marca que es dicho personal el que debe decir cuál es el problema y prescribir qué hacer frente a ello, teniendo éste un papel activo y dominante; en tanto la paciente debe escuchar, responder a preguntas que se le formulen y realizar las acciones que se le prescriben, sin esperarse de ella el ejercicio activo de la voz, como tampoco de iniciativa. Situación de desigualdad que se ahonda por la condición de violencia por la que atraviesa la víctima, la cual le genera sentimientos de desvaloración personal, familiar y social, todo lo cual constituye una barrera para que por iniciativa propia una mujer reconozca vivir una situación de violencia sexual y además solicite la intervención médica para atenderla.

Además, esta forma de abordaje parte del supuesto erróneo de que la VCMN es algo “evidente”, detectable “a simple vista”, con lo que se reducen sus múltiples expresiones sólo a la de tipo físico. Lo que en el fondo supone que no requiere de una preparación ni de instrumentos específicos para su detección, con lo que se hace a un lado un cúmulo de investigación y evidencias que apuntan en contrario.

En cuanto a la **prevalencia de prejuicios y estereotipos de género** por parte del personal de salud, en particular en el proceso de detección de la violencia sexual, a lo largo de las entrevistas se obtuvieron varias evidencias fehacientes de ello. Desde el lenguaje no incluyente (“el paciente”, cuando en la entrevista todo el tiempo se

aclara que se trata de violencia sexual contra las mujeres), o la referencia con diminutivos a las víctimas (“pacientita”). En la visión de ese personal la violencia es normal, propio de ciertos segmentos de la población que viven en exclusión social y en zonas marginadas, que son vistas como ajenas: “en la sierra”, “los serranos”, “en esos pueblos”, “así son los indígenas”; cuando se justifica el lugar pasivo, subalterno, desprovisto de poder y derechos de las mujeres: “a algunas les va mal en sus casamientos”. Situación que incluso es reconocida por varias de ellas y ellos, al afirmar que no cuentan con la sensibilidad necesaria para atender un problema de esta complejidad:

No tienen la sensibilidad necesaria. No abordan a profundidad situaciones penosas. La gente del hospital no tiene formas adecuadas para abordar el problema. (Entrevista, mujer, personal de institución de salud de control federal).

Esos prejuicios están presentes. Juzgan a las víctimas. (Entrevista, personal de institución de salud de control federal)

No está capacitado para actuar libres de estereotipos. Son temas que no se tocan. Los médicos generales no les preguntan a las pacientes, nos quedamos con lo que ella declara y no se profundiza en el tema. Muchas veces es porque no sabemos cómo manejarlo. Muchas veces también, en el momento en el que intentas indagar, las pacientes niegan las situaciones de violencia o no permiten que suceda, limitan a la atención al problema de salud particular por el que acuden. (Entrevista, mujer, personal de institución de salud de control federal)

Hay mucha renuencia. Un 30% sí tiene sensibilidad (Entrevista, hombre, personal de institución de salud de control federal)

Cunden algunos prejuicios por falta de protocolos, lineamientos y capacitación. (Entrevista, mujer, personal de institución de salud de control estatal)

Precisamente lo anterior da cuenta de la ausencia de perspectiva de género en la atención a la salud sexual de las mujeres. Así lo refiere una integrante de una OSC:

¿Cuáles son los aspectos de la detección de la violencia sexual para los que está menos capacitado el personal de salud, pensando desde la perspectiva de género?

- Esto de que se va a cuestiones físicas, el testimonio es físico, pero menospreciando la violencia psicológica, comprender la complejidad de la violencia de género, es un ciclo de muchos años, que no tan fácil será visible, no se hará público, los usos y costumbres, eso limita mucho la atención. Ellos como primeros contactos de la víctima son los que pueden animar o desalentar a la víctima, influye mucho para que se naturalice la violencia que ellas

acepten la violencia que viven, es difícil entender que intervienen varios factores, pero que sí es muy importante por ser el primer contacto con la víctima (Entrevista, personal de OSC).

Respecto a la capacitación para la detección de violencia sexual, la falta de ésta restringe la posibilidad de detectar casos de violencia sexual en los que no se observan daños físicos, o en casos en los que las mujeres no señalan expresamente que han vivido violencia. Al respecto, el personal médico entrevistado manifestó conocer la NOM-046 y en particular lo que hay que hacer para detectar violencia sexual, aunque a partir de lo expuesto en este Capítulo se puede concluir que sólo se le conoce de manera superficial, aún por parte de quienes aseguraron (pocos) que habían recibido capacitación al respecto.

En el plano médico sí están capacitados. Pero no tienen capacitación sobre violencia sexual. No hay problema de suficiencia de recursos para detectarla en la consulta, falta un instrumento específico, como se hace con diabetes. (Entrevista, hombre, personal de institución de salud de control estatal)

De hecho, fue reiterada la solicitud de mayor capacitación no sólo para ellas y ellos, sino para el conjunto del personal que debería involucrarse en lo que dicta la NOM-046.

Creemos que tal vez nos falta mayor orientación con un formato específico, para descubrir casos en las entrevistas como, de hecho, ya ha ocurrido en otras ocasiones. Porque normalmente las mujeres no dicen de primera instancia qué les ha ocurrido. La importancia del trabajo social es absoluta. (Entrevista, hombre, personal de institución de salud de control federal)

El personal de aquí asistió a una capacitación virtual hace unos días y la conclusión es que no estamos capacitados para el manejo de este tipo de pacientes, porque se desconoce la NOM, en la gran mayoría de los casos. (Entrevista, mujer, personal de institución de salud de control federal)

Es necesario que el personal cuente con mayor capacitación y sensibilizar al personal médico para hacer una detección adecuada. (Entrevista, mujer, personal de OSC)

La capacitación del personal médico respecto de las labores de detección de la violencia en el marco de la aplicación de la NOM-046, es una acción que se ha planteado poco en las solicitudes o seguimiento a las declaratorias de AVGM. Se observan más acciones recomendadas o comprometidas para la atención de la violencia sexual, una vez identificada, o para la referencia de casos al ámbito de la justicia.

Un ejemplo de acciones impulsadas para la capacitación es el de Nayarit, en el cual: "... la Secretaría de Salud ha capacitado y actualizado al personal de salud en la NOM-046 (14 capacitaciones), así como en los

procedimientos para una detección, prevención y atención oportuna a las usuarias que lleguen en situación de violencia familiar y/o sexual (cuatro capacitaciones) y promoción del buen trato durante el embarazo, parto y puerperio en las salas de obstetricia (15 capacitaciones)”²¹².

Otro ejemplo es el de Nuevo León, en donde el Grupo de Trabajo planteó la siguiente recomendación “en el caso de las autoridades del sector salud, las capacitaciones deberán incluir el conocimiento y la metodología de aplicación de la NOM-046, haciendo un especial énfasis en el importante rol que dichas instituciones juegan en la detección de la violencia contra las mujeres y la prevención de la violencia feminicida”.²¹³

Conclusión semejante es a la que arriba el Grupo de Trabajo creado en el marco de la Alerta de Género de Sinaloa: “en el sector salud, algunas de las personas entrevistadas no tenían conocimiento de la existencia de la NOM-046 y algunas otras no conocían la metodología para la detección de la violencia, o bien para aplicar el protocolo a seguir en estos casos. Por ello, el grupo considera indispensable el fortalecimiento de la capacitación y evaluación de la misma para el personal de salud, ya que la asistencia otorgada a las mujeres constituye un aspecto fundamental en la prevención de la violencia. Esta situación refleja el incumplimiento de la NOM-046”²¹⁴.

En el caso de los estados muestra se ubicó información de San Luis Potosí, donde se impulsaron los siguientes cursos específicos sobre detección de violencia sexual “Detección sistemática en las y los usuarios de servicios de salud de la violencia contra las mujeres y Reconocimiento de indicadores de maltrato físico, sexual y psicológico en los casos de violencia familiar o sexual”²¹⁵.

Algo semejante se planteó para el estado de Veracruz:

También, se identificó que la capacitación referida no se ve reflejada en el personal de salud, toda vez que algunas de las personas entrevistadas no tenían conocimiento de la existencia de la NOM-046 y, en algunas otras, no conocían la metodología para la detección de la violencia o bien para aplicar el protocolo a seguir en estos casos. Por ello, el grupo considera indispensable el fortalecimiento de la capacitación y evaluación de la misma para el

²¹² Informe del grupo de trabajo conformado para atender la solicitud AVG/06/2016 de Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres en el estado de Nayarit, 9 de septiembre de 2016.

²¹³ Informe del grupo de trabajo para atender la solicitud de alerta de violencia de género contra las mujeres del estado de Nuevo León. P. 90. Informe disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/166574/Informe_AVG_Nuevo_Le_n.pdf

²¹⁴ Informe del Grupo de Trabajo conformado para atender la Solicitud de Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres en los municipios de Ahome, Culiacán, Guasave, Mazatlán y Navolato del estado de Sinaloa. P. 56. Informe disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/106338/Informe_AVG_de_Sinaloa.pdf

²¹⁵ Gobierno del Estado de San Luis. Informe presentado por el Estado de San Luis Potosí, derivado de la solicitud de Alerta de Violencia de Género Contra las Mujeres en los municipios de Ciudad Valles, Matehuala, San Luis Potosí, Soledad de Graciano Sánchez, Tamazunchale y Tamuín. Octubre, 2016. Informe disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/325247/Informe_SLP_AVG.pdf

personal de salud, ya que la asistencia otorgada a las mujeres constituye un aspecto fundamental en la prevención de la violencia. Esta situación refleja el incumplimiento de la NOM-046²¹⁶.

Con base en lo anterior, se puede afirmar que no se cumple con la disposición de la NOM-046 relativa a llevar a cabo procedimientos de tamizaje para detectar violencia sexual en mujeres, adolescentes y niñas.

4.1.1.2 Ambiente de violencia: valoración del nivel de riesgo

Como tampoco se cumple con lo dispuesto por la NOM-046 en su numeral 6.2.1.2., que busca detectar el ambiente de violencia, en este caso en particular el de índole sexual, en el que viven las mujeres que son atendidas en la Unidad de Salud, con el fin de configurar su grado de riesgo, pues no hubo un sólo caso en el que el personal de salud entrevistado refiriera la aplicación de algún instrumento dirigido a ello. Conforme a la NOM-046, su numeral 6.2.1.2. indica lo siguiente:

Realizar entrevista dirigida a la o el usuario afectado por violencia familiar o sexual, en un clima de confianza, sin juicios de valor ni prejuicios, con respeto y privacidad, garantizando confidencialidad. Debe considerar las manifestaciones del maltrato físico, psicológico, sexual, económico o abandono, los posibles factores desencadenantes del mismo y una valoración del grado de riesgo en que viven las o los usuarios afectados por esta situación. Debe determinar si los signos y síntomas que se presentan -incluido el embarazo- son consecuencia de posibles actos derivados de violencia familiar o sexual y permitir la búsqueda de indicadores de maltrato físico, psicológico, sexual, económico o de abandono, como actos únicos o repetitivos, simples o combinados, para constatar o descartar su presencia.

En la Consulta Externa o bien en la Atención Intrahospitalaria, se hace acopio de información, generalmente sin una guía de entrevista o instrumento alguno, como parte del protocolo médico que se centra en la dimensión de salud individual de la paciente, más no en la situación del medio familiar y comunitario de la misma, que se dirija a concretamente a indagar sobre el riesgo de vivir violencia, en este caso de corte sexual; lo que impide a la institución médica detectar la complejidad de la situación de violencia que vive la mujer y, con ello, actuar conforme a sus obligaciones en la materia.

En casos contados se reconoció que esa información sustantiva respecto de la situación de violencia sexual que vive la paciente estuviera registrada en su expediente clínico, tal y como lo sanciona la NOM-046 en su numeral

²¹⁶ Informe del grupo trabajo conformado para estudiar la Solicitud de Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres en el estado de Veracruz. P. 73. Documento disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/81657/Informe-Veracruz.reducido.pdf>

6.2.1.4.²¹⁷ “Registrar la entrevista y el examen físico de la o el usuario afectado por violencia sexual, en el expediente clínico en forma detallada, clara y precisa, incluyendo... -toda la información que señala la NOM-046-. Todo ello a fin de establecer la relación causal de la violencia familiar sexual de la o el usuario involucrado, considerando los posibles diagnósticos diferenciales”.

Es en la Consulta externa, más particularmente en la que se otorga para fines de salud sexual y reproductiva (planificación familiar, gineco obstetricia), en donde es más común que se obtengan indicios que permitan detectar casos de violencia sexual; en el caso de adolescentes, y más comúnmente niñas, lo es más en pediatría. Ello porque en el proceso de consulta se abordan casos de salud sexual como infecciones o afecciones, como también se da seguimiento a cuestiones vinculadas a la salud reproductiva. Lo anterior, permite detectar casos sin importar si la mujer está o no embarazada. En el caso de las Unidades de Salud de Primer y Segundo Nivel que no tienen esos servicios especializados, es en la Consulta común con el personal médico a cargo en la que se obtienen esos indicios para la detección.

A partir de los hallazgos de la investigación en campo se puede afirmar que la **edad de las mujeres** es un factor determinante en los procesos de detección de la violencia sexual que se realizan en la Unidades de Salud. Aunque existen factores en común, un embarazo en una menor de edad es una señal de alerta, ya que en la mayoría de los casos los embarazos infantiles son producto de la violencia sexual ya sea violación, abuso sexual, pederastia o estupro, o cualquier tipo de explotación sexual. En todo caso se debe tener presente que violencia sexual contra las niñas y adolescentes implica cualquier tipo de contacto o actividad sexual entre una niña y una persona adulta o que tiene una relación de poder sobre la niña, valiéndose de amenazas, violencia física, psicológica, ejerciendo sobre ella actos, u obligándola a ejercerlos sobre otra persona, que no tiene la capacidad de comprender por su inmadurez psicosexual y/o no está en condición de aceptar o negarse libremente.²¹⁸

Así como considerar que son menos frecuentes las uniones de hecho entre menores de la misma edad y son más las que se establecen entre una adolescente y un adulto²¹⁹. Por lo que se debería investigar, en el marco

²¹⁷ Al respecto es importante señalar que pese a que fueron solicitadas evidencias de expedientes clínicos de pacientes a las que se les hubiera detectado y diagnosticado violencia sexual a buena parte de las personas entrevistadas, no hubo alguna que las remitiera. Cabe aclarar que en el marco de la petición se hizo explícita la necesidad de garantizar la protección de los datos personales de las personas las que aludía el Expediente, esto con la idea de garantizar que no se violaran esos derechos, y además evitar que, bajo el pretexto de su protección, no se enviara la información.

²¹⁸ Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, *Cartilla de Derechos de las Víctimas de Violencia Sexual Infantil*, segunda edición, 2016. Ver <http://www.ceav.gob.mx/wp-content/uploads/2016/06/cartilla.pdf>

²¹⁹ Ver <https://www.savethechildren.mx/que-hacemos/incidencia-politica/matrimonioinfantil>

de los procedimientos de detección, el tipo de relación que vive una menor de edad, para determinar los factores de riesgo y actuar en consecuencia.

A continuación, se analiza el cumplimiento de obligaciones que prescribe la NOM-046 respecto de la detección de la violencia sexual en poblaciones específicas (condición de embarazo y grupo de edad). En un primer momento, se analizan los problemas en la detección, por un lado, de las mujeres adultas, y por otro, las de adolescentes y niñas. En un segundo momento, se expondrá el caso de las mujeres en condición de embarazo, distinguiendo también por estos grupos etarios.

En cuanto a las mujeres adultas, adolescentes y niñas a quienes se les detectan indicios de violencia sexual en el marco de la Consulta externa, el personal de salud entrevistado indicó no contar con instrumentos específicos para detectar violencia sexual en cada una de las etapas de vida de las mujeres de la misma manera que carecen de la sensibilidad necesaria para ello.

Lo que acontece en el marco de la consulta es que cuando llegan a tenerse indicios de violencia sexual, particularmente en mujeres adultas, el común del personal médico entrevistado refirió haber intentado indagar más sobre las causas de esas señales, que de hecho catalogan como evidentes al “ojo clínico”, como golpes o desgarres, acompañados de actitudes de evasión y hosquedad por parte de la paciente. Con la intención de indagar más a fondo, en caso de ir acompañada, solicitan poder atenderlas sólo a ellas, por lo que las personas acompañantes, son conminadas a salir del consultorio. No obstante que se logre tener la consulta sólo con la paciente, sin presiones y tentativas de suspender por parte de las personas acompañantes, la reacción más común que sucede en la Consulta es que las mujeres, principalmente por temor, no proporcionan mayor información al respecto y esperan el tratamiento médico.

Del conjunto de entrevistas realizadas se desprende la incapacidad del personal médico en Consulta para una adecuada detección de la violencia sexual en las pacientes.

Cuando la paciente llega por primera vez se le pregunta de manera específica sobre la violencia que vive; muy pocas lo reconocen, ya que muchas veces las pacientes no quieren mayores problemas y no aceptan la canalización o la referencia, porque muchas veces no se reconoce que son víctimas [...] (Entrevista, mujer, persona de institución de salud de control federal).

Prácticamente en todos los casos se manifestó la negativa de la víctima a profundizar sobre la condición de violencia que vive y fue la razón principal de que se diera por terminada la consulta, sin configurar un caso de

violencia sexual. Lo anterior implicó que en varios casos no se prescribiera tratamiento, además se impidió la adecuada atención y referencia en el marco del sistema de salud.

En el caso de adolescentes y niñas el personal médico señala indicios parecidos a los que presentaban las mujeres adultas, aunque también refieren haber encontrado evidencias de infecciones vaginales o verrugas que, a su propio decir, tenían como origen actividad sexual, las cuales “son algo anormal dada la edad de las pacientes”. De hecho, quedó de manifiesto mayores intentos del personal de salud por indagar a más profundidad la situación de violencia que viven las niñas y adolescentes en su entorno personal y familiar, lo que da cuenta de una genuina preocupación por el bienestar de la paciente y su intento por ayudarles activando recursos institucionales para ello.

No obstante, es de alta relevancia que en general el personal médico tampoco sabía cómo detectar violencia sexual, particularmente en niñas y adolescentes, ni contaban con instrumentos para ello. Al igual que en el caso de las mujeres revisado líneas atrás, buscaban aislar a la paciente de las personas que la acompañaban con el fin de obtener información que confirmara sus sospechas, pero en este caso dichas personas en general se negaban a dejar solas a las menores, por lo que el personal médico desistía en su intento de atender a la menor desde esta arista, con el consecuente riesgo para su salud y derechos humanos.

Este proceder se explica en parte porque al no tener claras sus obligaciones al respecto actúan con base en su criterio personal y normalizan la violencia que viven las menores de edad, asumiéndola como problema de orden privado y no público.

A partir de estas omisiones en la actuación del personal de salud, muchos de esos casos de violencia en adolescentes y niñas no son comunicados formalmente a la dirección de la institución, o no son referidos a una instancia judicial. De hecho, como fue identificado en entrevistas, no siempre derivan en el llenado de alguno de los formatos para reportar violencia o “casos probables”. De modo que es claro que existe un número significativo de casos de violencia sexual contra niñas y adolescentes de los que no hay registro médico oficial.

Esta situación tiene efectos directos en el bienestar de este sector de la población, que no encuentra protección institucional y está en grave riesgo de continuar viviendo violencia sexual y tener un embarazo, el cual significa un hecho trascendental de graves consecuencias para su vida presente y futura. Así lo plantea una OSC: *“El problema es más grande con adolescentes o niñas, casi no se detecta violencia sexual sino cuando ya están embarazadas”* (Entrevista, mujer, personal de OSC nacional).

Es importante aclarar que se decidió analizar la situación de violencia sexual en este grupo etario de adolescentes y niñas porque en el marco de esta investigación fue una preocupación importante que se refirió por parte de personal de salud y personal de OSC. Ello pese a que no se trató de valorar la aplicación de la NOM-047, *Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad* (en adelante NOM-047)²²⁰, que justamente regula la atención a la salud de ese grupo y que prescribe lineamientos de actuación específicos para “Prevenir y atender la violencia”, entre ella la de carácter sexual. Ante esto, es de destacarse que esta Norma tampoco fue referida en algún momento por el personal de salud entrevistado.

Es importante dar cuenta de este problema en esta investigación, dado que, como obliga la NOM-047, en el caso de la identificación de la violencia sexual en el grupo etario comprendido entre los 10 y los 19 años, así como en el caso de “embarazo de menores de 15 años”, el personal de salud debe proceder conforme a lo que señala la NOM-046²²¹.

En cuanto a la situación de la detección de violencia sexual en mujeres embarazadas, la NOM-046 establece la obligación de valorar los aspectos siguientes:

6.2.16 La falta o el retraso en los cuidados prenatales; la historia previa de embarazos no deseados, amenazas de aborto, abortos, partos prematuros y bebés de bajo peso al nacer; lesiones ocasionadas durante el embarazo, dolor pélvico crónico e infecciones genitales recurrentes durante la gestación. El diagnóstico estará apoyado, cuando sea posible, en exámenes de laboratorio y gabinete, estudios especiales y estudios de trabajo social, para lo cual podrán, en caso de estimarlo conveniente, utilizar los recursos disponibles que puedan brindar otras instituciones de salud, así como organismos de la sociedad civil especializados en el tema, que contribuyan y faciliten dicho diagnóstico, siempre que no contravengan la presente Norma.

Al respecto, en general el personal médico entrevistado señaló que no realizaba esa valoración. En el trabajo en campo fue evidente que todas las personas entrevistadas carecían del conocimiento relativo al procedimiento ordenado por la NOM-046. También refirieron no contar con instrumento específico para ello, aunque la mayoría dio cuenta de que esa violencia sí era posible detectarla en el marco de la consulta que se

²²⁰ Ver NOM-047. Esto pese a que prescribe la actuación institucional en torno a la cuestión de salud clave, como las señaladas en el numeral 6.11.3: “Adicionalmente, en caso de identificar a víctimas de violencia sexual, se ofertará la prueba de detección para VIH, el tratamiento preventivo profiláctico de antirretrovirales, para evitar en la medida de lo posible la infección por VIH y la pastilla de anticoncepción de emergencia, la cual, debe ser ofertada en los primeros días posteriores a la relación sexual y hasta en un periodo máximo de 120 horas, para evitar embarazos no deseados. Para ello, se debe referir a los servicios de atención especializados con los que cada institución cuente, y tratándose de menores de edad el personal de salud debe incluir la participación de la madre, padre, tutor o quien lo represente legalmente de acuerdo con las disposiciones aplicables”.

²²¹ Ver numerales 6.8.10 y 6.11.4

realiza en torno a la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Y argumentaba de nueva cuenta que el mejor recurso con el que contaban para realizar esta detección es “la clínica” u el “ojo clínico”.

Esa valoración especializada con base en estudios específicos tampoco era posible realizarla en Unidades de Salud de Primer Nivel y en varias de Segundo Nivel, por no contar con infraestructura para ello:

No cuentan con infraestructura para hacer estudios especializados. Canalizan a la Fiscalía y de ahí los refieren a otras unidades. (Entrevista, hombre, personal de institución de salud de control estatal)

Estos estudios no se han realizado en la Unidad, pero de haberse necesitado, no se hubieran podido realizar, pues no hay infraestructura para ello. (Entrevista, mujer, personal de institución de salud de control estatal)

No cuenta con quirófano, le tendría que hacer un traslado a un hospital de segundo Nivel, igual a dos horas y media. (Entrevista, hombre, personal de institución de salud de control federal)

Como en otras etapas de la vida de las mujeres, durante el embarazo y como parte del protocolo de atención, en primera instancia el personal médico ante algún indicio de violencia sexual busca realizar una entrevista sólo con la paciente, aislándola de la persona que la acompaña, para que brinde información sobre su vida privada e íntima en un ambiente que el personal de salud considera como de plena confianza.

En general el resultado de este intento es vano. Por un lado, la búsqueda de esa entrevista sólo con la paciente en muchas ocasiones no prospera, las personas acompañantes no lo permiten y deciden suspender la consulta. Por otro, la paciente en cuestión decide no compartir información sustantiva que permita confirmar indicios y determinar la existencia de violencia sexual, como sucede con otros grupos etarios.

De la misma manera que en casos anteriormente vistos, el personal de salud decide no indagar a fondo en la situación de violencia previa al embarazo o durante éste, ni, pese a tener indicios, a obtener más información sobre la posibilidad de que el embarazo sea producto de violación sexual. En este caso, el personal mostró menor empatía que en el caso de las niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual y embarazo. Aunque no se escucharon argumentos explícitos que pretendieran culpabilizar a la paciente de la situación de violencia que vive, el hecho de que no se plantearan ofrecer apoyo institucional a la víctima, más allá de conminarlas a seguir acudiendo a sus citas, marca un límite claro a su intervención frente al problema.

La condición de adultez de las pacientes embarazadas hace que el personal médico, frente a la negativa de la víctima de denunciar la situación de violencia que vive, decida no intervenir y deja a la víctima atendida a su propia responsabilidad. Esto implica un deslinde institucional de las obligaciones con las que como servidores y

servidoras públicas deben cumplir. Con esta omisión se revictimiza a la paciente víctima de violencia sexual, pues la institucionalidad gubernamental no atiende la condición de violencia y termina por abandonar a la víctima, profundizando la violencia múltiple que vive.

Desde la experiencia de nuestra organización, se puede afirmar que es frecuente el maltrato y la revictimización cuando se aplica esta entrevista. Se consideran facultados para cuestionar, humillar a las mujeres que desde su perspectiva no cumplen con los mandatos de género, que les indica que las mujeres deben ser madres o se les hace sentir culpables cuando se aplican estas entrevistas. (Entrevista, mujer, personal de OSC)

En el caso de las mujeres embarazadas se ve la naturalización de la violencia familiar, no se ve si está sufriendo violencia sexual; el decir que tiene once hijos, no se ve de quién es la decisión de usar métodos anticonceptivos para ver si están viviendo violencia sexual. Se puede tener conocimiento de embarazos no deseados, de abortos sin el consentimiento de la mujeres y no se hace nada (...) Porque se sigue viendo que la violencia familiar tiene que ser privada y no hay que intervenir y eso no permite que aún haciendo la entrevista, no permite ver si la mujer está viviendo violencia, no permite visibilizar el riesgo en la que se encuentra la mujer, ni identificar manifestaciones que van incrementando, incluso pueden terminar en feminicidio; pero eso está normalizado, naturalizado y la situación en la que vive la mujer no le permite expresar. Pero los servidores públicos no tienen la capacitación para identificar esa violencia, no es posible que haya mujeres con once hijos, que están desnutridas o que tengan infecciones de transmisiones sexual, y que no se vea como un caso de violencia sexual. (Entrevista, mujer, personal de OSC)

Con relación con el embarazo de adolescentes y niñas, se ha señalado párrafos atrás que se considera que todo caso del que tuviera conocimiento el sistema de salud debería indagarse bajo sospecha de ser producto de violación sexual, por lo que los servicios de detección de la violencia sexual se deberían dirigir a conocer a mayor profundidad cada caso. Sin embargo, esto no sucede en general. En estos casos el personal médico actúa la mayoría de las veces de manera semejante a lo que ocurre con los otros grupos de mujeres analizados páginas atrás. Una vez que se tiene indicios a partir del “ojo clínico”, se trata de indagar sólo con la niña la situación que vive, pero no cuenta con la preparación para ello, no dispone de alguna herramienta de apoyo para la detección, y generalmente tampoco logra excluir de la consulta a la persona acompañante (madre, padre, tía, pareja, suegra, cuñada, comúnmente). El argumento de que es menor de edad es ocupado como limitante para ello, tanto por las personas acompañantes como, paradójicamente, por el propio personal médico, que termina por no aplicar el principio de interés superior de la niñez. Además de que en algunos casos la paciente no habla, lo que justifica, a ojos médicos, que la persona acompañante permanezca en la consulta.

En estos casos más graves de violencia sexual, se mencionaron varios casos en los que el personal de salud intentó obtener más información y buscó de involucrar a otras instancias en la atención del caso, para lo cual alarga el tiempo de consulta con el fin de “ganar tiempo” para que llegue personal judicial. No obstante, en pocos casos los intentos fructifican, por razones que se analizan más adelante en el apartado de orientación y referencia:

Buscan lo más posible retrasar su salida, para protegerla. No logran que se quede generalmente. No logran que llegue MP. Se las llevan sus acompañantes. (Entrevista, mujer, personal de institución de salud de control federal)

El personal médico naturaliza fuertemente la violencia sexual pues, aunque en el marco de las entrevistas el propio personal se sorprende de la corta edad de las mujeres gestantes, su fragilidad física, su incapacidad para comprender el proceso físico y psicológico que están viviendo y las consecuencias que tendrá para su vida el nacimiento del producto de su embarazo, terminan por valorarlo como algo común, típico en “jovencitas”. Pocas veces se refieren a ellas como lo que son: niñas o acaso adolescentes, dada su condición “popular, pobre, marginada, rural, serrana, indígena”.

No se hace esa entrevista, donde se debe detectar el problema. A esas niñas, cuando acuden al sector salud es la oportunidad de que se les detecte la violación a sus derechos, pero eso no sucede. Si en la familia está el agresor, es más complicado que se les restituyan sus derechos. Pero es grave que no se les haga esa entrevista, pues constituye la oportunidad para detectar la violencia sexual y, eventualmente, un embarazo no deseado. (Entrevista, mujer, personal de OSC).

Al igual que el caso de las mujeres mayores de edad embarazadas, en las pacientes niñas y adolescentes que viven en pareja, a los ojos del actuar médico, hay una suerte de legitimación de su condición. Como si el estar con un hombre (unida o casada) naturalizara la condición de embarazo de la niña o adolescente, y eliminara toda posibilidad de que exista violencia sexual en esa relación, por lo que en ocasiones detienen o se abstienen de intentos de mayor indagación, e incluso no buscan activar otro tipo de recursos institucionales. En estos casos nunca se pronunció por parte del personal médico la palabra “violación”. Situación que aconteció cuando se trataba de embarazos en niñas y adolescentes en donde no existía una pareja. Pero en estos casos no se iba a fondo en la detección y pocas veces se dio vistas a la autoridad judicial, por razones que adelante se indagan.

Lo anterior implica que a estas niñas y adolescentes se les da un estatus adulto, con lo que se les despoja de los derechos especiales de que gozan dada su condición de infancia, de acuerdo con las leyes y los IIDHH firmados por nuestro país.

4.1.1.3 Servicios de traducción

Como parte de la detección, se analizó la puesta en práctica de la disposición de la NOM-046 que refiere a contar con servicios de traducción para atender a personas que no hablan español, indicada en el apartado 6.2.1.3: “Para realizar dicha entrevista con la persona acompañante de la víctima, en caso de que esta no pueda ser entrevistada. Además de considerar que en caso de que la víctima no hable español, o tiene un manejo deficiente del mismo, se deberá contar con una persona traductora”.

Con relación a esto, prácticamente ninguno de los casos analizados refirió contar con servicios de traducción permanentes para realizar procedimientos médicos relativos no sólo a la detección, sino a la atención, orientación y referencia de casos de violencia sexual.²²² *“Sí es necesaria una persona traductora y la Unidad no cuenta con uno [sic]”* (Entrevista, mujer, personal de institución de salud de control estatal).

En la mayoría de las Unidades de Salud que tienen la necesidad de contar con esos servicios de traducción, refirieron múltiples maneras de resolverlo, la mayoría de ellas por vías no institucionales, pues no son eventos programados, sino aleatorios. El más frecuente y práctico consiste en recurrir a la traducción que pudiera realizar personal de salud que labora en el Hospital, a quien no se le pagan por esas funciones y podría no estar disponible para ello por estar realizando labores para las que ha sido contratado, o bien no estar presente en el día y/o turno en el que las necesidades de traducción se presentan.

Otra manera de resolverlo es recurrir al apoyo de las personas acompañantes de la paciente, entre quienes comúnmente se encuentra alguien que entienda el español. Esta práctica lejos de ser la más recomendable puede ser perjudicial, como se ha observado páginas atrás, tratándose de casos de violencia sexual, en ocasiones las propias personas acompañantes buscan obstaculizar las labores de detección y diagnóstico, con lo que dan indicios de tener conocimiento del hecho de violencia sexual que motiva la visita y derivado de la relación con el agresor buscan que éstas no se concreten. De tal modo que lejos de facilitar la traducción de la palabra de la víctima, pueden no sólo entorpecerla sino desvirtuarla. Por ello se considera que cuando se recurre a este tipo de opciones, el personal médico está mostrando falta de capacitación y sensibilidad para abordar el caso de violencia sexual, lo que constituye una práctica revictimizante.

²²² En relación a casos de violación y aborto médico, la situación de los servicios de traducción es diferente porque, como se verá más adelante en el apartado respectivo, por ejemplo, en el caso de violación la atención de este resulta en un proceso de tiempo mayor, en donde incluso resulta de una referencia de autoridades judiciales, lo cual implica, por protocolo de ley, la asignación de alguna persona traductora. O en el caso de aborto médico, se trata de eventos programados en mayor plazo de tiempo y en el que, igualmente, están involucradas autoridades judiciales, entre otras, lo que implica contar con servicios de traducción a lo largo del proceso.

Cada vez son más marginados los grupos étnicos, nos llega uno entre 100 que habla dialecto (sic), sin embargo, siempre traen algún familiar/interlocutor que ayuda a traducir. (Entrevista, hombre, personal de institución de salud de control federal).

En otros casos, se recurre a personal administrativo o de intendencia de las Unidades de Salud, lo cual también representa un problema, pues si bien conocen la lengua indígena en cuestión, por un lado no son personal médico por lo que se puede trastocar el sentido de la palabra de la paciente, y por otro lado, se está involucrando en un caso muy delicado para la paciente, situación que la revictimiza ya que vulnera su intimidad al ser expuesta a personas ajenas a ella, con las que es probable que no se sientan en confianza para transmitir la información necesaria que permita la realización de la detección, conforme a lo que plantea la NOM-046.

Mucha población indígena no habla español. A veces algún familiar traduce, a veces es un personal del Hospital, por la imposibilidad de comunicarse en español o en su lengua, con ellas. (Entrevista, mujer, personal de institución de salud de control federal).

De modo que el criterio de actuación relativo a que se debe contar con servicios de traducción para detectar, atender, orientar y referir violencia sexual, no se cumple. Los esfuerzos del personal médico por habilitar opciones, más allá de la buena voluntad, pudieran estar teniendo mayores perjuicios que beneficios en la atención de un problema como la violencia sexual, que de por sí implica graves trastornos en la vida de la paciente, por lo que debe atenderse en las mejores condiciones posibles. La carencia de estos servicios de traducción tiene un mayor impacto negativo en la atención a la salud de las mujeres en unidades de salud situadas en territorios rurales e indígenas, donde es más solicitado el servicio y dada la insuficiencia de personal que ahí prevalece, es más probable que la traducción no pueda ser tan fácilmente habilitada por otras vías no formales.

Podemos decir que no hay información respecto a los traductores en las instituciones de salud, en nuestra organización se ha recabado información sobre el ofrecimiento de los servicios de salud en lenguas indígenas, y hemos visto que, a nivel federal, ninguna institución de salud reporta contar con personal capacitado para brindar servicios de traducción e intérpretes en este sentido. A nivel local, sólo algunas unidades informan tener personas traductoras o informan que no hay grupos indígenas a pesar de que sí se cuente con esta población e incluso reportan no tener población indígena a pesar de que el INEGI informa sí contar con esas comunidades. (Entrevista, mujer, personal de OSC)

Es importante señalar que más allá de la buena disposición del personal médico, éste no tiene conocimiento de las implicaciones de involucrar a acompañantes o personal no médico en la traducción para detectar la violencia sexual, y del hecho de que, con sus decisiones, está revictimizando a las mujeres víctimas de violencia sexual.

En las comunidades indígenas es mucho más frecuente que las mujeres reciban violencia por el personal de salud que minimiza sus peticiones o las ignoran o actúan ignorando su voluntad, muchas veces amparados en la imposibilidad de contar con intérpretes o traductores, asumen decisiones que deben ser tomadas por las víctimas.
(Entrevista, mujer, personal de OSC)

4.1.1.4 Infraestructura y capacitación del personal de salud

Otro problema importante en la detección de la violencia sexual es la infraestructura, pues de acuerdo con la NOM-046 para impartir servicios médicos adecuados es necesaria la privacidad y confidencialidad. A este respecto, en muchos casos en las Unidades de Salud de Primer Nivel no se tienen las instalaciones adecuadas para ofrecer servicios con esas características. No obstante que hay casos de Unidades de Salud de Segundo Nivel que tienen capacidad y herramientas para detectar, no disponen de espacios privados en los que las usuarias se sientan cómodas y se pueda llevar a cabo el proceso de detección de manera adecuada.

Sí tenemos capacitación, la capacidad para detectar; se nos dificulta la privacidad, en dónde hacemos la consulta es muy público, es difícil la privacidad. Sí contamos con las herramientas para dar una atención completa a las pacientes. (Entrevista, mujer y hombre, personal de institución de salud de control estatal)

No. El Hospital tiene 100 años de antigüedad. Pequeño, 6 camas censales. No se dispone de más espacios. (Entrevista, mujer, personal de institución de salud de control federal).

Tenemos sólo los consultorios, en la sala de espera comienza la entrevista, no se puede expresar mucho la paciente, pero no tenemos un área exclusiva. Psicología sí tiene su área. La unidad no es muy grande, tiene 4 consultorios, no nos damos abasto. La población que atendemos si la enfermera sospecha que hay un indicador de violencia, se le pasa a un consultorio y el personal médico indaga más sobre el tipo de violencia, nos es un poco difícil por el espacio pequeño. (Entrevista, mujer y hombre, personal de institución de salud de control estatal)

Aunque hay casos, incluso en Segundo Nivel, en los que sí se dispone de espacios para realizar la consulta con la privacidad necesaria:

Sí, en medicina preventiva podemos hacer pruebas de distintas ITS relacionadas a la violencia contra las mujeres. Tenemos tres módulos de consulta externa, cada uno con un cubículo; se cuenta con la infraestructura para tener confidencialidad. (Entrevista, hombre, personal de institución de salud de control federal)

A partir del análisis anterior, se puede concluir que en general los criterios para la operación de los servicios de salud establecidos por la NOM 046 para la detección de la violencia sexual no se cumplen.

El sistema de salud público no conoce con certeza las causas ni consecuencias de la violencia sexual contra las mujeres, no valora el grado de riesgo en que vive la víctima, no se realizan estudios especializados para conocer a profundidad las afectaciones en su salud física y mental, más allá de una descripción de lesiones y daños. Cuestiones todas que deberían ser certezas y resultados de la aplicación del procedimiento de detección para derivar en un diagnóstico sobre el estado de salud integral que aqueja a la paciente víctima de violencia sexual.

Aunado a problemas de infraestructura como los señalados, están los prejuicios y estereotipos de género del personal y su falta de capacitación adecuada para encarar los procedimientos para la detección, quienes además no disponen de instrumentos que les orienten en esa tarea. Todo lo cual redundando en el hecho de que, a falta de un diagnóstico completo y certero, es difícil pensar que la atención médica integral que prescribe la NOM-046, se realizará conforme ésta plantea.

Enseguida se analiza esta atención médica integral a mujeres víctimas de violencia sexual, a la cual, como se ha dado cuenta, tiene acceso una pequeña parte del universo de mujeres que vive violencia sexual. Más adelante se verá el caso de las mujeres que reciben orientación y consejería y que son referidas a otras instancias, para dotarlas de herramientas que tienen como fin emprender un proceso que les permita salir del círculo de la violencia.

4.1.2 Atención médica integral

Una vez realizada la detección y diagnóstico, el proceso de atención para víctimas de violencia señalado en la NOM-046 plantea un tratamiento y rehabilitación adecuada, orientados a otorgar servicios de atención médica integral, el cual se define en el apartado 4.3.1.: “Atención integral, al manejo médico y psicológico de las consecuencias para la salud de la violencia familiar o sexual, así como los servicios de consejería y acompañamiento”.

A continuación, se analiza la situación de la aplicación de la NOM-046 para el otorgamiento de los servicios de atención médica integral, a partir de diversos criterios que fueron seleccionados por considerarse

fundamentales. Antes es preciso señalar que para ello es clave ubicar la forma en que las mujeres víctimas de violencia sexual acceden a la recepción de los servicios de atención integral, pues de ello depende el tipo de procedimientos a seguir que prescribe la NOM-046, según sea el caso.

Básicamente son tres las formas en que una mujer víctima de violencia sexual accede a los servicios de atención médica integral señalados por la NOM-046.

El primero es cuando son referidas por la Fiscalía, instancia a la que acudieron en primer término para denunciar legalmente los hechos esperando recibir servicios médicos después. En este caso, al tener conocimiento de los hechos, la autoridad de procuración de justicia inicia una investigación, solicita vía oficial la atención de las lesiones que presente la víctima de violencia sexual, para lo cual es referida de manera institucional a unidades médicas que puedan atender las afectaciones a la salud.

Dada esa intervención judicial es que el común de casos de violencia sexual que se remiten por oficio por parte de la Fiscalía, es atendido en Unidades de Salud de Segundo y Tercer Nivel, pues cuentan con personal e infraestructura especializada para el diagnóstico y la atención médica integral.

De este modo, las mujeres víctimas de violencia sexual que ingresan a Unidades de Salud por referencia de autoridades judiciales pueden esperar contar con mejores condiciones de atención. Cabría suponer que son remitidas a mejores Unidades de Salud, con servicios de traducción asignados, con la seguridad de que el resultado de su atención será del conocimiento de la autoridad judicial que la remitió y cuente con mayores elementos para exigir la calidad esperada. Así como también hay mayores elementos para esperar que se imparta justicia, en términos de lo que dispone el derecho penal aplicable.

Es importante señalar que, en términos de proporción de casos, la vía de acceso a servicios médicos vía mandato judicial en casos de violencia sexual, representó en el marco de las entrevistas una pequeña parte, a diferencia de cuando se trata de violación sexual, como se verá más adelante.

El segundo caso es el de las mujeres víctimas que ingresan vía urgencias médicas, en donde reciben atención especializada para estabilizarlas y poner su vida fuera de peligro, cuando presenta ese nivel de gravedad. Una vez que estas mujeres son dadas de alta, se les programa Consulta para dar paso a la atención integral.

Estos casos fueron también poco referidos por las personas entrevistadas y de hecho se vinculan a manifestaciones de violencia sexual grave, aunque cuando se trata de casos de violación sexual requieren una atención diferente, como lo establece la NOM-046, cuestión que se analiza en el apartado respectivo.

El tercer caso de ingreso a servicios de atención médica por violencia sexual es el que se deriva de la consulta externa, es el caso más común, en dicho servicio la violencia es detectada, aunque no del todo diagnosticada, como se dio cuenta en el apartado anterior.

Independientemente de la forma en que una Unidad de Salud conoce del caso de una mujer paciente víctima de violencia sexual, es la consulta externa a la que derivan este tipo de pacientes. En este momento la atención médica empieza a diagnosticar a la paciente y con ello inicia el otorgamiento de los servicios para la atención médica integral de la violencia sexual mandatados por la NOM-046.

4.1.2.1 Recursos para brindar una atención integral

Al respecto la NOM-046 plantea que se debe brindar atención integral a las usuarias víctimas de violencia sexual, la cual implica atender los daños y secuelas tanto físicas como psicológicas, estableciendo para ello procedimientos específicos para la atención médica y un plan terapéutico que debe tener seguimiento periódico:

6.3.1. Brindar a las y los usuarios involucrados en situación de violencia familiar o sexual una atención integral a los daños tanto psicológicos como físicos así como a las secuelas específicas, refiriéndolos, en caso de ser necesario, a otros servicios, unidades médicas, instituciones y organismos con mayor capacidad resolutive, para proporcionar los servicios necesarios para los cuales estén facultados, conforme lo establezcan las disposiciones aplicables y los lineamientos técnicos que al efecto emita la Secretaría de Salud, de conformidad con la plantea la NOM-046.

6.3.5. Establecer procedimientos específicos para la atención médica de las o los usuarios involucrados en violencia familiar o sexual en los servicios de salud mental o de otras especialidades de acuerdo con los lineamientos de cada institución, apegados a la normatividad vigente.

6.3.8. Considerar en el plan terapéutico de las o los usuarios involucrados en situación de violencia familiar o sexual, el seguimiento periódico.

La forma de indagar estos aspectos en el marco de la entrevista con personal de salud fue mediante pregunta abierta, solicitando a la persona entrevistada que explicara cómo se realizaba el proceso de atención de una mujer víctima de violencia sexual, una vez que su caso era detectado.

Al respecto, en todos los casos se dio cuenta de que la atención médica se dirigía a atender daños y secuelas tanto físicas como psicológicas. Esto muestra que en el proceso de atención médica es un entendido

perfectamente aceptado que en todos los casos a las mujeres víctimas de violencia sexual se les deben otorgar servicios en estos aspectos de su salud.

El problema empieza a partir de que se prescriben procedimientos para ello, pues la mayoría de las Unidades de Salud no está preparada para brindar servicios de salud emocional ni física, más allá de intervenciones de corte curativo.

Tratándose de Unidades de Salud de Primer Nivel, estas no están en condiciones de otorgar servicios médicos para la atención integral de la salud de las mujeres víctimas de violencia sexual. Ello porque sólo cuentan, en algunos casos, con la capacidad para atender los daños a la salud física de la paciente, particularmente de carácter curativo, pero cuando se requieren tratamientos especializados o servicios de rehabilitación, o bien procesos terapéuticos para atender los daños a la salud emocional con el fin de restaurar esta, no se cuenta en este nivel de atención institucional ni con el personal médico especializado, ni con la infraestructura adecuada.

Se hace referencia al Hospital General para poder dar tratamiento integral de este tipo de daños ya que la Unidad no cuenta con las áreas para atender nada que no sea la parte física de la paciente. (Entrevista, hombre, personal de institución de salud de control estatal)

La Unidad sólo está hecha para atender necesidades médicas inmediatas, ya para la cuestión psicología se tiene que hacer la referencia con alguien más preparado para dar resolución. (Entrevista, hombre, personal de institución de salud de control estatal)

Sólo se cuenta con una trabajadora social en turno matutino. No hay psicología en ningún turno, no hay nada que nos apoye en esta área para la paciente en el momento agudo, para la rehabilitación se turna a la ciudad de XX al servicio de psicología. (Entrevista, mujer, personal de institución de salud de control federal)

La percepción de las personas que forman parte de organizaciones de la sociedad civil coincide en ello:

La atención médica se orienta más a los daños físicos, [sería bueno] que pueda ver más que las heridas físicas, que pueda ver más desde lo comunitario; no puedan ver que está en peligro su vida, si tiene una hemorragia interna, solo pueden ver desde lo palpable; no que se haga un estudio, una tomografía [...] No se observan los daños psicológicos. (Entrevista, mujer, personal de OSC)

En la narrativa del personal médico sobre cómo abordan los casos de violencia sexual en el momento de la atención médica, tampoco se encontró mención alguna al plan terapéutico prescrito por la NOM-046. Se habla sólo de la necesidad de que la paciente reciba “atención” o “terapia” psicológica, pero al momento de

prescribirla no se tiene idea de cuál es el daño y sus implicaciones. Por lo que la referencia al siguiente nivel de atención institucional, al igual que cuando se requiere un tratamiento especializado o bien rehabilitación, es realmente para contar con un diagnóstico certero del problema y para que ahí se decida y proporcione la atención médica pertinente. Esta cuestión es adecuada para determinar los efectos negativos que tuvo la violencia sexual en la mujer en cuestión y con ello se prescriba un abordaje integral. Esta situación revela la imposibilidad para que en la gran mayoría de las Unidades de Salud del país se cuente con un diagnóstico pertinente de los problemas de salud que aquejan a cada mujer víctima de violencia sexual, y se intervenga directa y adecuadamente sobre ellos.

La NOM-046 dispone la posibilidad de referir a las víctimas de violencia sexual a otro nivel de atención institucional cuando la Unidad de Salud detecta el caso y no cuenta con los servicios especializados para atender integralmente la salud de las mujeres. La propia Norma considera que esta referencia debe realizarse con un diagnóstico sobre qué problemas de salud de la víctima deben ser atendidos y para que las unidades a las que son referidas les otorguen los servicios de salud prescritos. Sin embargo, en la realidad esto no sucede así. Las mujeres son referidas a otro nivel de atención para que se les diagnostique sobre el deterioro en salud física y mental y se les otorguen servicios para restaurarla.

Situación que no sería de gran importancia si no fuera por el hecho de que, por un lado, muchas mujeres no son referidas, pues no se valoró adecuadamente la profundidad de los daños sufridos y con ello el servicio médico decide dar por terminada la atención. O, por otro lado, habiendo sido referidas, no se sabe sobre los resultados de esa referencia para recibir atención médica integral pues, como se verá más adelante, las Unidades de Salud que refieren un caso difícilmente vuelven a tener contacto con la paciente y/o conocimiento de los resultados de la atención médica.

4.1.2.2 Suficiencia de personal capacitado

El problema de la insuficiencia de personal en Unidades de Salud de Primer Nivel se agrava por la forma en que este es contratado:

También en algunos lugares se maneja la “Jornada acumulada”, los médicos en lugar de contratarse para ir lunes, miércoles y viernes; juntan las horas y van de lunes a miércoles y ya no se presentan el resto de la semana, entonces en los días en los que los médicos no van, no se puede acceder al servicio. Sucede mucho en hospitales muy alejados

de las zonas urbanas, donde viajas en carretera por seis horas, llegas a un poblado con precariedad en servicios, y es probable que el hospital tenga lo necesario, pero carece de personal (Entrevista, mujer, personal de OSC).

En el caso de las Unidades de Salud de Tercer Nivel y aquellas de Segundo Nivel que sí cuentan con instalaciones y personal especializado para ofrecer servicios de salud física y psicológica, así como servicios de rehabilitación, no siempre los imparten con la pertinencia necesaria. Esto debido a que el personal no tiene el perfil especializado para abordar el problema de la violencia sexual.

El personal de psicología y el de trabajo social (que está en la Unidades de Salud) hacen un trabajo fundamental, están capacitadas algunas, pero no sensibilizadas. (Entrevista, mujer, personal de OSC)

En ocasiones el personal está capacitado, pero no es suficiente o no cuentan con Protocolos de actuación y no le es posible atender a las mujeres víctimas con la especificidad requerida:

Se les da terapia, se ve que es lo que está sucediendo. No hay protocolos de actuación al respecto. [...] (Entrevista, hombre, personal de institución de salud de control estatal).

Las psicólogas hacen sus planes de intervención, sin embargo, no son planes focalizados, porque atienden a muchas personas que solicitan el servicio como víctimas de violencia sexual, pero también de otras formas de violencia, donde también hay niños y niñas. (Entrevista, mujer, personal de OSC)

Una de las personas de las OSC entrevistadas señaló que se realizan pocas contrataciones en el área psicológica, toda vez que no se percibe como un servicio prioritario, aun cuando es necesario para brindar atención integral a la VCMN.

Las contrataciones no son permanentes, sino temporales, por lo tanto, no se cubre de forma permanente, otro obstáculo es la poca contratación de personal en psicología, porque no se prioriza, no se le mira como algo importante igual que a los médicos. (Entrevista, mujer, personal de OSC)

En este marco, se identificó una buena práctica por parte del gobierno del estado de Veracruz, en donde se han procurado apoyos de otras instituciones para subsanar las insuficiencias de personal de psicología en el sector salud, y con ello garantizar los procesos terapéuticos de las víctimas:

Sí ofrece atención psicológica. Sesiones cada 15 o 20 días. La CEEAV local [Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas], ofrece asesoría psicológica y legal. (Entrevista, mujer, personal de OSC)

De algunos años a la fecha, en el marco de acciones programáticas implementadas por la Secretaría de Salud Federal, se ha impulsado el fortalecimiento de los servicios especializados para la atención de la violencia sexual. Con ese propósito se han instalado módulos o áreas especializadas en prevención y atención, y junto con éstas se ha contratado a personal especializado. Por ejemplo, en psicología, para atender violencia de género contra las mujeres. Como resultado de la información obtenida de las entrevistas aplicadas, se desprende que existe una valoración positiva del accionar de esas áreas y de las personas especialistas que las operan:

En los Módulos de Atención a la Violencia, sí hay una diferencia, (las psicólogas) tienen más información, más sensibilidad. (Entrevista, mujer, personal de OSC)

Según referencias de organizaciones de la sociedad civil, en donde existe personal en psicología adscrito a módulos de violencia, se realizan sesiones psicológicas con base en planes terapéuticos:

Quienes tienen acceso a módulos, si se hace. Tienen sesiones de terapia psicológica. Con personal suficiente y especializado. (Entrevista, mujer, personal de OSC)

El personal en psicología es poco y está contratado temporalmente, por lo que sus servicios no tienen la continuidad deseable:

Otro problema que se enfrenta en los servicios de atención a víctimas de violencia sexual, es lo relativo a las contrataciones, que, para este tipo de personal, es contrato por determinado tiempo. Es decir, mucho del personal que cruza por el programa de violencia, trabajan por contratos temporales, entonces al iniciar el año, el personal de salud no es contratado sino hasta el tercer o cuarto mes, desde enero no hay personal de salud dentro de los módulos, por lo tanto, no hay quien reciba a las víctimas que estén capacitados. (Entrevista, mujer, personal de OSC)

Este tipo de programas a nivel federal están siendo reducidos en materia presupuestal, lo cual ha afectado la operación estatal. Te pongo un ejemplo, este año, parte del personal que los opera, son contratados de manera temporal, en años anteriores, cuando se renovaba el contrato, se le informaba al personal que siguiera trabajando normalmente, mientras se renovaban las firmas, pero este año fue diferente. Se les solicitó que no fueran a trabajar, porque no se tenía la certeza que les fueran a renovar su contrato. Preguntando a la coordinadora del programa sobre esta situación y su respuesta fue que efectivamente, se deja en inseguridad laboral al personal. (Entrevista, mujer, personal de OSC)

Problemas como los descritos, han sido detectados de una manera más general en reportes o informes que elaboran los grupos de trabajo en el marco de las solicitudes o el seguimiento a las declaratorias de AVGM en varias entidades del país.

En el Estado de México “el grupo [de trabajo] nota con preocupación que algunos hospitales brindan una atención psicológica y de trabajo social limitada y los especialistas en ginecología, si están disponibles, no están capacitados en la atención a la violencia”²²³.

En el caso del Grupo de Trabajo del estado de Nayarit, se observó que “la mayoría del personal de salud entrevistado no conoce los protocolos de atención establecidos en la NOM-046, ni han sido capacitados en la materia. En este sentido, el grupo considera necesario reforzar la capacitación y los protocolos de atención, así como de los instrumentos de referencia y contra referencia, ya que la detección y atención oportuna de la violencia contra las mujeres a través de los servicios de salud es una forma de prevenir que la misma escale y tenga consecuencias irreparables”²²⁴.

En el caso de los estados muestra de Guerrero se identificó lo siguiente:

Las y los prestadores de servicios de salud pueden ser el primer contacto de mujeres que viven violencia aguda o crónica, ya sea en los servicios de urgencias, consulta general y especializada, en la modalidad de lesiones o enfermedades crónicas. Por ello, los servicios de salud son idóneos para la detección y tratamiento oportuno de la violencia contra las mujeres. México cuenta para ello con la NOM-046 de observancia obligatoria.

Durante las visitas *in situ* se documentó que el personal que atiende el servicio de gineco-obstetricia y de urgencias no se encuentra adecuadamente capacitado para el cumplimiento de la NOM referida, ya que no realiza detecciones ni referencias oportunas a los servicios especializados para este fin.

Asimismo, el grupo detectó escasez en los recursos materiales y humanos para la atención digna de las mujeres que acuden a las instancias de salud; particularmente, aquéllas que sufren violencia, así como las que acuden por servicios de emergencia obstétrica²²⁵.

²²³ Informe del grupo interinstitucional y multidisciplinario conformado para atender la solicitud de Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres en el Estado de México. 8 de diciembre de 2010. P. 65. Documento disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/210866/Informe_AVG_EdoMex.pdf

²²⁴ Informe del grupo de trabajo para atender la solicitud de Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres del Estado de Nayarit. 2016. P. 59. Informe disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/133816/Informe_del_Grupo_de_Trabajo_conformado_para_atender_la_Solicitud_de_AVG_en_el_estado_de_Nayarit.pdf

²²⁵ Informe del grupo de trabajo para atender la solicitud de Declaratoria de Violencia de Género contra las Mujeres en ocho municipios del Estado de Guerrero. P. 92. Informe disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/127431/Informe_AVG_Guerrero.pdf

Situación semejante se encontró en Puebla:

[...] Durante las visitas in situ se documentó que el personal de algunas instituciones de salud no se encuentra adecuadamente capacitado para el cumplimiento de la NOM 046. Se observó también que ha disminuido de manera considerable el personal en el sistema de salud estatal, especialistas en psicología y trabajo social²²⁶.

La ausencia de conocimientos, manejo de la NOM-046, carencia de protocolos, guías, manuales u otros instrumentos que guíen al personal médico y de psicología en la atención médica integral, ha generado que en el marco de este procedimiento se recomienden procesos de capacitación sobre diversos temas, con el fin de mejorar esta etapa tan importante en la aplicación de la NOM-046. Se ha planteado la necesidad de realizar amplios y profundos procesos de capacitación, contemplándose la estructuración de varios programas de formación, profesionalización o capacitación (mediante diplomados, cursos y talleres) para orientar y fortalecer año tras año capacidades de personal médico (con especialidades concretas como gineco-obstetricia, medicina familiar), psicológico o trabajo social.²²⁷ Lo mismo ha sucedido en los Estados muestra²²⁸.

Cabe señalar que estas acciones contemplan la sensibilización y la capacitación del personal para atender el problema de la violencia sexual desde la perspectiva de género. Existen muchos estados que promueven la implementación de programas de trabajo para transversalizar la perspectiva de género en la salud, y el impulso de acciones de capacitación como las referidas en el párrafo anterior, específicamente para transversalizar la perspectiva de género y derechos humanos²²⁹. Esta situación se ubica de igual forma en los estados muestra²³⁰.

²²⁶ Informe del Grupo de Trabajo conformado para atender la Solicitud de Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres en el estado de Puebla. P. 64. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/452374/9_Informe_GT_Solicitud_AVG_2016_18-05-16.pdf

²²⁷ Dando seguimiento a los indicadores de cumplimiento de las acciones comprometidas en el marco de las Declaratorias de Alerta, por ejemplo Quintana Roo reportó para 2016 “la capacitación sobre la NOM-046 del programa *Capacitación 1 a 1* que la Secretaría de Salud desarrolló en el período de marzo a julio de 2016, dirigido al personal médico, de enfermería, trabajo social y administrativo de la zona norte del estado (Cancún, municipio de Benito Juárez y Playa del Carmen, municipio de Solidaridad) en el que se capacitaron 1,437 servidores del sector salud.” Ver Dictamen sobre la implementación de las propuestas contenidas en las conclusiones del informe emitido por el grupo de trabajo conformado para atender la solicitud de Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres en los municipios de Benito Juárez, Cozumel, Isla Mujeres, Lázaro Cárdenas y Solidaridad, para el estado de Quintana Roo. 24 de abril de 2017. Pp. 19. Dictamen disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/238247/Dictamen_GT_notificaci_n_.pdf

²²⁸ Por ejemplo, en 2015 se llevó a cabo el Taller “Técnicas Cognitivo Conductuales para la Aplicación de los Protocolos de Atención Psicológica a Mujeres en Situación de Violencia”. Ver Gobierno del Estado de Guerrero 2015-2021. Solicitud de Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres. Informe Final. 12 de marzo de 2017. P. 41. Informe disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/323108/Informe_FINAL.pdf

²²⁹ Por ejemplo, en el caso del estado de Morelos, “el grupo de trabajo toma nota de que el gobierno del estado de Morelos ha elaborado el Programa de Prevención y Atención de Violencia Familiar y de Género, el cual tiene como objetivo sensibilizar, capacitar y dotar de herramientas al personal de salud para la detección y atención de la violencia familiar y de género, con énfasis en aquellas que viven violencia sexual, de acuerdo con los criterios de la NOM-046; así como el Programa de Igualdad en Salud, el cual está enfocado a transversalizar la perspectiva de género en el sector salud”. Ver *Informe del grupo de trabajo conformado para atender la solicitud de Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres en el estado de Morelos*. 28 de agosto de 2014, p. 48. Documento disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/63044/INFORME_GRUPO_TRABAJO_MORELOS.pdf

²³⁰ Por ejemplo, en Chiapas se impartió en 2017 “un diplomado Formación de facilitadores/as para la implementación de la capacitación en la aplicación de la NOM-046. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para su prevención y atención con perspectiva de género (con un total de 50 participantes)”. Ver *Basta de violencia contra las mujeres. Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres para el Estado de Chiapas*. Resumen ejecutivo de la AVG. 2017, pp. 15-16.

Aunque hay pocos estados con acciones de capacitación orientadas a incorporar el enfoque de interculturalidad en la atención de la violencia sexual, estas se han incrementado en los últimos años²³¹.

A pesar de lo profuso de esa capacitación que se lleva a cabo en muchas entidades del país, el hecho es que sus resultados en el proceso directo de atención no son sustantivos, pues existe gran desconocimiento sobre qué es la NOM-046, qué obligaciones plantea para la atención médica integral, cómo realizar esta con enfoque de género e intercultural. En ese sentido, las necesidades de capacitación deben ser extendidas a diverso tipo de personal vinculado a la atención de este tipo de violencia, como también deben ser especializadas al tipo de intervención que cada uno de ese personal tipo desarrolla.

De la información analizada se observa que no es común que se otorgue atención médica integral en los términos planteados de la NOM-046, para restaurar la salud física y emocional de las mujeres víctimas de violencia sexual. Los principales factores que la condicionan son los siguientes: la disponibilidad de servicios médicos especializados en unidades de salud del Segundo Nivel y las de Tercer Nivel. La falta de infraestructura pertinente para otorgar estos servicios, ya sea para realizar estudios especializados, o bien para disponer de espacios adecuados para impartir terapia psicológica; la insuficiencia de personal especializado y capacitado para ello (incluso por cuestiones presupuestales), y la falta de protocolos que orienten al personal en el proceso

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/325701/INFORME_EJECUTIVO_AVG_CHIAPAS_2017_002.pdf Otro caso es San Luis Potosí, donde en 2016 “se impartió el curso-taller Capacitación y sensibilización para la atención de la violación sexual, de acuerdo a la NOM-046, dirigido al personal de enfermería, médicas y médicos ginecólogos, psicólogas y policías. En este curso-taller acudieron 42 personas en el municipio de San Luis Potosí y su objetivo general fue brindar herramientas al personal de los Servicios de Salud de San Luis Potosí que le permitan aplicar la NOM-046 de manera correcta y oportuna, particularmente su apartado 6.4 para el tratamiento específico de violación sexual, en un marco de equidad de género y de derechos sexuales y reproductivos”. Ver *Dictamen sobre la implementación de las propuestas contenidas en las conclusiones del informe elaborado por el grupo de trabajo conformado para atender la solicitud de Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres en el Estado de San Luis Potosí*. P. 38. Dictamen disponible en:

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/233312/Dictamen_AVG_San_Luis_Potosi_grupo_trabajo.pdf

²³¹ Por ejemplo, en el caso de los estados muestra, Puebla impulsó en 2016 algunas como las siguientes: “Talleres de Sensibilización de Derechos Humanos con Enfoque de Género e Interculturalidad en el Marco de la NOM-046-SSA2-2005, dirigidos a 257 personas (150 mujeres y 107 hombres). 17.5% mandos superiores, 48.6% mandos medios y 33.9% nivel técnico operativo. La moda del rango de edad de las y los participantes que prevaleció es de 30 a 44 años, que representa 43.96% del total. Tuvieron lugar los días 14, 24 y 28 de octubre; 4 y 11 de noviembre”. Ver *Gobierno del estado de Puebla. Cumplimiento de las Conclusiones contenidas en el Informe del Grupo de Trabajo conformado para atender la Solicitud de Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres en el Estado de Puebla. Informe Final*. P. 72. Disponible en:

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/452505/11_Informe_estatal_a_6_meses_de_Conclusiones_GT_17-01-17-comprimido.pdf

Lo mismo en Veracruz, *Informe del grupo trabajo conformado para estudiar la Solicitud de Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres en el estado de Veracruz*, pp. 93-94. Documento disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/81657/Informe-Veracruz_reducido.pdf

También en estados que no fueron muestra, como Colima. Ver *Gobierno del Estado, Instituto Colimense de las Mujeres. Informe Anual de Cumplimiento de la Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres para el estado de Colima*. P. 41. Informe disponible en:

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/596351/INFORME-ANUAL-AVG-2018_colima.pdf

San Luis Potosí. Ver *Dictamen sobre la implementación de las propuestas contenidas en las conclusiones del informe elaborado por el grupo de trabajo conformado para atender la solicitud de Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres en el Estado de San Luis Potosí*, pp. 7-10. Dictamen disponible en:

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/233312/Dictamen_AVG_San_Luis_Potosi_grupo_trabajo.pdf

de atención a mujeres víctimas de violencia sexual con perspectiva de género, enfoque intercultural y de derechos humanos.

4.1.3 Orientación y referencia

La Norma contempla procedimientos para orientar y aconsejar a las pacientes respecto de qué hacer para enfrentar la situación de violencia que vive. Para ello, se le debe proporcionar información sobre sus derechos, así como las instancias públicas, sociales y privadas a las cuales puede acudir o ser referida para recibir servicios especializados. Por otro lado, también contempla que el personal de salud otorgue servicios de referencia a las pacientes para recibir servicios especializados de atención a su salud. Enseguida se analiza el cumplimiento de ambos tipos de procedimientos.

4.1.3.1 Orientación

La NOM-046 prescribe varios lineamientos para el personal de salud que atiende a las mujeres víctimas de violencia sexual a fin de que dote de información a las mujeres que les permita acceder a diversos recursos institucionales o sociales para la restauración de su salud. Para apoyar su toma de decisiones, la NOM-046 plantea dos tipos de recursos de información como parte de labores de orientación y consejería²³² (la referencia se analiza en el siguiente apartado²³³):

a) Orientación para que pueda decidir informadamente sobre alternativas de prevención y atención de violencia sexual.

6.4.2.6. Proporcionar consejería, seguimiento y orientación a la persona afectada sobre las instituciones públicas, sociales o privadas a las que puede acudir para recibir otros servicios.

6.3.7. Impartir consejería en los servicios médicos, con personal capacitado, que facilite un proceso de comunicación y análisis y brinde elementos para que la o el usuario tome decisiones voluntarias, conscientes e informadas sobre las alternativas para la prevención y atención de la violencia familiar o sexual.

²³² Este tipo de servicios que aquí se catalogan bajo el concepto de "Orientación", se supone que deben ser planteados a la víctima antes del proceso de referencia por parte del personal que tiene contacto con ella para fines de atención. Ciertamente, el hecho de que una mujer víctima sea referida a otro nivel de atención especializada no elimina la posibilidad, ni la obligación de las y los prestadores de servicios, de que la orientación siga siendo otorgada por otro personal de salud. Lo importante es reconocer que esos servicios deben ser otorgados desde el inicio de la atención y permanentemente a lo largo del proceso de la misma.

²³³ En referencia se contempla tanto la que se hace de la paciente a servicios especializados, como la canalización que se realiza hacia instancias judiciales, para el acceso a la justicia.

En este marco se incluye la opción de ser ingresada a un refugio,²³⁴ la cual si bien en la NOM-046 se plantea como una alternativa de referencia para la atención médica integral, también es un recurso opcional que mediante la orientación se pone al servicio de la mujer víctima para que valore su ingreso. El recurso de ingresar a un refugio²³⁵ constituye una alternativa para romper el círculo de la violencia que vive la mujer víctima y lograr la construcción de un proyecto de vida autónomo libre de violencia.

b) Otorgar información a la mujer víctima respecto su derecho a denunciar y los servicios de apoyo para atender la situación de violencia que vive, como también para que continúe con su proceso de atención médica:

6.6.1. Corresponde a las y los prestadores de servicios de salud informar a la persona afectada sobre su derecho a denunciar los hechos de violencia que se presenten, así como de la existencia de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas y de las Comisiones Ejecutivas de las entidades federativas o sus equivalentes y de los centros de apoyo disponibles, responsables de orientar a las víctimas sobre los pasos a seguir para acceder a los servicios de atención, protección y defensa para quienes viven de violencia familiar o sexual, facilitando y respetando la autonomía en sus decisiones e invitando a continuar el seguimiento médico, psicológico y de trabajo social.

Para indagar en torno a la aplicación de la NOM-046 en cuanto a los servicios de Orientación, se formularon preguntas abiertas sobre qué tipo de información proporcionaban a las mujeres víctimas de violencia sexual, relativa al proceso que estaban enfrentando.

De los resultados del trabajo en campo se desprende con claridad que el personal médico entrevistado proporcionaba información, aunque restringida a la esfera específica del tratamiento estrictamente médico de la paciente.

Lo que hacen es, una vez revisada, a veces les dan información, como si quieren un método anticonceptivo. O se les habla sobre poder ir a una atención médica con un ginecólogo. (Entrevista, mujer, personal de institución de salud de control federal)

²³⁴ Ver apartado de Glosario de Términos.

²³⁵ Al respecto la Norma plantea estas otras dos prescripciones: "6.3.2. Referir a las y los usuarios involucrados en situación de violencia familiar o sexual a servicios de atención especializada en atención a la misma de las instituciones de salud, a los servicios de salud mental o a otros servicios de especialidades incluidos los refugios, de acuerdo al tipo de daños a la salud física y mental o emocional presentes, el nivel de riesgo estimado, así como la capacidad resolutoria"; "4.21. Referencia-contrarreferencia, al procedimiento médico-administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención y otros espacios tales como refugios o albergues para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad, así como otros servicios que pudieran requerir las personas afectadas".

El personal médico entrevistado no le plantea a la paciente información clave sobre la situación de violencia que vive ni la ruta crítica a seguir para dar continuidad a su caso para que reciban rehabilitación, seguridad, protección y apoyo psicológico.

Insisten en que denuncien. No hay orientación de ningún otro tipo. (Entrevista, hombre, personal de institución de salud de control federal)

Hubo el caso de una maestra que violentaron sexualmente en su comunidad. Triage, médico general, ginecología optó por hablar con ella. Psicología calmó la ansiedad de la maestra. No le dieron consejería ni orientación como víctima. (Entrevista, hombre, personal de institución de salud de control estatal)

Esa ausencia de claridad respecto de las obligaciones de orientación que mandata la NOM-046, es validada por las organizaciones de la sociedad civil:

Sigue siendo una deuda por parte del Estado que el personal de salud esté debidamente capacitado para brindar este tipo de consejerías, especialmente en grupos mayormente en desventaja, como lo son las personas indígenas o mujeres con discapacidad. La falta de personal capacitado es una situación violatoria de los derechos humanos. (Entrevista, mujer, personal de OSC).

De hecho, generalmente esa información no es proporcionada por la o el médico al frente de la atención, sino por parte de personal de enfermería, trabajo social o psicología, en las Unidades en las que se cuenta con estos servicios (Tercer Nivel y una proporción importante de Segundo Nivel):

No, nos apoyamos de las personas de trabajo social, con las enfermeras. Ellos tienen más experiencia de cómo canalizar; sí tenemos personal capacitado para llevar a cabo en estos casos la mejor atención. (Entrevista, hombre, personal de institución de salud de control federal)

Cuando hemos acompañado casos el personal médico desconoce a dónde va a ser canalizado, a dónde va a ser referida, quién puede dar esa atención integral [...]. Las dificultades de recursos, infraestructura, de capacitación hace que la atención no sea ágil, integral, no hay un accionar puntual, [...] dejando a la víctima desprotegida. Hay rutas y protocolos, pero no se aplican [...]. Hay lesiones que ponen en peligro la vida de la mujer, y los servidores de salud la justifican: "tu marido te golpeó porque no le hiciste la comida" y "por cómo ibas vestida y era tarde". Entra el criterio personal, se da el derecho a juzgar a la mujer. (Entrevista, mujer, personal de OSC)

Fue en los niveles de atención especializada donde se presentaron algunos casos de mayor claridad respecto al qué hacer en cuanto a la orientación a la víctima:

Se hablaría con ella para que analice si su vida está en peligro o no, ya que ella es la que debe entender su situación, intentamos no nada más referir a servicios médicos mayores en el Hospital General si no también que tenga una ayuda integral que el Hospital puede brindar. (Entrevista, hombre, personal de institución de salud de control estatal)

Aunque en ocasiones la buena voluntad no está acompañada de un abordaje adecuado de la situación, en particular por la ausencia de un enfoque de derechos, pues como se observa en el siguiente caso, el informar a la víctima de sus derechos debe hacerse desde que se tiene contacto con ella y a lo largo de las diversas etapas del proceso de atención:

En el área de urgencia le practicamos sus estudios y sí se le platican sus derechos. En ese caso lo hago hasta el final del diagnóstico, incluso hasta después de que acude la Fiscalía. Porque llega con los familiares, y muchas veces los agresores son un familiar. Y hasta después de ver lo que les dice Fiscalía es que le platicamos sobre sus derechos. (Entrevista, mujer y hombre, personal de institución de salud de control estatal)

Pero sí es prácticamente atípico que se dé la información referida a la orientación en Segundo y Tercer Nivel, y en el caso de las instituciones de Primer nivel es nula. No cuentan con áreas de trabajo social o psicología que hagan esa labor. Y el personal médico adscrito a esas unidades comúnmente es el que cuenta con menor especialidad médica y menor capacitación respecto de la NOM 046 en general, y del proceso de atención médica integral y de orientación en particular.

La orientación es una labor importante que debe realizar el personal de salud encargado, sin embargo, no ha sido objeto de atención por parte de los grupos de trabajo que, actuando en el marco de los procesos de AVGM en las entidades federativas, se han enfocado en valorar los factores que inciden en la prevalencia de la violencia contra las mujeres, entre ellas la de carácter sexual, y el cumplimiento de las obligaciones que ante ella tienen los gobiernos estatales. En el marco de las labores desarrolladas a partir de los acuerdos tomados por las alertas, sólo se detectaron acciones de capacitación sobre estos temas en San Luis Potosí.²³⁶

4.1.3.2 Referencia a instancias de salud especializadas para la atención de casos

En el caso de servicios de referencia de víctimas de violencia sexual, para fines de este estudio se contemplan aquellos que señalan a la canalización de la paciente a otras instancias de salud o bien a instancias privadas o

²³⁶ Dictamen sobre la implementación de las propuestas contenidas en las conclusiones del informe elaborado por el grupo de trabajo conformado para atender la solicitud de Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres en el Estado de San Luis Potosí. P. 10. Dictamen disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/233312/Dictamen_AVG_San_Luis_Potos_grupo_trabajo.pdf

sociales, para que continúe su proceso de atención a su salud física y mental, como también a aquellos que implican su remisión a instancias de procuración de justicia, cuando se trata de hechos constitutivos de delito, o que presuntamente lo son.

En el caso de la referencia a instancias de salud de mayor nivel para la atención especializada de la paciente, interesa analizar si esta referencia se hace dando seguimiento al caso como dispone la NOM-046. Esto con el objetivo de verificar si aquellos casos de mujeres violentadas sexualmente al ingresar a alguna Unidad de Salud para su atención siguen el flujo de atención en los términos que plantea la dicha Norma y se garantiza que exista atención y seguimiento.

En ese sentido, en apartados anteriores se ha observado que no todos los casos de violencia sexual son detectados en el sistema de salud al momento en que se hace una primera revisión. Muchos indicios no son corroborados y no derivan en la catalogación de un caso detectado.

En los casos detectados, una menor proporción es diagnosticada conforme a la NOM-046 en la propia Unidad de Salud que tuvo conocimiento. Ello por los problemas señalados y que refieren a falta de personal especializado y capacitado, de infraestructura adecuada y de protocolos de actuación disponibles. Situación problemática que es más común en Unidades de Salud de Primer Nivel, y en una parte significativa del Segundo Nivel.

Pero una vez que las víctimas están en instancias de Primero o Segundo Nivel con esas características, ante el reconocimiento del personal médico de que no cuenta con las capacidades para diagnosticar y atender integralmente su salud, es decir en sus dimensiones física y emocional, es que se procede a referirlas a otro nivel de atención. Así lo establece dicha Norma:

6.3.1. Brindar a las y los usuarios involucrados en situación de violencia familiar o sexual una atención integral a los daños tanto psicológicos como físicos así como a las secuelas específicas, refiriéndolos, en caso de ser necesario, a otros servicios, unidades médicas, instituciones y organismos con mayor capacidad resolutive, para proporcionar los servicios necesarios para los cuales estén facultados, conforme lo establezcan las disposiciones aplicables y los lineamientos técnicos que al efecto emita la Secretaría de Salud, de conformidad con la presente Norma.

6.3.2. Referir a las y los usuarios involucrados en situación de violencia familiar o sexual a servicios de atención especializada en atención a la misma de las instituciones de salud, a los servicios de salud mental o a otros servicios

de especialidades incluidos los refugios, de acuerdo al tipo de daños a la salud física y mental o emocional presentes, el nivel de riesgo estimado, así como la capacidad resolutive.

Para indagar en torno a lo que sucede respecto de la referencia a otras instancias de salud para que las mujeres víctimas reciban servicios de atención médica especializada, se formuló una pregunta abierta al personal médico entrevistado sobre cómo realizaban esa referencia y qué resultados obtenían.

Al respecto, prácticamente todo el personal entrevistado aseguró haber referido casos a otras instancias de atención con estos objetivos. Lo que da cuenta de una práctica bien institucionalizada en el conjunto de instancias estudiadas, que favorece el que las mujeres referidas continúen con su proceso de atención y con ello que las afectaciones a su salud sean tratadas y conduzcan a restablecer la situación previa a las agresiones sexuales vividas. Fue común el hecho de que al preguntarles qué tipo de resultado se obtuvo en la salud de la paciente con la referencia, el personal médico entrevistado no supiera.

Resultado de lo anterior, es que no se cumple la función de seguimiento que marca la NOM-046, ni se hace la Referencia – Contrarreferencia²³⁷ como es debido, pues es un hecho que no se tiene conocimiento de qué tipo de tratamiento especializado recibió la paciente referida, qué resultados se obtuvieron, qué cuestiones quedan pendientes de atender y qué debe hacer la Unidad de Salud para continuar con el tratamiento, sobre todo en instancias de Primer y Segundo Nivel. Lo que trae como consecuencia que el Sistema de Salud no cumpla a plenitud su función de ser una instancia que atienda la salud integral de las mujeres víctimas de violencia de salud, pues al perder el contacto con la víctima referida pierde la oportunidad de seguir contribuyendo al proceso de atención a la salud de la víctima.

Esta situación es un problema que se ha detectado y denunciado en el marco de las investigaciones en campo que realizan los grupos de trabajo integrados en el marco de las AVGM. En el caso de aquellas entidades que no conforman la muestra, se dieron cuenta de casos como los siguientes.

[Nayarit]: El grupo de trabajo observó, como se mencionó supra, que la mayoría del personal de salud entrevistado no conoce los protocolos de atención establecidos en la NOM-046, ni han sido capacitados en la materia. En este sentido, el grupo considera necesario reforzar la capacitación y los protocolos de atención, así como de los instrumentos de referencia y contra referencia, ya que la detección y atención oportuna de la violencia contra las

²³⁷ Ver apartado de Glosario de Términos

mujeres a través de los servicios de salud es una forma de prevenir que la misma escale y tenga consecuencias irreparables²³⁸.

En el caso de entidades federativas que conforman la muestra analítica se observó una situación similar.

Veracruz: “Durante las visitas *in situ* se documentó que el personal no se encuentra adecuadamente capacitado para el cumplimiento de la NOM referida ya que no realiza el registro de casos, detecciones ni referencias oportunas a los servicios especializados para este fin”²³⁹.

Interesante es observar que esta etapa del proceso de aplicación de la NOM-046 no ha merecido la suficiente atención para que se realicen acciones de capacitación del personal, pues solo se detectaron pocos casos de entidades federativas que tomaron iniciativas en ese sentido. Fue el caso de San Luis Potosí,²⁴⁰ Guerrero²⁴¹ y Puebla.²⁴²

4.1.3.3 Referencias a instancias de procuración de justicia

El último tramo del proceso de atención a mujeres víctimas de violencia sexual que aquí se analiza es el que da cuenta del proceso de referencia que se hace de esos casos a instancias de procuración de justicia, a fin de que éstas accedan a la justicia. Al respecto, la NOM-046 plantea los siguientes aspectos:

a) Por un lado, se debe proporcionar información a la mujer víctima de violencia sexual sobre su derecho a presentar denuncia ante las autoridades de procuración de justicia, trátense de lesiones que no constituyan delito que se siga por oficio, o bien hechos de violencia que la víctima desee hacer del conocimiento de la misma.

6.5.6. En los casos en los cuales las lesiones que presente la persona no constituyan un delito que se siga por oficio, el médico tratante informará a la o el usuario afectado por violencia familiar o sexual o en caso de que por su estado de salud no sea materialmente posible, a su representante legal, sobre la posibilidad que tiene de

²³⁸ Informe del grupo de trabajo para atender la solicitud de Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres del Estado de Nayarit. 2016. P. 59. Informe disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/133816/Informe_del_Grupo_de_Trabajo_conformado_para_atender_la_Solicitud_de_AVG_en_el_estado_de_Nayarit.pdf

²³⁹ Informe del grupo de trabajo conformado para estudiar la Solicitud de Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres en el estado de Veracruz. P. 94. Documento disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/81657/Informe-Veracruz_reducido.pdf

²⁴⁰ Dictamen sobre la implementación de las propuestas contenidas en las conclusiones del informe elaborado por el grupo de trabajo conformado para atender la solicitud de Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres en el Estado de San Luis Potosí. P. 8. Dictamen disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/233312/Dictamen_AVG_San_Luis_Potos_grupo_trabajo.pdf

²⁴¹ Informe del grupo de trabajo para atender la solicitud de Declaratoria de Violencia de Género contra las Mujeres en ocho municipios del Estado de Guerrero. P. 26. Informe disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/127431/Informe_AVG_Guerrero.pdf

²⁴² Gobierno del estado de Puebla. Cumplimiento de las Conclusiones contenidas en el Informe del Grupo de Trabajo conformado para atender la Solicitud de Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres en el Estado de Puebla. Informe Final. P. 140. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/452505/11_Informe_estatal_a_6_meses_de_Concusiones_GT_17-01-17-comprimido.pdf

denunciar ante la agencia del Ministerio Público correspondiente siempre y cuando no sea el probable agresor, o alguna persona que pudiera tener conflicto de intereses.

6.6.1. Corresponde a las y los prestadores de servicios de salud informar a la persona afectada sobre su derecho a denunciar los hechos de violencia que se presenten, así como de la existencia de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas y de las Comisiones Ejecutivas de las entidades federativas o sus equivalentes y de los centros de apoyo disponibles, responsables de orientar a las víctimas sobre los pasos a seguir para acceder a los servicios de atención, protección y defensa para quienes sufren de violencia familiar o sexual, facilitando y respetando la autonomía en sus decisiones e invitando a continuar el seguimiento médico, psicológico y de trabajo social.

b) Por otro lado, está la obligación que tiene el propio establecimiento de Salud, de hacer del conocimiento de la autoridad judicial de todo tipo de hechos de violencia sexual, independientemente de que estos constituyan delito o no. Se trata, como dispone la NOM-046, de que toda lesión dictaminada medicamente como efecto de violencia sexual (6.5.3), o presumiblemente derivada de ella (5.10; 6.5.1), debe hacerse del conocimiento de la Fiscalía por parte de la Unidad de Salud.

5.10. Las instituciones del sector público, social y privado que otorguen atención médica a las o los usuarios involucrados en situación de violencia familiar o sexual, deberán dar aviso al Ministerio Público con el formato que se anexa en el Apéndice Informativo 1 de esta Norma, para los efectos de procuración de justicia a que haya lugar.

6.5.1. Elaborar el aviso al Ministerio Público mediante el formato establecido en el Apéndice Informativo 1, en los casos donde las lesiones u otros signos sean presumiblemente vinculados a la violencia familiar o sexual.

6.5.3. Ante lesiones que en un momento dado pongan en peligro la vida, provoquen daño a la integridad corporal, incapacidad médica de la o el usuario afectado por violencia familiar y/o sexual o la existencia de riesgo en su traslado, se dará aviso de manera inmediata al Ministerio Público.

Existen dos tipos de obligaciones de las Unidades de Salud que atienden casos de violencia sexual respecto del conocimiento y canalización que se hace hacia el ámbito de la justicia. En primer lugar, cuando se trata de hechos de violencia que no constituyen delitos que se persigan de oficio, se debe de informar a la víctima de su derecho a la denuncia. Y, en segundo lugar, la obligación del establecimiento de salud de notificar a la autoridad cuando se trata de lesiones presumiblemente derivadas de actos de violencia sexual, como también la obligación que tiene de notificar inmediatamente cuando se trata de hechos de violencia que sí constituyen delitos, ponen en peligro la vida de la víctima, u otra de las consideraciones señaladas en el numeral 6.5.3.

Para analizar la aplicación de la Norma en este aspecto, se siguió el mismo método descrito en las otras etapas de su aplicación, es decir, se indagó mediante pregunta abierta con el personal médico entrevistado sobre la manera en que se notificaba/refería/canalizaba casos hacia el ámbito de la justicia, sin ofrecer información, en primer término, de lo que postula la NOM-046.

Un primer hallazgo a destacar del trabajo de campo es que el personal médico en general desconoce las obligaciones que tiene respecto de la canalización al ámbito de la justicia de los casos de violencia sexual de los que tuvo conocimiento.

En primer término, prácticamente todas las personas entrevistadas no podían discernir entre un caso que era potestad de la víctima denunciar y otro caso que era obligación de la Unidad de Salud solicitar la intervención inmediata de la Fiscalía para que iniciara una investigación. Es decir, no tenían claro que tratándose de hechos de violencia que no constituyen delito que se persigue de oficio es potestad de la víctima denunciar. Como tampoco tenían claro que, aun tratándose de una decisión de la víctima de denunciar, de todos modos es su obligación informarle a la mujer víctima que tiene ese derecho, comunicándole los recursos de apoyo institucional de que dispone para ejercerlo. De igual manera, no tenían claridad que en el caso de hechos que sí constituyen delito que se persigue de oficio, o bien, como señala en el numeral 6.5.3., mencionado párrafos atrás, “ante lesiones que en un momento dado pongan en peligro la vida, provoquen daño a la integridad corporal, incapacidad médica de la o el usuario afectado por violencia familiar y/o sexual o la existencia de riesgo en su traslado”, esto debería hacerse de conocimiento inmediato de la Fiscalía por acción de la propia Unidad de Salud. Como tampoco tenían idea, salvo una persona, de que, en todos los casos, siempre debían notificarlos a la Fiscalía.

Toda situación que se considere como violenta se le da notificación a la Jurisdicción Sanitaria.²⁴³ (Entrevista, hombre, personal de institución de salud de control estatal)

En las entrevistas se plantearon casos hipotéticos que suponían hechos de violencia que atendían a esa diversidad de circunstancias (conductas delictivas, conductas que no lo eran, algunas que ameritaban conocimiento inmediato de la autoridad ministerial y otras no), y en prácticamente todos los casos el personal

²⁴³ Como se verá más claramente en el apartado de denuncia de la violación sexual, en muchos casos las Unidades de salud no notifican directamente a la Fiscalía un hecho de violencia sexual grave o que constituya delito, sino lo hace del conocimiento de la instancia sanitaria que le rige, y es ésta la que lo comunica a la instancia judicial que considere adecuada.

no supo distinguir que se trataba de casos sustantivamente diferentes, que obligaban a un tipo de actuar en específico.

Ella (una mujer víctima de violencia sexual) acudió a un Hospital del ISSSTE, pero ella me comenta que no le tomaron cuestionario, ni le informaron de las opciones que tenía para denunciar o ser atendida. Quizá en el Hospital General que depende de la Secretaría de Salud Federal sí lo hacen, pero en las instituciones como el IMSS y el ISSSTE no lo hacen, por lo que se debe tomar nota. (Entrevista, mujer personal de OSC)

Tampoco, salvo un caso, fue mencionada la Comisión de Atención a Víctimas Federal o local como instancia de apoyo a la mujer víctima de violencia sexual. Aunque sí fue mencionada la mayor parte de las veces el DIF como instancia de apoyo, lo cual es importante señalar, pues en ocasiones dicha instancia cuenta con un área jurídica y vínculos con la Fiscalía que permiten agilizar la referencia de los casos. No obstante, es importante dejar en claro que la obligación de notificar a la instancia judicial es directamente de la Unidad de Salud, sin intermediación alguna. Esta comunicación se considera parte de la atención a la salud de la víctima, lo cual no termina con su referencia a la instancia de procuración de justicia, sino que continúa con el seguimiento de lo que ésta resuelva y las obligaciones de atención a la salud de la víctima que puedan derivar como instancia que la refirió.

El rompimiento de este vínculo Unidad de Salud-Víctima de Violencia Sexual, es más patente y generalizado en instancias de Primer y Segundo Nivel, en donde la referencia se hace a instancias judiciales que se encuentran más alejadas, y a las cuales en general la instancia no tuvo certeza ni siquiera si la víctima acudió.

Las implicaciones de ese desconocimiento de qué hacer frente a un hecho de violencia sexual, es que en muchos casos la o el médico a cargo de la atención no hacía lo conducente para que la autoridad judicial tuviera conocimiento del caso. Esto sucedía sobre todo en aquellos casos que no mostraban, en apariencia, gravedad, que es en los que en la mayoría de los casos el personal médico planteaba a la víctima la decisión de denunciar o no.

No obstante, aún en casos graves, sobre todo aquellos en los que había un daño a la salud física de la mujer víctima, el personal médico no siempre decidía dar parte a la autoridad judicial. Y en ocasiones la información que se remite resulta insuficiente para sustentar adecuadamente el proceso de búsqueda de justicia que las mujeres esperan encontrar en el ámbito judicial, como lo pretende la misma Norma²⁴⁴.

²⁴⁴ En el apartado 6.5.4. de la norma se indica lo siguiente: "Informar a la o el usuario afectado por violencia familiar o sexual o en caso de que por su estado de salud no sea materialmente posible, a su representante legal, siempre y cuando no sea el probable agresor o alguna

En algunos casos se llega a cumplir, pero muchas veces el miedo del personal médico a verse involucrado es lo que hace que omitan dar este tipo de avisos, no lo asientan en el expediente. El formato, de entrada, no especifica la violencia sexual, no se detalla mucho más. No cuenta con los elementos suficientes para determinar si se trata de una violación u otras formas de violencia sexual, porque hasta las lesiones no dan para saber si fue violación. Lo anterior, yo creo que es lo que hace que los médicos no den el aviso, quien tiene que darlo es el médico tratante, pero muchas de las veces quien forma el aviso es el responsable de la unidad hospitalaria y muchas veces no hay quien se haga responsable de eso.

Lo otro es que no desagregan las formas en las que se registra la violencia sexual, o sea, no se especifica si es violación, abuso u otras. La falta de datos más confiables hace que no sepamos por qué no están dando los avisos o las condiciones reales en las que llegan las mujeres (Entrevista, personal de OSC).

Como consecuencia general de este desconocimiento y mal proceder de las instituciones de salud para apoyar el acceso a la justicia de las mujeres víctimas de violencia sexual, está el hecho de que ésta no sólo no logra ejercer su derecho de acceso a la justicia, sino que es revictimizada en el ámbito judicial.

Otra es cuando se da el aviso al MP, sucede que éstos empiezan a presionar a las víctimas y finalmente sucede que ellas no quieren seguir con las denuncias, por el miedo a que los agresores se den cuenta de eso. Las mujeres no regresan a ratificar sus denuncias porque no hay información jurídica clara dentro del Sistema de Salud, que es el primer contacto con el que llegan las víctimas. (Entrevista, mujer, personal de OSC)

Al igual que en el análisis de etapas anteriores de la aplicación de la NOM-046, en este caso también los grupos de trabajo constituidos en torno a las AVGM en las entidades federativas han detectado problemas. En el caso de entidades que no forman parte de la muestra analítica se plantean los siguientes, caso Michoacán:

Por ejemplo, durante las visitas *in situ* realizadas, el grupo observó que en algunas instancias del sector salud, el personal médico no da aviso al Ministerio Público de conformidad con la NOM-046, para evitarse “procedimientos engorrosos” o “meterse en problemas”. A consideración del grupo, la asistencia otorgada por parte de los servicios de salud a las mujeres que se presentan por lesiones constituye un aspecto fundamental en la prevención de la violencia contra las mismas. De este modo, la no detección oportuna de estos casos y su referencia a las autoridades de procuración de justicia podrían fomentar la perpetuación e incremento de la violencia contra las mujeres y constituir una falta de debida diligencia del personal de salud en Michoacán. En virtud de lo anterior, el

persona que tuviera conflicto de intereses, que la información contenida en el registro de aviso y el expediente pueden ser utilizados en el proceso penal por el Ministerio Público o por quien asista a la víctima en procesos jurídicos, de conformidad con la legislación aplicable en cada entidad federativa”.

grupo exhorta al gobierno del estado a dar a conocer a todas las autoridades encargadas del sector salud, el contenido y las obligaciones derivadas de la NOM-046.²⁴⁵

206

En el caso de los estados que forman parte de la muestra, en Chiapas el respectivo grupo de trabajo llama la atención sobre los criterios bajo los que se reporta la violencia contra las mujeres, donde se presume un sobre registro de casos de violencia “autoinfligida” y un subregistro de violencia contra las mujeres.

[...] antes de 2013, el porcentaje de aviso al MP para los casos de lesiones autoinfligidas era mayor que en los demás casos (accidental, violencia familiar, violencia no familiar, trata de personas, sin clasificación), así como que se haya reducido el aviso al MP en este tipo de lesiones, reportándose el 100% de estas atenciones en 2009 y únicamente el 33.3% en 2013.

En este sentido, preocupa al grupo de investigación las causas de este incumplimiento, ya que por una parte, podría deberse a que las agresiones contra las mujeres siguen siendo consideradas por los prestadores de servicios de salud como un asunto privado, en vez de una violación a derechos humanos de las mujeres, y por la otra, podría ser un referente de una falta de capacitación al personal de salud o incluso de una falta de confianza o articulación institucional entre el sistema de salud y el sistema de procuración e impartición de justicia.²⁴⁶

Conforme a lo analizado en este apartado relativo a la violencia sexual, se puede asegurar que los servicios de salud no están detectando de manera adecuada ni en calidad ni cantidad casos de mujeres que han sido víctimas de ese tipo de agresiones. En ello influye el hecho de que el personal de salud no cuente con la preparación necesaria, que tampoco disponga de instrumentos como Guías o Manuales que le ayuden en esa tarea, y que en su lugar ponga en juego formas de abordaje pretendidamente científicos, como el “ojo clínico”, que en realidad están cargados de prejuicios y estereotipos de género tan sutiles como arraigados. Con ello, muchas pacientes no son diagnosticadas como sujetas de violencia sexual, por lo que no son dirigidas a la siguiente etapa del servicio para recibir atención a su salud física y emocional. Esta situación es más grave en unidades de salud de Primer Nivel, en las que el personal es poco y generalmente con menor especialización. En este tipo de unidades se presenta el obstáculo de que la infraestructura de salud no sea adecuada para realizar labores

²⁴⁵ Informe del Grupo de Trabajo conformado para Atender la Solicitud de Alerta de Género contra las Mujeres en el estado de Michoacán. P. 71. Informe disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/535621/Informe_GT_Solicitud_AVG_Michoacan_07-04-2015.pdf. Otro caso es el de Colima, en donde el respectivo grupo de trabajo denuncia inconsistencias en el registro de casos de violencia contra las mujeres, la cual disminuyó varios años, en contraste con el crecimiento nacional; situación que, concluye, “refleja una falta de cumplimiento por parte del personal de salud, de sus obligaciones derivadas de la NOM-046. Esta situación, podría ser indicativo de una falta de capacitación del personal que permita conocer y dar cumplimiento a la Norma” Ver Informe de trabajo conformado para atender la Solicitud de Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres en el estado de Colima. 2015. pp., 31-32. Informe disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/188098/Informe_AVG_Colima.pdf

²⁴⁶ Informe de Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres del estado de Chiapas. P. 53. Informe disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/166562/Informe_AVG_Chiapas_17-11-16.pdf.

de exploración con la privacidad que requiere este problema. Algo importante es que no existe una práctica rutinaria de notificar a las instancias de procuración de justicia de todos los casos de los que se tiene conocimiento de violencia sexual, como señala la Norma, bajo el formato contenido en ella.

De las que sí son diagnosticadas, una proporción importante no recibe en la propia Unidad de Salud a la que acudió servicios que le permitan restituir su salud física y psicológica. Ya que, en unidades de salud de Primer Nivel de Atención, y parte importante de las que son de Segundo Nivel, no cuentan con especialistas que puedan atender las consecuencias de esa violencia, particularmente en cuanto a la salud emocional de la paciente. Ello porque en este tipo de unidades no se cuenta con personal de psicología, particularmente porque no hay plazas para estos perfiles, por problemas de presupuesto. Cuando sí existe ese tipo de personal (solo en algunas unidades de Segundo Nivel y Tercer Nivel), éste no siempre está especializado para el abordaje de este problema, por ejemplo, desde la perspectiva de género. Entonces, el hecho de que las pacientes sean referidas fuera de su comunidad para recibir ese tipo de servicios, hace que en muchos casos no puedan asistir a ellos por cuestiones asociadas a los pocos recursos de los que disponen, ya que, por ejemplo, el costo de traslado y los alimentos para salir de la comunidad al menos un día es algo que no pueden sufragar en muchos casos, lo que en los hechos se convierte en un factor las disuade de continuar con el tratamiento.

La orientación y consejería para abordar la violencia sexual tampoco se realizan conforme lo establece la Norma. El personal de salud que realiza estas tareas, generalmente de Trabajo Social, no cuenta con la capacitación adecuada ni dispone de instrumentos para llevarlas a cabo. Al igual que en el caso de la atención, este personal es escaso en unidades de salud de Primer Nivel de Atención, por lo que es el o la médica quienes las realizan, con las mismas carencias. De modo que estos servicios no cumplen con el cometido de ofrecer información a la paciente sobre cómo enfrentar la situación de violencia sexual que vive o ha padecido, ni tampoco para conocer la oferta institucional y social que le permita recibir servicios especializados para trascenderla. Una deficiencia importante en esta etapa de la atención, es que no existe conocimiento adecuado por parte del personal de salud que realiza estas labores sobre los derechos de las víctimas, ni las instancias y procedimientos que pueden seguir para hacerlos efectivos.

Finalmente, la referencia que se hace a otras instancias no es una práctica regular, salvo en casos graves a las instancias de procuración de justicia porque pueden involucrar delitos; o bien a instancias de salud especializadas porque puede estar en riesgo grave la salud de las mujeres. Pero esa referencia no se realiza bajo esquemas que permitan el adecuado seguimiento de casos, de modo que una paciente que ha sido referida a

una instancia judicial, a una de salud, o incluso a una instancia social que le ayude a prevenir y atender la violencia que vive, como los refugios, u organizaciones de sociedad civil para promover su autonomía y empoderamiento, generalmente no se vuelve a tener contacto con ella y se pierde el vínculo con ella porque no existen mecanismos ni personal que dé seguimiento a los casos.

Un problema común en estas labores lo constituye también el que no se disponga de servicios de traducción en los casos en los que las mujeres y/o sus familiares o personas que las acompañan, no hablen español. Esto dificulta la atención y en muchos casos es un obstáculo que hace que los servicios se vean suspendidos, o realizados parcialmente.

4.2 Violación Sexual

En este apartado se abordarán dos cuestiones respecto de las prescripciones planteadas en la NOM-046 para la atención a la salud de las víctimas de violación sexual. En primer término, los servicios que se otorgan para la detección y atención integral de su salud, en donde la Norma señala criterios específicos para la detección y atención de la violación sexual, los cuales son complementarios a los señalados atrás para la atención de la violencia sexual. En segundo término, el cumplimiento respecto de los criterios señalados para llevar a cabo la orientación y referencia de la víctima, tanto a instancias de salud como de procuración de justicia, ambas de la mayor importancia tratándose de una expresión grave de violencia que atenta contra la salud e integridad de la mujer.

4.2.1. Detección y atención integral

En el caso de las mujeres víctimas de violación, al igual que en el caso de la violencia sexual, acceden a los servicios de atención médica integral prescritos por la NOM-046 básicamente a través de tres formas, las cuales son importantes mencionar a fin de ubicar algunas diferencias en la atención resultantes el tipo de acceso.

- a) Ingreso vía urgencias médicas, en donde reciben atención especializada de emergencia para estabilizarla y poner su vida fuera de peligro. Una vez que estas mujeres son dadas de alta, se les programa Consulta para dar paso a la atención integral.

- b) Mujeres víctimas de violación sexual que son referidas por la Fiscalía, instancia a la que acudieron en primer término para denunciar legalmente los hechos esperando recibir servicios médicos después.
- c) Detección durante la Consulta Externa.

Cada forma de ingreso implica en algunos aspectos atención diferenciada de los casos, por lo que se verá a detalle la forma en que lo que dispone la Norma en cada una de ellas. Antes de iniciar el análisis de los hallazgos obtenidos en campo, es importante hacer mención que para indagar sobre la forma en que se atiende un caso de violación sexual, se planteó a las personas entrevistadas una pregunta abierta al respecto luego de solicitar detalles en varios momentos de la narración y, sólo al final de la contestación, se iniciaban preguntas específicas buscando ubicar el cumplimiento de disposiciones particulares señaladas por la NOM-046.

4.2.1.1 Acceso por urgencias médicas

En lo que refiere al caso de las mujeres que son víctima de violación sexual y que solicitan servicios de salud de manera urgente, la NOM-046 establece lo siguiente:

- 6.4.1. Los casos de violación sexual son urgencias médicas y requieren atención inmediata.
- 6.4.2. Los objetivos de la atención a personas violadas son:
 - 6.4.2.1. Estabilizar, reparar daños y evitar complicaciones a través de evaluación y tratamiento de lesiones físicas.
 - 6.4.2.2. Promover la estabilidad emocional de la persona garantizando la intervención en crisis y posterior atención psicológica.

El personal de salud que afirmó haber enfrentado situaciones enmarcadas en este subapartado, dio cuenta de que tiene claro qué hacer en términos médicos. La narración de los procedimientos a seguir coincide con lo que prescribe la NOM-046, en cuanto a tratar a una víctima de violación sexual como un caso de urgencia médica, centrándose en primer término en su estabilización, evitar complicaciones, atender sus lesiones físicas, al tiempo que buscan también lograr su estabilidad emocional.

Para estabilizar, si hablamos de daño grave de golpes y dañada físicamente y mentalmente, sí; contamos con médicos, para estabilizarla. Área exclusiva para la atención, está el área de urgencias; ésta tiene todo para atender esos padecimientos. (Entrevista, mujer y hombre, personal de institución de salud de control estatal)

Siendo un Hospital con servicios ampliados (se cuenta con) hospitalización de especialidades y atención de urgencias, se tiene infraestructura adecuada para la atención médica. (Entrevista, mujer, personal de institución de salud de control estatal)

Esta claridad respecto del qué hacer para abordar un caso de violación sexual de una mujer que solicita servicios de urgencia, la manifestó todo tipo de personal médico, independientemente de su especialidad y de su adscripción. No importando si su especialidad era pediatría, ginecología o bien tenía formación en medicina general; como también si estaba adscrito a urgencias, a consulta externa, medicina familiar o bien ejercía algún puesto directivo o no dentro de la Unidad de Salud.

Es importante hacer notar que en su narración de los procedimientos a seguir en ningún caso se hizo refiriendo explícitamente a alguna de las disposiciones marcadas por la NOM-046, sino se referían al qué hacer para atender un caso de urgencia médica como si se tratara de una emergencia en general y no una derivada por una violación sexual. Destaca que en estas narraciones el personal médico entrevistado no dejara de lado el trabajo de estabilización emocional de la víctima, aunque no refería a que éste fuera realizado por personal de psicología, sino por el propio personal médico que atendía de urgencia.

Es el personal de urgencias el de primera instancia el que atiende, por lo tanto, se puede dar respuesta en este momento, porque en consulta, no me ha tocado un caso de ese tipo (...) Sí falta capacitación en temas jurídicos, pero sobre todo sensibilización para generar empatía. (Entrevista, mujer, personal de institución de salud de control federal)

En este sentido, se pudo corroborar que el abordaje de los casos de emergencia médica de mujeres víctimas de violencia sexual que ingresan a una Unidad de Salud, el personal médico sabe cómo realizarlo y esto coincide con lo que marca la NOM-046 bajo los criterios de “urgencia médica”. Esto tanto en unidades de salud de Primero, Segundo y Tercer Nivel.

Al indagar con OSC si a partir de su experiencia coincidían con esta visión, éstas lo confirmaron. Agregando además que ello se puede llevar a cabo sin problema en cualquier instalación médica, independientemente de su nivel de atención, porque todas ellas, se supone, están en condiciones para atender urgencias médicas:

[...] no se requiere una infraestructura mayor a la que se cuenta para una mujer que llega requiriendo una atención de emergencia por un evento de violencia sexual recién sucedido. Es importante reconocer que no es lo mismo atender violencia sexual con daño físico o lesiones, [...] pero la infraestructura que se requiere es la misma para los servicios de emergencia para cualquier Unidad de Salud. Se requiere no más de lo que un hospital tiene para

atender servicios de urgencia. Si lo tienen instalado para cualquier servicio de urgencia, tienen todo lo necesario para atender a una mujer víctimas de violencia [...]. (Entrevista, mujer, personal de OSC)

Los problemas inician cuando debe continuarse con la atención de emergencia, que ya no es la de una persona paciente en general, sino de una paciente víctima de violación sexual. Al respecto, la NOM-046 dispone lo siguiente:

6.4.2.3. En caso de violación, las instituciones prestadoras de servicios de atención médica, deberán, de acuerdo a la norma oficial mexicana aplicable, ofrecer de inmediato y hasta en un máximo de 120 horas después de ocurrido el evento, la anticoncepción de emergencia, previa información completa sobre la utilización de este método, a fin de que la persona tome una decisión libre e informada.

6.4.2.4. Informar de los riesgos de posibles infecciones de transmisión sexual y de la prevención a través de la quimioprofilaxis y de acuerdo a la evaluación de riesgo, prescribir la profilaxis contra VIH/SIDA conforme a la norma oficial mexicana aplicable, tomando en cuenta la percepción de riesgo de la usuaria o el usuario.

La mayoría del personal entrevistado señaló que en su Unidad de Salud no se dispone de la pastilla de anticoncepción de emergencia (PAE) de modo tal que esté disponible en todo momento y en cantidad suficiente, pues en varios casos se dispone de ella en cantidad limitada o bien no está disponible para todos los turnos.

Hay un stock. Tanto anticonceptivos como antirretrovirales. Son auditables y de control por parte del estado [...] Además, está la posibilidad de comprar y que se reembolse. (Entrevista, mujer, personal de institución de salud de control federal)

Sí se garantiza la existencia de las pastillas tanto del “día siguiente” y de Misoprostol, pero a cuenta gotas. En ningún caso se ha negado la atención a una víctima. (Entrevista, mujer y hombre, personal de institución de salud de control estatal)

Carecemos del medicamento. Hasta que el laboratorio determina un embarazo por violación, entonces se puede brindar otro tipo de tratamiento; nosotros no tenemos las pastillas, cuando ha sido necesario, las hemos conseguido. Tenemos un apartado presupuestal para ello. (Entrevista, hombre, personal de institución de salud de control federal)

Acá en mi Unidad no [no tienen PAE], tal vez en la jurisdicción estatal sí; acá en el hospital no. Nos gustaría que por turno tuviéramos 2 o 3 pastillas, porque no sabemos a qué hora nos pueda llegar el paciente, y la farmacia

está abierta de 8 a 8 y en el turno nocturno no tenemos acceso. (Entrevista, mujer y hombre, institución de salud de control estatal)

Una organización de la sociedad civil consideró que en general sí existe abasto tanto de PAE como de medicamentos antirretrovirales, pero es poco porque la demanda en general es poca:

Se tiene información que los servicios de salud en los estados cuentan con recursos suficiente para atender, no porque el recurso sea mucho, sino porque el número de casos que llegan a solicitar el servicio sigue siendo bajo; es decir que son pocos los casos que llegan y que lo hacen en las primeras 120 horas después de haber sufrido la agresión. En ese sentido se sabe que se cuenta con pastillas de anticoncepción de emergencia y que se hace uso de los kits de antirretrovirales de manera oportuna; no ha habido problema, eso es porque la demanda no ha rebasado los insumos con los que se cuentan. (Entrevista, mujer, personal de OSC)

Un problema adicional es que, en ocasiones para realizar la entrega a la paciente de las PAE, se tienen que realizar gestiones no ordinarias dentro de la institución o incluso con otras instancias, no sólo públicas sino sociales y privadas.

Nos pasó en una ocasión en “puente”, no teníamos la pastilla, pero por medio de trabajo social se logró dársela, a través de comprarla. Por estrategia debería ser para tenerla en todo momento. Resguardo por turno. Trabajo Social buscó la gestión, se compró de parte de Presidencia Municipal y atención de víctimas de parte de Fiscalía. (Entrevista, mujer, personal de institución de salud de control estatal)

[¿Está disponible para su entrega en cualquier momento las PAE?] *No lo considero así, generalmente no contamos ni con el cuadro básico de medicamentos, no contamos con el medicamento. La gestión se hace, el requerimiento se entrega en tiempo y forma. Desconozco el procedimiento que se hace más arriba. De ese medicamento y de otros muchos medicamentos del cuadro básico.* (Entrevista, mujer, personal de institución de salud de control estatal)

También se detectó que el problema de desabasto obliga a que las propias víctimas tengan que adquirir por su cuenta las PAE, por lo que les genera un gasto adicional para hacerse del medicamento, situación que además de implicar que el servicio integral al que tienen derecho les es negado.

Las mujeres a las que no les surten deben de conseguirlo [...]. (Entrevista, mujer, personal de institución de salud de control estatal)

A este respecto, una organización de la sociedad civil alertó sobre el hecho de que en algunos casos el que no se entreguen las PAE no se debe a problemas de desabasto, sino a que el personal de salud decide no hacerlo por prejuicios personales:

No se dan estas pastillas en el sector salud, no se les brinda y ellas son las que tienen que comprarlas. Una bajo el argumento que no hay e influye mucho la objeción de conciencia, pero es más del criterio personal. (Entrevista, mujer, personal de OSC)

En el mismo sentido, en muy pocas Unidades se cuenta con medicamentos antirretrovirales como parte de la profilaxis contra el VIH/SIDA, como tampoco se dispone de medicamentos que formen parte de la quimioprofilaxis para prevenir infecciones de transmisión sexual, tal y como mandata la NOM-046.

Para los retrovirales hemos tenido desabastos. Hay un Hospital permanente donde cualquier Unidad en la que se tenga una violación se solicita [...] cuando damos el tratamiento lo reportamos y nos resurten el medicamento. Si sale una víctima positiva a VIH se manda al hospital para darle una atención más integral. (Entrevista, hombre, personal de institución de salud de control estatal)

De modo que se presenta falta de PAE o bien de retrovirales en muchos casos, cuestión que se debe bien a que no se tienen estos en existencia o que, teniéndolo, no se encuentran disponibles porque están bajo resguardo y solo se accede a ellos en determinados días y horarios. Frente a la falta de disponibilidad inmediata, en general las víctimas que son atendidas en Unidades de Salud de Segundo y Tercer Nivel pueden acceder más fácil y oportunamente a ellos, ya sea porque esas Unidades recurren a la compra directa o por gestión ante otras instancias, públicas, privadas o sociales. Aunque en estos casos en los que se solicitan PAE a otras instancias, es importante hacer notar que el tiempo transcurrido tiene consecuencias importantes para la salud de la víctima, pues si este es mayor a las “120 horas después de ocurrido el evento (sic)”, se corre el riesgo de que el probable embarazo no deseado se concrete.

Este problema es más grave cuando se presenta en Unidades de Salud de Primer Nivel, las cuales se asientan sobre todo en comunidades y zonas rurales, donde el acceso a este tipo de medicamentos es más difícil.

La Unidad cuenta con un stock de pastillas de levonorgestrel, pero nos faltan retrovirales que no se le asigna a la unidad por no ser un Hospital de Segundo Nivel. (Entrevista, hombre, personal de institución de salud de control estatal)

El presupuesto es insuficiente, se ha observado en los estados que acompañamos para la implementación que en los sistemas de salud no cuentan con todos los medicamentos necesarios para atender a las víctimas de violencia

sexual. No cuenta con anticoncepción de emergencia, o los kits de profilaxis se aplican en otro lugar donde es atendida la víctima. Lo que hacen es descentralizar y decir que la profilaxis se tiene que dar en los Centros Capacits²⁴⁷, o que la persona que se encarga de dar este tipo de insumos a las mujeres no está, y en su caso la derivan a otros centros para que sean proporcionados. (Entrevista, mujer, personal de OSC)

En el mejor de los casos, cuando no les piden que sean ellas mismas quienes lo compren, son referidas a otras unidades de salud de Segundo y Tercer Nivel para recibir su dotación, lo que implica riesgos y costos, además de que constituye de facto la negación del servicio de atención integral a su salud.

Esta situación se agrava en las comunidades. Si bien los hospitales que son de Segundo Nivel son los que cuentan con toda la infraestructura, entre más alejada esté la comunidad los insumos son cada vez menores; muchas veces no cuentan con los insumos, entonces se tiene que referir a las mujeres a centros más grandes donde sí se encuentra con lo necesario. Si los recursos fueran suficientes, todo el sistema en sus tres niveles contaría con todo lo necesario para que las mujeres no tuvieran que viajar muchas horas, porque muchas mujeres deciden no viajar entre sus comunidades y las zonas donde están los hospitales generales. (Entrevista, personal de OSC)

También es necesario para otorgar el servicio de atención médica integral a las víctimas de violación sexual, que la Unidad de Salud disponga de infraestructura para poder realizar análisis de laboratorio, de los cuales en general dispone la mayoría de las Unidades de Salud de Segundo y todas las de Tercer Nivel.

Contamos con las herramientas de la detección, pruebas rápidas de SIDA, laboratorio, servicio de exploración completa de violación sexual, podemos tomar pruebas biológicas. El Departamento de biología es quien se encarga de los métodos anticonceptivos, si contamos con ellos. En la mayor parte del tiempo tenemos la pastilla. Somos un Hospital de Segundo Nivel donde se le puede dar esta atención al paciente. Para referir a usuarias que lo requieran. (Entrevista, hombre y mujer, personal de institución de salud de control estatal)

Pero, en contraste, las unidades de salud de Primer Nivel no disponen de esa infraestructura para realizar análisis de laboratorio:

No, definitivamente seguimos siendo de Primer Nivel con servicios ampliados, nos ampliaron los servicios de ginecología por la mañana y pediatría 3 veces a la semana por la mañana, y estamos hablando que el servicio de urgencias es de 24 horas. No cuento con el servicio de ginecología, ni con pediatría (fuera de esos horarios), ni con laboratorio, ni ciertas pruebas que se deben realizar. (Entrevista, mujer, personal de salud de control estatal)

²⁴⁷ El Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), es una Unidad de Salud que proporciona servicios para la prevención y atención especializada de pacientes con VIH e infecciones de transmisión sexual, de forma ambulatoria. Forma parte de las acciones del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el Sida del Gobierno Federal.

En sentido, cuando una mujer víctima de violación sexual es atendida en primera instancia en una Unidad de Salud de Primer Nivel que no cuenta con la especialización de personal, ni con la infraestructura necesaria para desarrollar los estudios y análisis especializados para los fines antes señalados, es menos probable que su caso se atienda conforme a los estándares que se esperan con la correcta aplicación de la NOM-046.

En términos generales, la atención presumiblemente es mejor en unidades de salud de Segundo y Tercer Nivel, donde se cuenta con instalaciones y equipamiento, además de que es más probable que se disponga de personal suficiente, especializado y capacitado para ello, como da cuenta el siguiente testimonio de una instancia de esos niveles:

Si viene directo y no ha pasado por la Fiscalía y su estado de salud es de riesgo, pasa a emergencias. Si está estable, se busca que haya mujeres y sus padres. Si son lesiones que no ponen en riesgo su vida se empieza a armar el expediente. La estabilizan y empiezan a hacer llamadas. Urge un ginecólogo por desgarro, etc. Este atiende, junto con un perito. Se llena la hoja de lesiones y da aviso al MP, si está estable y no requiere ir a quirófano. Posteriormente habla con psicología, ya estable pastilla “postday”. Le aplican pruebas, inmediatamente se les da el “postday” y se le aplican de inmediato los retrovirales. Se inicia el medicamento desde que llega. (Entrevista, mujer, personal de salud de control federal)

Ante este panorama, ciertamente la NOM-046 contempla el recurso de la referencia de la víctima desde unidades de Primer Nivel a otras de mayor especialización, no obstante, esta debe ser oportuna para que la quimioprofilaxis y la profilaxis señaladas se realicen con la calidad necesaria para contar con un diagnóstico certero y aplicar un tratamiento oportuno de las afectaciones a la salud de la víctima; así como para la obtención de evidencias médicas que puedan servir de pruebas en el proceso penal que eventualmente se inicie ante las instancias judiciales por el delito de violación sexual. Cuestiones que se analizarán más adelante en el apartado de orientación y referencia, pues antes se analizará el caso de las mujeres víctimas de violación sexual que son referidas por las instancias de procuración de justicia.

4.2.1.2 Acceso por referencia de Fiscalía

Como se señaló al inicio del apartado, el segundo tipo de acceso a servicios de salud que se registró en el caso de mujeres víctimas de violación sexual es el de aquellas que son referidas por la Fiscalía, instancia a la que acudieron en primer término para denunciar legalmente los hechos esperando recibir servicios médicos después. En este caso, tal y como se señaló para la situación de violencia sexual, al tener conocimiento de los hechos e iniciar una investigación, la autoridad de procuración de justicia solicita vía oficio la atención de las

lesiones que presente la víctima de violación sexual, para lo cual es referida de manera institucional a unidades médicas que puedan atender las afectaciones a la salud que esta presenta.

Dada esa intervención judicial es que el común de casos de violación sexual que se remiten por oficio por parte de la Fiscalía es atendido en unidades de salud de Segundo o Tercer nivel, pues cuentan con personal e infraestructura especializada para el diagnóstico y la atención médica integral. Esta colaboración se observa a nivel de las entidades federativas entre las instancias de salud y las de procuración de justicia.

A este respecto, las mujeres víctimas de violación sexual que ingresan a unidades de salud por referencia de las fiscalías, al igual que se señaló para quienes padecieron violencia sexual, pueden tener la expectativa de contar con mejores condiciones de atención, pues son remitidas a mejores Unidades de Salud (de Segundo y Tercer Nivel), con servicios de traducción asignados, con la seguridad de que el resultado de su atención será del conocimiento de la autoridad judicial que la remitió y con ello contar con mayores elementos para hacer exigible la calidad del servicio esperado; así como también puede esperar que en su caso tenga mayor probabilidad de que se imparta justicia más apegada a lo que dispone el derecho penal aplicable.

Un elemento a destacar es que, acudiendo primero a la Fiscalía, una víctima de violación sexual, en el mejor de los escenarios, es atendida por personal perito en medicina y psicología, quienes valoran a la víctima. Como resultado de la auscultación médica, se acopian evidencias para el proceso penal. Lo que supone que cuando la víctima acude a los servicios médicos, ya fue valorada médica y psicológicamente, así como también ya se han levantado evidencias para el proceso penal, por lo que se cuenta con un primer diagnóstico de la salud física y emocional de ella y se puede iniciar más en firme el proceso de atención médica integral.²⁴⁸ Más adelante se verán con detalle algunas implicaciones de esa revisión médica para fines de acopio de evidencias útiles para su uso en el proceso penal y la actuación del personal médico en ella.

Dado que este tipo de casos no ingresa vía servicios de emergencia, no requieren que se les otorguen servicios de atención catalogados como “urgencia médica”, como los que prescribe la NOM-046 en sus numerales 6.4.2.1. y 6.4.2.2 y que se analizaron páginas atrás. En general son atendidos mediante consulta externa por áreas especializadas como Salud Sexual y Reproductiva y Ginecología.

²⁴⁸ No se indagó sobre la calidad de esos servicios otorgados en fiscalías, porque no es parte del objeto de este estudio, que se delimita a los servicios otorgados por Unidades de salud.

Por lo tanto, en este caso se procederá a revisar lo que establece la NOM-046 en su numeral 6.4.3.2, relativo al otorgamiento de la PAE, antirretrovirales y de la eventual quimioprofilaxis y profilaxis señalada ahí.

Al respecto, en la narración del personal médico entrevistado, se da cuenta de un caso en el que, tratándose de víctimas remitidas por la Fiscalía, se dio una adecuada atención a la mujer víctima: *“Tengo registrado que en dos años tuvimos una paciente. Llegó por probable [delito] de violación de Fiscalía, se hicieron exámenes y tuvo el atraso, se le dio el medicamento. Llegaban por atención a la víctima, le hicimos la prueba y se le dio asesoría para tener el producto o no [...]”* (Entrevista, personal de institución de salud de control estatal).

Aparte de este caso, no fue posible obtener mayor información que permitiera establecer que los casos de violación sexual remitidos por la Fiscalía tienen mejor atención, dado que no se formularon preguntas específicamente dirigidas a ello. No obstante, sí se dispone de información sobre cómo discurre la aplicación de la NOM-046 en casos de violación sexual que, o bien derivan de la fiscalía o bien derivan de esta instancia, debido a que con el paso del tiempo, comprobándose la existencia de embarazo se abre el escenario de la práctica del aborto médico, siempre y cuando la víctima lo solicite y, además, las leyes locales aplicables lo permitan. De modo que será en el apartado de aborto en el que se analizará la situación de la orientación y referencia de este tipo de casos. Antes, se revisará el caso de la atención a las mujeres víctimas de violencia sexual que se detectan durante la Consulta Externa.

4.2.1.3 Acceso por consulta externa

El tercer caso de ingreso a servicios de atención médica por violación sexual es el que se detecta durante la Consulta Externa o bien en la Atención Intrahospitalaria.

Para su análisis, resulta necesario partir de los hallazgos que se plantearon en el apartado de la detección de la violencia sexual en el proceso de Consulta Externa o Atención Intrahospitalaria, pues al ser la violación sexual una expresión grave de esta, comparten las mismas problemáticas durante la detección. Sin dejar de lado que la Norma plantea procedimientos específicos a seguir en la atención en estos casos de gravedad, los cuales no son sustitutivos de aquellos, sino complementarios.

En ese sentido, a continuación se plantea un resumen de tales hallazgos, seguidos de consideraciones en específico sobre lo que acontece con la detección de la violación sexual.²⁴⁹

²⁴⁹ Es importante reiterar que a las personas entrevistadas se les formuló pregunta abierta y que de las narrativas derivadas de sus contestaciones, es que en primera instancia se prefiguran aspectos que permiten valorar la aplicación de los criterios que la Norma

No suele realizarse algún tipo de tamizaje rutinario en Consulta, ya sea Externa u Hospitalaria, para identificar si las pacientes están siendo víctimas de violencia sexual, como tampoco para eventuales casos de violación sexual. Ninguna persona entrevistada refirió orientar su Consulta a buscar indicios de violación sexual.

No se cuenta con instrumentos específicos para realizar el tamizaje de violencia sexual. En algunos casos se habló de algún tipo de “cuestionarios” o “formatos”, pero no son específicos para este tipo de violencia, como tampoco se cuenta para el caso de violación sexual. Ninguna persona entrevistada señaló contar con algún instrumento en específico para obtener indicios o confirmar sospechas que le permitieran configurar un caso de violencia sexual de mujeres como violación sexual.

No se cuenta con protocolos de actuación para la detección de la violencia sexual, como tampoco para la violación sexual. Ninguna persona entrevistada aseguró basar su actuación en algún protocolo para detectar casos o diagnosticar violación sexual de un caso observado en Consulta.

En el caso de violencia sexual, el personal médico refirió el llenado y envío ocasional de dos tipos de formatos. Uno, el establecido por la Secretaría de Salud Federal (para fines de registro de información, con base en lo dispuesto por la NOM-046) para reportar casos de violencia o lesiones en general “Hoja de registro de atención por violencia y/o lesión”; y en otros casos se referían al “Apéndice Informativo 2 de la Norma”, que registra casos de violencia familiar o sexual en particular. En el caso de violación sexual, los casos que se reportaron mediante los formatos señalados también se llenaban y remitían de manera ocasional a la instancia correspondiente, pudiendo catalogar el caso como “violación sexual” a pesar de que en ninguno de estos formatos contempla este tipo de violencia sexual en específico.²⁵⁰ Como también podían acopiar y remitir información al Ministerio Público, mediante el Apéndice Informativo 1, cuestión que se revisará en el apartado relativo a orientación y referencia. El punto a resaltar es que no se tuvo certeza que se remitiera ese reporte, fuera a través de uno u otro medio, a las instancias correspondientes porque el personal de salud no pudo

plantea. Además de considerar también las respuestas que da dicho personal a preguntas específicas que indagan sobre la aplicación concreta de dichos criterios.

²⁵⁰ En el caso de la “Hoja de registro de atención por violencia y/o lesión” no hay un campo de información específico para reportar “violación sexual”, aunque se puede hacer una descripción de la afectación a la salud de la víctima en ese sentido. Además de que se puede inferir la violación sexual a partir de la información proporcionada en algunos campos de información, por ejemplo, al señalar el *Tipo de atención* -píldora anticonceptiva de emergencia, entre otros-; *área anatómica de mayor gravedad* -región genital-; *consecuencia resultante de mayor gravedad* -infección de transmisión sexual-. En el caso del Apéndice Informativo 2, “Registro de Atención de Casos de Violencia Familiar o Sexual”, no hay un campo de información en específico para describir la afectación a la salud como violación sexual, pero también se puede inferir ésta a partir de campos como tipo de violencia (sexual), consecuencia resultante (ITS) y lugar del cuerpo afectado (área genital).

informar de ello. En varios casos, eso lo justifican señalando que era labor de Trabajo Social, Psicología o de la administración hospitalaria.

En el abordaje de violencia sexual durante la Consulta Externa o Ambulatoria, fueron un par de casos en los que se señaló contar con servicios de traducción permanentes cuando la mujer víctima, además de sus familiares o representantes, no hablaba español. En general se habilitan personas como traductoras, en el mejor de los casos personal médico, pero ello no siempre es posible.

En XX tenemos dialectos [sic], los enfermeros y psicóloga manejan chol, no necesitamos recurrir a servicios oficiales. Recibimos pasantes de medicina de la Universidad Intercultural que también complementan esos servicios de traducción. La primera atención es con personal de enfermería [...] aunque sería importante que el personal administrativo fuera bilingüe. (Entrevista, mujer, personal de institución de salud de control federal)

En esta zona, que es indígena la mayoría del personal habla náhuatl, personal de enfermería, y eso facilita la atención de las personas que solicitan el servicio. (Entrevista, mujer, personal de institución de salud de control estatal)

A este respecto, se detectó un caso de violación de una niña sordomuda, quien no pudo ser atendida conforme lo dispone la NOM-046 dado que no se contó con servicios de traducción de lengua de señas, ni tampoco fueron requeridos, lo que derivó en que la víctima y su familiar desistieran de la atención médica sin que el personal de salud ofreciera alternativas para realizar la atención, cómo solicitar servicios de traducción, notificar del caso a las instancias correspondientes, ofrecer consejería y orientación. A este respecto, el personal médico entrevistado refirió que no otorgó esos servicios porque la víctima iba acompañada por personal del DIF, quienes ya tenían conocimiento del caso. No obstante, se considera que ese acompañamiento institucional no exime al personal médico que realizó la atención de la víctima de cumplir con las obligaciones que le son señaladas en la NOM-046.

[...] ella era sordomuda, iba con su tía, tampoco sabía hablar en modo [sic] de señas, quien no tenía mucha información. Iba acompañada por una trabajadora social del DIF. No se dejó revisar, entonces ya no se pudo hacer nada. Aparte porque no era la primera vez que la violaban, era una niña de menos de 12 años, ya había sido violentada por su hermanastro. Por lo tanto, no se le pudo dar la píldora [...] Ellos ya la habían intentado revisar, con la Dra. del DIF, pero tampoco se dejó, por lo tanto, ella [la trabajadora social del DIF], dijo que ya no se hiciera nada. La mamá no podía salir porque estaba en puerperio y por tradición no la dejaban salir, y el papá, en este caso padrastro, no dejaba que entraran a su casa. Entonces ellos [el DIF] ya conocían del caso. Se consiguieron

traductores en tzotzil, pero no entendía nada. (Entrevista, mujer, personal de institución de salud de control estatal)

En unidades de salud de Primer Nivel, y en parte del Segundo Nivel, no se cuenta con personal suficiente ni con la especialización y sensibilidad necesaria desde la perspectiva de género para detectar y diagnosticar casos de violencia sexual, como tampoco de violación sexual.

Las implicaciones de esta incapacidad para detectar y diagnosticar casos de violación sexual son mayores para la salud de la víctima, pues en varios casos se detectaron situaciones en las que se tuvieron elementos para configurar la violación sexual de mujeres y, sin embargo, la Unidad de Salud en cuestión no le otorgó los servicios de atención integral a su salud a que tenía derecho, como ya se ejemplificó con el caso descrito párrafos atrás.

Muy preocupante resulta constatar que, pese a que se llega a tener conocimiento de casos de adolescentes y niñas que están embarazadas, el personal de salud los atiende sin indagar la probable situación de que su estado de gravidez derive de una violación sexual. Y pese a que en varios casos cuentan con indicios de ello, no realiza una detección a fondo que le permita conocer las causas y consecuencias de la violación sexual que motivo ese embarazo, con base en lo cual prescribir un plan de salud. Como tampoco, atendiendo al interés superior de la niñez que debe privar en su actuar, para contribuir a generar condiciones, junto con otros actores institucionales, que permitan que una niña o adolescente continúen viviendo una situación de violencia sexual.

Con base en todos los aspectos anteriores, se puede afirmar que un caso de violación sexual del que se tienen indicios durante la Consulta Externa u Hospitalaria, en general no es detectado ni diagnosticado conforme lo plantea la NOM-046, por lo que en muchas ocasiones no es objeto de atención médica integral.

Enseguida se analiza el otorgamiento de los servicios de orientación y referencia a las víctimas de violación sexual en las Unidades de Salud estudiadas.

4.2.2 Orientación y referencia

4.2.2.1 Orientación

Por lo que hace a los servicios de orientación, que contempla también los de consejería²⁵¹, la NOM-046 plantea este objetivo de la atención con a las mujeres víctimas de violación sexual.

²⁵¹ Al respecto, es importante aclarar lo que en el marco de la Norma se entiende por labores de Consejería y acompañamiento. Apartado de Definiciones “4.5. Consejería y acompañamiento, al proceso de análisis mediante el cual la o el prestador de servicios de salud, con los

6.4.2.6. *Proporcionar consejería, seguimiento y orientación a la persona afectada sobre las instituciones públicas, sociales o privadas a las que puede acudir para recibir otros servicios.*

Además, debe tenerse en cuenta que la NOM-046 cuenta con un apartado específico denominado 6.6. **PARA LA CONSEJERIA Y EL SEGUIMIENTO**, en donde expone el siguiente lineamiento aplicable para violencia de cualquier tipo, es decir, familiar, sexual o bien violación sexual, mismo que fue referido en el apartado de violencia sexual.

6.6.1. *Corresponde a las y los prestadores de servicios de salud informar a la persona afectada sobre su derecho a denunciar los hechos de violencia que se presenten, la existencia de centros de apoyo disponibles, así como los pasos a seguir para acceder a los servicios de atención, protección y defensa para quienes sufren de violencia familiar o sexual, facilitando y respetando la autonomía en sus decisiones e invitando a continuar el seguimiento médico, psicológico y de trabajo social.*

En ese sentido, el personal de salud que atiende casos de violación sexual por mandato de la NOM-046 debería proporcionar servicios de consejería y orientación a las mujeres víctimas, consistentes en ofrecerles información sobre los pasos a seguir para acceder a servicios que instituciones públicas, sociales o privadas les puedan proporcionar para su atención, protección y defensa ante la violencia, así como otros servicios²⁵².

A este respecto, al preguntar al personal entrevistado sobre otro tipo de acciones que como prestadores de salud deben llevar a cabo para la atención de la víctima, además de las estrictamente médicas, hubo poco personal que sabía las obligaciones que con relación a esto les señala la NOM-046. Como también se reconoce que aunque se conozca esa información, no se otorga de manera rutinaria a la paciente.

Sí, como tenemos nuestra Unidad de Psicología, como siempre que hay personal de nuevo ingreso ella hace lo posible para darnos una capacitación. Ella está muy al pendiente de que estemos al pendiente de las usuarias, que estemos sensibilizadas para detectar y sobre todo atender. [...] Cuando sufre de violencia severa se le da la opción de refugios, solo tenemos la opción de un refugio hasta la Ciudad de XX, el albergue queda un poquito lejos, pero se hace todo lo posible por apoyarla. (Entrevista, mujer y hombre, personal de institución de salud de control federal)

En la entrevista de trabajo social es donde se les dan a conocer sus derechos de salud, de protección y todos. (Entrevista, hombre, personal de institución de salud de control federal)

elementos que se desprenden de la información recabada, ofrece alternativas o apoyo a la o el usuario respecto de su situación, para que éste pueda tomar una decisión de manera libre e informada.

²⁵² En el siguiente apartado se verá lo relativo a la referencia y al seguimiento, así como también se analizará el caso de que a las víctimas se les debe dar a conocer sobre su derecho a denunciar, mismo que se verá en el apartado específico sobre su referencia a la Fiscalía.

Yo creo que no se da de manera rutinaria, se da por hecho que se conoce porque hay información en los medios de comunicación, pero no. Falta que se haga hincapié que existen instancias que la pueden proteger y que nosotras les proporcionemos la información detallada de dónde acudir, canalizarlas a las propias instancias, sin embargo, muchas veces no se les da esa información, lo que implica que las pacientes terminen por no hacer nada al respecto. (Entrevista, mujer, personal de institución de salud de control federal)

También hubo casos en los que se aseguró conocer la NOM-046, no obstante que se dieron evidencias de que ello no era así:

*Los médicos [sic] están capacitados para orientar a las víctimas respecto a su situación, lo que puede suceder, y que hay un margen en el que la víctima puede acudir a denunciar. También se les insiste para que continúen con un chequeo médico posterior al ataque. La Norma indica que se debe de tener un **Carnet de Víctima**²⁵³ [sic] en el cual se agenden las citas con trabajo social, psicología y medicina. (Entrevista, hombre y mujer, personal de institución de salud de control federal)*

Además, se señalaron problemas como insuficiencia de personal, capacitación de este o incluso de recursos presupuestales, para poder llevar a cabo las labores de orientación y referencia.

No existen recursos suficientes (para orientar a la víctima), porque nuestra unidad es pequeña, no tiene jefaturas, no tiene un coordinador de enseñanzas, no hay recursos, la capacitación que se realiza es mucho de la voluntad de los médicos y de gran parte de enfermería, pero estamos muy limitados en recursos, y esta limitante hace que no tengamos tanta apertura, no hay dinero específicamente. Este Hospital se maneja con recursos de nivel estatal y hace unos años se manejaba por medio de patronato y cuotas, de ahí lo que le digo de las prestaciones son muy pobres, las expectativas son pocas, prácticamente se manejaba de “trabajas te pago, no trabajas no te pago”. [...] Recursos hay muy pocos y capacitación hace falta mucha. (Entrevista, hombre, personal de institución de salud de control estatal)

Solo en un caso se señaló sobre la existencia de instrumentos de apoyo para realizar esas acciones de orientación y referencia:

La Unidad no cuenta con el personal para brindar el apoyo psicológico, se apoyan del DIF y del Instituto de las Mujeres para pedir el apoyo de valoración a las víctimas hospitalizadas. De todos modos, en el turno nocturno no hay ningún tipo de apoyo para las víctimas que llegan en ese horario. [...] el Hospital tiene un Manual de

²⁵³ Cabe hacer notar que un documento de ese tipo no se contempla en la NOM-046.

Procedimientos en el cual se indica a qué instancias contactar, a través de un directorio, en caso de una víctima de violencia. (Entrevista, hombre, personal de institución de salud de control estatal)

Al respecto, las OSC entrevistadas coinciden en esos problemas, además de que develan otros asociados a las labores de consejería y orientación. En un caso se menciona como principal problema la insuficiencia de personal:

Con base en la información con la que se cuenta hasta ahora, no se cuenta con personal suficiente para hacerlo [consejería y referencia], se traslada la responsabilidad a las usuarias quienes tienen que ir acompañadas de personas de su confianza que en muchos casos resulta relevante, que muchas veces las víctimas son acompañadas por sus victimarios, y esto resulta preocupante en que difícilmente va a tener una consejería adecuada si está en presencia de su agresor. (Entrevista, mujer, personal de OSC)

En otro caso se habla de la insuficiente capacitación específica en estas labores, las cuales, desde este punto de vista, pueden ser realizadas por cualquier tipo de personal de salud, siempre y cuando reciba una capacitación en específico desde la perspectiva de género:

Se le informa que todo será confidencial, que se hará una hoja de lesiones, y se le da consejería por parte de trabajo social sobre a dónde puede acudir dependiendo de lo que decida. Tenemos un formato, no sabemos si está vigente. La verdad no, no ha habido ninguna capacitación. (Entrevista, hombre, personal de institución de salud de control estatal)

El problema de la falta de capacitación, desde la óptica de las OSC, refiere también a incorporar la perspectiva de género:

Los servicios de consejería pueden ser realizados por cualquier persona del servicio de salud con la capacitación correcta. Por ejemplo, los propios médicos conocen qué implicaciones hay después de una agresión sexual, por lo tanto, pueden comprender qué viven las mujeres con embarazos forzados y pueden brindar consejería en ese sentido, pero entonces el personal necesita estar capacitado no sólo en la Norma, se requiere también informarles sobre en qué consisten los procedimientos, qué alternativas hay, qué derechos le asisten, etc. Esto es algo que no sólo los médicos pueden hacer, lo pueden hacer diversas personas que integran los servicios, como enfermería, trabajo social, psicología, etc., no es necesario que sean psicología quien la brinda, lo anterior se cree porque también se tiene una idea de qué tipo de mujeres llegan a los servicios, se piensa que van a llegar trastornadas y no necesariamente [...] Si requiere capacitación que tiene que ver con la perspectiva de género, sensibilidad, perspectiva de género y sentido común. (Entrevista, mujer, personal de OSC)

También se da cuenta de problemas con la infraestructura de las unidades de salud, la cual no permite la ejecución de esas labores, las cuales requieren de espacios que permitan la intimidad para el abordaje de problemas que generan una gran carga emocional:

Así como el personal se comparte, también se comparten los espacios, por lo tanto, no hay un espacio propicio o específico donde las mujeres puedan llegar a atenderse por la grave violencia sexual vivida. Algunas veces las consejerías o las orientaciones son en los espacios no adecuados, no hay privacidad. (Entrevista, mujer, personal de OSC)

Los espacios no son completamente accesibles, las mujeres llegan buscando una orientación y en principio no se tiene claridad de dónde acudir, ahí ya se abre una brecha sobre cómo establecer niveles de confianza, especialmente porque las mujeres jóvenes no creen en las instituciones, entonces cuando hay un caso de violencia que afectó mucho su salud sexual, estos espacios no son espacios accesibles que inspiren confianza y seguridad. También las mujeres se enfrentan a una crítica de quienes brindan los servicios a no tener sensibilización con perspectiva de género y mucho menos para enfrentar una situación de violencia. (Entrevista, mujer, personal de OSC)

Hace falta espacios únicos o privados donde ellas puedan abrirse y abordar todo lo relacionado con la violencia fuerte que vivieron. Los consultorios se comparten con otros programas que no es el de violencia sexual. Se requiere que sean únicos y confidenciales. (Entrevista, mujer, personal de OSC)

Se puede concluir que los servicios de orientación a las víctimas de la violación sexual presentan problemas semejantes a los analizados para el caso de ese tipo de servicios otorgados a las víctimas de violencia sexual. En unidades de salud de Primer Nivel y una proporción importante de Segundo Nivel no cuentan con personal suficiente y capacitado para otorgarlos; como tampoco disponen de instrumentos de apoyo para cumplir esa labor. A decir del propio personal entrevistado, en muchos casos las instalaciones no son adecuadas para abordar un problema tan delicado para la salud física y emocional de las mujeres, por lo que en muy pocos casos esos servicios se otorgan en términos que permitan cumplir con el objetivo señalado en la NOM-046.

Lo que trae como consecuencia que los espacios del sector salud no estén aprovechando el vínculo que se establece con la víctima de violación sexual para que esta reciba información estratégica que le permita ser asumir decisiones informadas para transformar las condiciones de violencia que vive. Las unidades de salud en pocos casos están siendo el espacio de información que las empodere y el vínculo con otras instancias públicas, sociales o privadas que son un recurso para que las mujeres víctimas de esta forma de violencia grave logren trascender la situación de violencia que viven.

4.2.2.2 Referencia a instancias de salud especializadas de víctimas de violación

Respecto de las labores de referencia, se ha señalado que la Norma establece en su numeral 5.6 que las víctimas de violencia sexual, incluidas las de violación, deberán ser referidas, cuando se requiera, “a otros servicios, unidades médicas, instituciones y organismos con mayor capacidad resolutive”.

A este respecto, se detectó que es una práctica generalizada referir a las víctimas de violación a otras instancias especializadas para su atención. Las mayores evidencias de cumplimiento de la NOM-046, se ubicaron en unidades de salud que tenían mayores recursos, incluido personal especializado en Psicología o Trabajo Social. Esto asegura no sólo que la atención médica continúa una vez que la paciente ha sido referida, sino también que se mantenga el enlace con ella, es decir, que se le dé seguimiento.

Los remiten a otra instancia, se mandan al DIF para apoyo psicológico, mediante un sistema de referencia. Trabajo Social hace el enlace con el DIF para comentarle que la paciente va a ser referida, para que en caso de que no llegue, vayan por ella. Cuanto está hospitalizada, el DIF manda a alguien de psicología. Si es médica la necesidad de rehabilitación, la puede realizar el propio Hospital. (Entrevista, mujer, personal de institución de salud de control estatal)

En muchos de los casos se dio cuenta de que esas referencias se dirigían a que las víctimas recibieran apoyo psicológico, que es del que más carecen las unidades de salud de Primer y Segundo Nivel, o bien contando con ellos, el personal para realizar la atención es insuficiente; o en algunos casos reconociendo que la capacitación que se tiene al respecto es poca, se decide canalizar a las víctimas a otras instancias.

Si hay suficiente presupuesto y personal para atender la situación médica; en la situación emocional la unidad no cuenta psicólogos para atender a las víctimas por lo que nos vemos en la necesidad de referirlas al Hospital de la Mujer. (Entrevista, hombre, personal de institución de salud de control estatal)

Se ubicó que, para realizar la referencia, se contaba en algunas unidades de salud con formatos específicos para ello, lo cual permitía no sólo el reporte del caso, sino el seguimiento del mismo.

Hay un formato, que es la hoja de referencia. Lo llena la parte médica y lo entrega a trabajo social y ellas las refieren. Se hace un expediente médico. Se le dice que tiene que llevar seguimiento en la Unidad. Seguir en contacto con ella. Si es algo menor se lleva a cabo ahí. Si se refiere a otro nivel, tienen que ir más continuamente [...]. (Entrevista, mujer, personal de institución de salud de control estatal)

No obstante, la referencia, pese a que se hacía de manera oficial, en varios casos se dio cuenta de que no se cumplía con los términos que marca la NOM-046, pues después de remitidas las víctimas de violación, las Unidades que las refirieron no volvían a saber nada de ellas. Por un lado, no se cumple con el seguimiento a las víctimas que desde la instancia que refiere se debe llevar a cabo. Y, por otro lado, la instancia receptora no realiza la contrarreferencia, es decir, luego de atender a la víctima que le fue referida debería enviarla de regreso a la Consulta con la Unidad que la remitió originalmente, a fin de que se garantice la continuidad en el proceso de restauración de su salud física y mental.

Llegó una joven agredida por el novio. Lesiones en cara y tórax. La refirieron hacia la fiscalía especializada, se solicitó apoyo al DIF. La víctima asistió a los servicios canalizados sólo el día de la denuncia. Incluso fueron de la Fiscalía Especializada a la Unidad de Salud preguntando por la joven, pero la chica jamás regresó. (Entrevista, hombre, personal de institución pública de control estatal)

Nuevamente, el problema de la insuficiencia de personal resulta clave en que la referencia no se concrete conforme a las necesidades de la víctima, pues hay casos en que la referencia se retrasa, con la eventualidad de que la víctima se desista; como también tiene como consecuencia que el seguimiento se vea en entredicho:

En la Unidad solo tenemos área de Trabajo Social y Psicología en el turno matutino por lo que solo en ese horario se le puede referir a las pacientes. Y se me hace fundamental tenerlo en los otros turnos en los cuales tenemos que hacer referencia al DIF o al Hospital General para que nos apoyen [...]. (Entrevista, hombre, personal de institución pública de control estatal)

Inclusive, como se verá enseguida, en varios de los casos de víctimas de violación sexual que el personal de salud entrevistado señaló haber referido a la Fiscalía, no se tuvo conocimiento de en qué derivó su proceso en aquella instancia, ni tampoco volvió a saber de la víctima, por lo que el proceso de atención a su salud se vio truncado por falta de seguimiento de la Unidad de Salud.

Como se verá adelante, es más común que ese seguimiento sí se dé cuando la violación derivó en un embarazo, pues es la víctima la que regresa, ya sea porque quiera abortar o bien porque requiere la atención médica para atender su embarazo. Es decir, el seguimiento existe no por la capacidad de la institución de salud, sino por la actuación de la propia víctima, y así la institución retoma el vínculo y realiza acciones de seguimiento.

4.2.2.3 Referencia a Fiscalía de víctimas de violación sexual

La NOM-046 señala que todo caso de violencia sexual debe notificarse a la Fiscalía mediante el Apéndice Informativo 1 de la misma, por lo que en el caso de la violación sexual, que es una forma de violencia sexual grave, ésta debe notificarse mediante el llenado de dicho apartado.

6.5.1. Elaborar el aviso al Ministerio Público mediante el formato establecido en el Apéndice Informativo 1, en los casos donde las lesiones u otros signos sean presumiblemente vinculados a la violencia familiar o sexual.

Pero también la violación sexual, en tanto hecho constitutivo de delito que provoca daño a la integridad corporal de la víctima, debe notificarse a dicha instancia de procuración de justicia de manera inmediata por parte del personal de salud.²⁵⁴

6.5.3. Ante lesiones que en un momento dado pongan en peligro la vida, provoquen daño a la integridad corporal, incapacidad médica de la o el usuario afectado por violencia familiar y/o sexual o la existencia de riesgo en su traslado, se dará aviso de manera inmediata al Ministerio Público.

La Norma también especifica que, además, en el caso de personas menores de edad, se deberá notificar a instancias especializadas en la protección de sus derechos. Esto es, en estos casos se debe dar aviso inmediato a la Fiscalía y también a la instancia protectora de sus derechos, como el DIF o SIPPINA.

6.5.5. Cuando él o la persona afectada sea menor de edad o incapaz legalmente de decidir por sí misma, además se notificará a la instancia de procuración de justicia que corresponda.

Siguiendo la misma técnica de investigación realizada para otros apartados, al abordar sobre cómo se daba aviso a la Fiscalía o Ministerio Público sobre casos de violación sexual, se planteó pregunta abierta al personal entrevistado y una vez que este respondía se hacían preguntas en específico sobre aspectos como los señalados en estos numerales.

En principio, es importante señalar que, en contraste con lo que acontece con casos de violencia sexual en general, en el caso de violación sexual el personal médico conoce mejor las obligaciones que tiene, particularmente respecto de su canalización al ámbito de la justicia. Esto puede deberse a que, siendo un problema de particular gravedad con manifestaciones evidentes en la salud física y emocional para la víctima, el personal de salud es más sensible en su abordaje, teniendo más claridad respecto de sus implicaciones

²⁵⁴ Solo en casos de discapacidad mental, la persona que está obligada a realizar esa notificación es la responsable del establecimiento: 6.5.2. En el caso de que la o el usuario afectado presente discapacidad mental para decidir, este hecho se asentará en el aviso al Ministerio Público; corresponde al responsable del establecimiento de salud dar aviso al Ministerio Público y no al médico tratante. La copia del aviso quedará en el expediente de la o el usuario.

legales. Por ejemplo, el siguiente testimonio da cuenta de la obligación del personal médico de hacer del conocimiento del delito a la Fiscalía, mediante el formato incluido en la Norma, además de informar a la víctima sobre el derecho que ella tiene para denunciar por sí misma los hechos ante la dicha autoridad.²⁵⁵

Se llena el formato de lesiones y se determinan los daños físicos, se le comenta a la paciente si ella quiere hacer alguna denuncia y se le apoya con la hoja de lesiones y se le dice dónde puede hacer la denuncia. Se le hace un aviso al MP y si es que el MP determina llevar a cabo una investigación acuden ellos con el formato de lesiones. (Entrevista, mujer, personal de salud de control estatal)

En otro caso se habla no solo de la notificación a la Fiscalía, sino que se le proporciona información a la víctima sobre su derecho a denunciar y a recurrir a otras instancias para recibir asesoría legal.

Le informamos a la usuaria de poder hablar al MP solo para informar, no para hacer la denuncia. Ella es la que debe ir a denunciar, se le orienta de instituciones donde puede encontrar asesoría legal, y las instituciones se deben encargar de dar seguimiento al caso. (Entrevista, hombre, personal de salud de control estatal)

En la mayoría de los casos se tenía claridad sobre lo imperativo de notificar a la Fiscalía mediante el Apéndice Informativo 1, que forma parte de la Norma:

Dentro de los formatos del expediente de la paciente también hay un formato de notificación al Ministerio Público con el cual se le informa la MP de la situación. (Entrevista, mujer, personal de institución de salud de control estatal)

No obstante, una parte importante no conoce con precisión el alcance de las obligaciones que tienen al respecto. Por ejemplo, varias de las personas entrevistadas consideraron que un caso de violación sexual se debía hacer del conocimiento de la Fiscalía siempre y cuando la víctima estuviera de acuerdo, lo cual contraviene lo planteado por la Norma, que establece que es obligación de la Unidad de Salud, como se señaló anteriormente.

Al MP no le informamos hasta que ella desea, [hasta que ella] solicita formalizarlos como tal formalmente aquí; mientras ella aquí no informe de la solicitud no se envía la hoja de lesiones. (Entrevista, mujer, personal de institución de salud de control estatal)

²⁵⁵ A este respecto, la NOM-046 señala lo siguiente: 6.5.6. En los casos en los cuales las lesiones que presente la persona no constituyan un delito que se siga por oficio, el médico tratante informará a la o el usuario afectado por violencia familiar o sexual o en caso de que por su estado de salud no sea materialmente posible, a su representante legal, sobre la posibilidad que tiene de denunciar ante la agencia del Ministerio Público correspondiente siempre y cuando no sea el probable agresor, o alguna persona que pudiera tener conflicto de intereses.

En varios casos se cumple también con la disposición de la Norma de que, en casos que involucran a víctimas menores de edad, se notificará a la instancia de protección de sus derechos, siendo predominante el caso de notificación al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

Se le hace una invitación a los familiares por parte del personal para que vayan a ratificar la denuncia [sic] que la Unidad ya hizo, y se le informa a la paciente que tiene derecho a una evaluación psicológica que es fundamental para tener un tratamiento integral. Se hace referencia a un Hospital de Segundo Nivel en caso de ser necesario para que el tratamiento continúe y de ahí también se puede referir a la víctima a otras instancias como el DIF o el Programa de atención de víctimas del delito. (Entrevista, mujer, personal de salud de institución federal)

Uno de los problemas que se presenta en la referencia de casos a la Fiscalía es el tiempo que tarda en que dicha instancia tome conocimiento oficial de los hechos, lo cual entorpece la investigación ministerial de los mismos. En algunos casos, esto se debe a problemas de la Unidad de Salud, dados por falta de personal.

En caso de violación [...] se realiza una llamada telefónica al MP y se espera a que lleguen, si sucede el cambio de turno [de la Unidad de Salud], se anota en una bitácora toda la información para que se le pueda proporcionar a la autoridad cuando esté en conocimiento del caso. (Entrevista, hombre, personal de salud de institución estatal).

Aunque, como advierte una persona de una OSC entrevistada, en ocasiones esa llamada hace que el personal de salud no notifique oficialmente del asunto a la Fiscalía, que también puede tener como consecuencia que no se dé el seguimiento oficial:

La mayoría de las veces sucede que llegan primero el MP y desde ahí las canalizan a los servicios de salud, pero cuando no ocurre así y llegan primero al servicio de salud, si hacen las referencias, no les dan acompañamiento. Pero si se hace la referencia, en los casos en los que llega a haber seguimiento es sólo vía telefónica. Se le llama al MP y se le avisa que las víctimas se dirigen con ellos, pero nada más (Entrevista, mujer, personal de OSC)

En otros casos los retrasos se deben a la actuación de la propia autoridad judicial.

Se hace la notificación vía la asistente del médico y el MP viene por la notificación, después la Fiscalía pide una descripción de lesiones detallada. Muchos casos que nos llegan es (sic.) porque primero pasaron al MP y después fueron referidos al Hospital pero siempre es muy desfasado el tiempo de la denuncia a la evaluación médica de la víctima. Ha habido casos en los que el Ministerio, aún con la notificación inmediata que se le hace, no acuden ni por parte de la Fiscalía (sic.), dicen que no es necesario. (Entrevista, mujer, personal de institución de salud de control estatal).

En XX el Hospital emite una hoja de lesiones y se la da al MP y luego esta, la da a la policía especializada. Esta se tarda mucho, días. Antes el MP era quien iba primero. Se debe dar agilidad a la policía especializada. Se pierden evidencias. Se necesita trabajar más integralmente, en conjunto. (Entrevista, mujer, personal de institución de salud de control estatal)

Pero, en cualquier caso, esos retrasos tienen consecuencias negativas para la salud de la víctima, pues extienden injustificadamente su sufrimiento. Como también las tienen para su acceso a la justicia, por ejemplo, al no haberse realizado oportunamente análisis y estudios²⁵⁶ que puedan ser utilizados en la investigación judicial de su caso.

Existe casos de mujeres que, aun siendo remitidas a unidades de salud por mandato de autoridad ministerial, no se les realizan análisis de laboratorio para constatar embarazo, o bien detectar ETS, y con base en ello recomendar a la autoridad sanitaria la prescripción de quimioprofilaxis y profilaxis. Pero más allá de que sea o no obligación de la autoridad ministerial realizarlos, lo cierto es que sí es obligación de la instancia de salud hacer su propia valoración de la salud de la víctima, por lo que debería realizar análisis de laboratorio y diagnóstico médico de la salud física y psicológica.

De lo anterior se puede deducir que una mujer referida de la Fiscalía enfrenta las mismas limitaciones del sistema de salud que se han señalado páginas atrás, aunque las enfrenta con mayores recursos. Y estos son los que le implican el haber denunciado ante autoridad judicial la grave agresión sexual sufrida, y el mandato que la configura “jurídicamente” como víctima.

No se cuenta con evidencias de que a las mujeres que son remitidas por la Fiscalía se les atienda mejor, aunque es de suponerse que sí, por las referencias que al respecto hacen algunas OSC, de casos en los que ellas mismas están inmersas.

Lo cierto es que, si una víctima denuncia antes en la Fiscalía y ésta abre una carpeta de investigación del delito de violación sexual, y con base en ella solicita oficialmente la intervención de los servicios de salud para que atienda la salud de la víctima, ésta cuenta con mayores recursos y posibilidades de que se le atienda mejor en el sistema de salud.

²⁵⁶ Por ejemplo, la NOM-046 en su apartado 6.4 PARA EL TRATAMIENTO ESPECÍFICO DE LA VIOLENCIA SEXUAL, señala la obligación del personal de salud de “6.4.2.5. Registrar las evidencias médicas de la violación, cuando sea posible y previo consentimiento de la persona afectada”.

Otro problema semejante se presenta en aquellas unidades de salud, sobre todo de Primer Nivel, situadas en lugares en donde no existe cerca una agencia de la Fiscalía, por lo que la notificación se realiza ante autoridad policiaca, o de gobierno, quienes intervienen, pero sin tener las funciones de aquélla, por lo que los retrasos para la atención especializada no se eliminan:

Después de atender a la paciente se le da notificación a la Comandancia de Policía para que vengan a hacer el informe e interrogar a la paciente. (Entrevista, mujer, personal de institución de salud de control estatal).

Se ha dado cuenta páginas atrás del caso de una niña sordomuda víctima de violación sexual, que por falta de pericia en el abordaje y dada la inexistencia de apoyo de personas traductoras de lenguas de señas, no solo no fue posible atenderle en cuanto a su salud, sino que tampoco se notificó a las instancias ministeriales, con lo que la niña fue revictimizada y las condiciones que estaban permitiendo la violencia sexual grave que padecía, subsistían. Otro caso semejante se detectó en donde además de la mala atención en términos médicos, resalta la pésima actuación de las instancias sanitarias de la institución, que contribuyeron a la revictimización de la adolescente.

Llegó una pacientita de 13 años, embarazada de 7 meses. Se le hizo valoración, protocolo, se le mandó a valoración a una revisión. Fue violada por su hermano. Se dio el Informe al Juez de la comunidad y él determinó eso [...] Las autoridades lo pusieron a recoger basura en la comunidad. Es que ahí se rigen por usos y costumbres. El papá no quiso que se diera parte al MP. La decisión de no referir fue de la Jurisdicción Sanitaria. (Entrevista, mujer, personal de institución de salud de control estatal).

Este caso también evidencia la incapacidad del sistema de salud para garantizar el interés superior de la niñez, tanto para salvaguardar su integridad personal, como para asegurar y restaurar su salud física y emocional.

Es importante destacar que ninguna persona entrevistada refirió contar con algún instrumento como Manual o Protocolo para guiar su actuación en el proceso de aviso a la Fiscalía²⁵⁷:

Hay documentos que nosotros llenamos para el registro de violación de las pacientes, en estas mismas hojas vienen los pasos que debemos de seguir para orientar a la víctima, pero solo para la agresión, no para tomar acción legal. Cuando la víctima de violencia llega a la Unidad nosotros las referimos al Hospital General para que le den la orientación legal y dé protección (Entrevista, hombre, personal de institución de salud estatal).

²⁵⁷ En casos como el citado dos párrafos atrás, al solicitarles el instrumento en cuestión (Protocolo, Guía, Manual u otro), este no fue remitido. Se tuvo conocimiento de la existencia de ese tipo de instrumentos en algunos casos elaborados por instancias de salud estatales, por vía de las entrevistas con OSC, o bien durante la revisión documental realizada para esta investigación. Pero el hecho es que el personal pocas veces refirió su existencia y uso, y cuando sí fue confirmada su existencia, no se remitió al equipo investigador evidencia de que contaba con tal instrumento.

A este respecto, se considera que se deben crear esos instrumentos de apoyo para guiar la actuación del personal médico para colaborar en la adecuada judicialización de los casos, capacitándose ampliamente en ello.

Muy importante es destacar que en el marco de las entrevistas se detectó que en algunos casos el personal médico tenía dudas sobre las implicaciones jurídicas de ser la persona firmante del aviso a la instancia de procuración de justicia. Esas dudas les hacían plantear reservas respecto de la conveniencia de reportar los casos de violación o incluso, como se verá más adelante, las solicitudes de aborto médico. Por lo que de facto ese desconocimiento y miedo a asumir eventuales responsabilidades jurídicas hacía que tuvieran reticencias a dar continuidad al proceso de notificación de la violación.

Esto mismo ha sido detectado por las organizaciones de la sociedad civil entrevistadas, para quienes ese temor a notificar tiene implicaciones, tanto para el acceso de las mujeres víctimas a la justicia como para el proceso de atención mismo de su salud.

El personal de salud tiene miedo a verse involucrado en temas jurídicos, muchas de las veces no hay quien quiera llenar y firmar este Aviso, entonces no asientan en el expediente que se trata de una atención por violencia o violación sexual y por lo tanto no llenan el Aviso que vienen dentro del Manual o el Apéndice. (Entrevista, mujer, personal de OSC)

En la mayoría de los casos no quieren verse involucrados en procesos jurídicos, y se le deja la carga a la mujer para que acuda a una institución de impartición de justicia, inclusive al estar en una ciudad el Hospital urbano, desconocen cómo funciona el órgano jurisdiccional, [lo que] hace que sea más tardado la denuncia. Pero no se da aviso al MP. (Entrevista, mujer, personal de OSC)

También sucede que cuando las mujeres no quieren iniciar denuncia, se piensa que es porque están mintiendo. A veces se convierte en una barrera entre el ejercicio de los derechos de las mujeres, el acceso a servicios y lo que el prestador de servicios piensa que es su obligación. Sobre todo, cuando se trata de casos en los que las mujeres se encuentran en una situación de riesgo. Les cuesta trabajo entender los efectos legales de la notificación, cuál es el alcance de esta notificación. (Entrevista, mujer, personal de OSC)

También como factor de temor para notificar está la violencia que se vive en muchas comunidades del país y el riesgo que se percibe de ser objeto de represalias de la persona agresora, que puede conocerles dado que se trata de localidades pequeñas. A este respecto en una de las entrevistas con personal médico se reveló lo siguiente.

Pasa que los familiares de los pacientes pueden estar aquí junto a nosotros, en XX los últimos años se ha caracterizado por un alto índice de violencia, en esta Unidad han entrado a matar gente [...]. (Entrevista, hombre, personal de institución de salud de control estatal)

La misma situación fue planteada por una OSC:

Otra preocupación del personal médico es la de que los agresores se enteren de que el personal médico dará aviso a la autoridad y que reciban agresiones por parte de éstos. (Entrevista, mujer, personal de OSC)

Como adecuadamente señalan las OSC, este temor debe ser disipado con capacitación sobre el particular, además de que se dé respaldo institucional a las decisiones del personal médico. Las Jurisdicciones o Coordinaciones Sanitarias deberían estar más presentes en este tipo de casos para orientar y respaldar al personal médico en sus decisiones.

Mucho del miedo de la persona se puede resolver en las capacitaciones, para que el personal pueda hacer su trabajo de manera adecuada. Si se les brindara la seguridad jurídica de que lo que están haciendo es lo correcto y que finalmente ellos no tendrían por qué tener alguna consecuencia negativa, el personal médico podría estar llenando los expedientes y mandando los avisos al MP. (Entrevista, mujer, personal de OSC).

Como bien destaca una OSC, este problema del desconocimiento de la Norma, aunado al temor por violencia en ámbitos de pequeñas localidades, hace que el problema sea más profundo en instancias situadas en el ámbito rural, es decir, en unidades de salud de Primer Nivel y algunas de Segundo Nivel:

En los servicios rurales sí hay diferencias entre la formación académica que encuentras en los entornos rurales. Hay personal con menos herramientas o conocimientos jurídicos. Cuando nos encontramos en estos supuestos, tienes que iniciar mucho más atrás cuando tienes que hablar de estos temas. Necesitas explorar para saber de dónde vienen esos miedos a lo legal. Hay resistencia del personal de salud a involucrarse en los temas legales, hay una desconfianza fundada en los ámbitos de procuración de justicia, hay mucho temor de atender y quedar vinculado a procedimientos legales que se reviertan. (Entrevista, personal de OSC)

La información que se ha generado en el marco de las solicitudes de declaratoria de AVG en las entidades federativas permite ubicar que existen pocos esfuerzos de gobiernos estatales para capacitar en torno a la vinculación que debe existir entre instancias de salud y ministeriales, para la correcta aplicación de la Norma y en favor del derecho a la salud de las mujeres víctimas de violencia sexual. No obstante, esa capacitación sobre todo se ha desarrollado con instancias de procuración de justicia, no tanto con personal médico.

Es el caso de Veracruz²⁵⁸ y San Luis Potosí, donde se realizaron acciones de capacitación en torno a temas como “referencia, contrarreferencia y canalización, se identificaron los procedimientos de referencia-contrarreferencia y canalización de las usuarias de acuerdo a la NOM-046, se expusieron los procedimientos para el registro de casos y aviso al Ministerio Público y se presentó la información a los y las usuarias involucradas en situación de violencia familiar o sexual sobre centros especializados para el tratamiento, consejería y asistencia social”²⁵⁹.

De modo que la información derivada de la investigación en campo, como la de corte documental, evidencia que se carece de protocolos de actuación, capacitación e incluso de voluntad política, tanto por el personal que atiende directamente los casos, como por quienes integran la dirección de las instituciones. Su actuación contraria a los derechos humanos en ocasiones encuentra en el argumento de los usos y costumbres su mejor aliado para no obrar decididamente a favor de la víctima, como está obligada como autoridad pública.

Por otro lado, si bien esta investigación se restringe a lo que marca la Norma en cuanto a la actuación del sector salud frente a la violación sexual, es evidente que los hallazgos refieren también a problemas de coordinación de dicho sector con las instancias de procuración de justicia, todo lo cual redundaría en la salud física y emocional de la víctima, así como a su acceso a la justicia, cuestiones que sí contempla la Norma. En ese sentido, se presentan hallazgos de la investigación que se considera deben ser atendidos desde el sector salud porque están teniendo implicaciones para la salud de las mujeres víctimas de violación sexual.

Uno de los problemas detectados es el de casos de mujeres que han sido repetidamente víctimas de violencia sexual grave, violación sexual incluida, los cuales han acudido más de una vez a unidades de salud a solicitar servicios y el personal de salud que la atiende, teniendo conocimiento de esta violencia sexual reiterada, le da el trato de una víctima que acude por primera vez.

Se le dijo que el médico tenía que informar a la autoridad, aunque no quisiera la paciente, ella me dijo que estaba de acuerdo porque ya había puesto una denuncia con el abuelo pero que no había tenido eco, que estaba de acuerdo en que se le hablara al MP. Le dejamos con el MP que diera toda la información, nosotros le dimos muy poca información. (Entrevista, mujer, personal de salud SSA)

²⁵⁸ Ver Dictamen sobre la implementación de las propuestas contenidas en las conclusiones del informe emitido por el grupo de trabajo conformado para atender la solicitud de Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres por agravio comparado para el estado de Veracruz. Pp. 20 y ss. Documento disponible en: <https://www.uv.mx/ouv/mujeres/files/2017/12/Dictamen-AVGMAC-Veracruz.pdf>

²⁵⁹ Ver Dictamen sobre la implementación de las propuestas contenidas en las conclusiones del informe elaborado por el grupo de trabajo conformado para atender la solicitud de Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres en el Estado de San Luis Potosí. Pp., 7-10. Dictamen disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/233312/Dictamen_AVGM_San_Luis_Potos_grupo_trabajo.pdf

Una niña de 13 años que sabíamos era violentada [...] la autoridad fue a buscar a la niña y asustamos al papá, quien por descuido de la menor tendría problemas legales. Sospechábamos que fue el papá el que la violentaba, pero no se hizo nada, regresaron a la menor y los papás no hicieron nada; el DIF no hizo nada, porque seguro es probable que seguirán abusando de ellas. Las mamás no dicen ni hacen nada. Si la paciente me dice y aunque yo digo, hago aviso a las autoridades, yo no puedo hacer nada. Esos son los recursos que se necesitan para fortalecerlos de esta Norma, todo tiene que venir desde arriba para que nosotros podamos prevenir todo tipo de acciones. (Entrevista, hombre, personal de institución de salud de control federal)

A este respecto, se considera que estos casos se deberían abordar de manera diferente, involucrando de manera inmediata y contundente a las autoridades jurídicas de la institución, como también a sus Coordinaciones o Jurisdicciones Sanitarias.

Situación similar se ubica en cuanto de la referencia del caso que se hace de las menores de edad hacia instituciones de protección de sus derechos, en donde es común que sea el DIF la instancia involucrada. Como se podrá observar luego de analizar los diversos casos referidos a lo largo del Capítulo que implican a esa institución, ésta raramente se involucra a fondo en modo tal que la salud física y emocional de la víctima quede salvaguardada. Se ha dado cuenta de casos de revictimización dados por la falta de acción contundente de esa instancia, que permite que niñas y adolescentes continúen viviendo con las personas que las violentan sexualmente de manera cotidiana.

En conclusión, respecto de la aplicación de la NOM-046 en cuanto a la violación, ésta se lleva a cabo de manera más fiel a los criterios señalados en ella, en comparación con la atención a la violencia sexual. Lo relativo a su atención como urgencia médica es algo que en general se garantiza en las unidades de salud, aun en las relativas al Primer y Segundo Nivel. No obstante, en este tipo de unidades de salud, se carece en ocasiones de PAE, así como de medicamentos antirretrovirales, por lo que no se cumple con las medidas orientadas a la prevención de un embarazo no deseado producto de la violación, así como a la prevención de infecciones de transmisión sexual y VIH.

Al igual que en el caso de la violencia sexual, el sistema de salud falla en la primera etapa del contacto con la mujer víctima de violación sexual, que es la detección. El personal de salud no cuenta con la especialidad, ni con la capacitación, como tampoco con la sensibilidad necesaria que le permita, como prescribe la Norma, detectar en el proceso de consulta situaciones de violencia sexual y por tanto de violación; además de que tampoco cuenta con Guías, Manuales o Protocolos que le apoyen en ello. En razón de lo cual, muchas mujeres no llegan a ser diagnosticadas, y con ello no se les da oportunidad para recibir atención integral.

En los casos en los que sí se logró detectar y diagnosticar, cuando se trata de unidades de salud de Tercer Nivel, éstas están en condiciones de otorgar servicios especializados para restaurar la salud física y psicológica de la víctima. No obstante, en los casos de buena parte de unidades de salud de Segundo Nivel, y prácticamente en todas las de Primer Nivel, esto no es posible, dado que carecen de servicios de psicología, personal especializado en la materia, así como de infraestructura adecuada para el abordaje de esta problemática. Razón por la cual deben referir a sus pacientes a las instancias de Tercer nivel.

Sin embargo, esa labor de referencia no cuenta con esquemas institucionales adecuados que garantice que las mujeres víctimas reciban esos servicios, pues esto implica que estén en condiciones de desplazarse fuera de su comunidad, en ocasiones a localidades urbanas distantes, lo que les implica costos que difícilmente pueden sufragar. Pero además, no existe el adecuado seguimiento que garantice que la Unidad de Salud que la recibió en primera instancia, y que presumiblemente es la que está más cercana a su lugar de residencia, esté al pendiente de sus necesidades y pueda continuar con la parte del tratamiento que eventualmente podría llevar a cabo en sus instalaciones. Como se dio cuenta en este apartado, es común que el vínculo con la víctima se rompa una vez que es referida a otra instancia, con lo que no se tiene certeza de que los objetivos de la atención integral a su salud se cumplan.

En el caso de la referencia a las instancias de ministeriales, sí existe mayor sensibilidad por parte del personal de salud para realizarlo. No obstante, hay mucho desconocimiento respecto de sus obligaciones como institución de salud para con una mujer que ha vivido una violación, por lo que no es extraño que a pesar de que se cuenta con evidencias claras de los hechos constitutivos de un delito, el personal de salud decida no notificar a las instancias de procuración de justicia sobre el caso, como tampoco estas actúan con la celeridad que requiere un caso de gravedad como este. Todo lo cual redundaría en que la mujer sea revictimizada y no se garantice su acceso a la justicia.

A lo largo de las etapas de detección, atención integral y referencia, las labores de consejería y orientación no siempre se llevan a cabo conforme lo prescribe la Norma. Esto porque el personal de salud no las ubica como parte de sus obligaciones, como tampoco está capacitado y además no cuenta con las herramientas para llevarlas a cabo. Una cuestión grave en este aspecto, es que no dotan de información estratégica a la víctima sobre los recursos institucionales y sociales de los que puede disponer para enfrentar el problema, como tampoco para saber con cuáles instancias acudir para presentar su denuncia y enfrentar el proceso que le permita acceder a la justicia.

En esta baja capacidad de cumplimiento con lo que dicta la Norma, influyen factores como la disponibilidad de recursos presupuestales, por ejemplo, en cuanto a la disponibilidad de la PAE y medicamentos antirretrovirales, o bien debido a la muy limitada disponibilidad de plazas para Psicología. También se debe a la inadecuada infraestructura de salud para otorgar servicios especializados ante esta problemática, como ya se apuntó. Asimismo, es insuficiente el personal especializado y capacitado en el abordaje de este problema en sus distintas etapas.

4.3 Aborto médico

La NOM-046 señala dos disposiciones que buscan garantizar a toda mujer que esté embarazada como resultado de una violación sexual, el derecho a solicitar que se le practique un aborto médico,²⁶⁰ siempre y cuando esta práctica médica esté permitida en la entidad federativa en la que se suscitaron los hechos.

Así el aborto médico se configura conforme a la NOM-046 como un derecho específico para mujeres víctimas de violación sexual (de ahí que se enmarquen esas disposiciones en el apartado 6.4 *Para el Tratamiento Específico de La Violación Sexual*), que busca garantizar la práctica segura, en instituciones públicas de servicios de atención médica, de conformidad con la legislación local aplicable.

Así lo dispone la NOM-046:

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.

Se deberá respetar la objeción de conciencia del personal médico y de enfermería encargados del procedimiento.

Las instituciones públicas prestadoras de servicios de atención médica federales deberán sujetarse a las disposiciones federales aplicables.

6.4.2.8. Para los efectos establecidos en el numeral 6.4.2.7, las instituciones públicas de atención médica, deberán contar con médicos y enfermeras capacitados no objetores de conciencia. Si en el momento de la solicitud de

²⁶⁰ La Norma define Aborto Médico de la siguiente manera “4.1. *Aborto médico, terminación del embarazo realizada por personal médico, en los términos y plazos permitidos de acuerdo con la legislación local aplicable y previo cumplimiento de los requisitos específicos establecidos en ésta*”

atención no se pudiera prestar el servicio de manera oportuna y adecuada, se deberá referir de inmediato a la usuaria, a una Unidad de Salud que cuente con este tipo de personal y con infraestructura de atención con calidad.

Con base en lo anterior, en este apartado de Aborto médico se analizarán 2 cuestiones:

- a) La atención de las instancias públicas de salud ante la solicitud de una mujer víctima de violación sexual de que le sea practicado un aborto médico.
- b) Específicamente, si la condición de objeción de conciencia constituye algún obstáculo para el ejercicio de las víctimas de su derecho al aborto médico.

4.3.1 La atención de las instancias públicas de salud a la solicitud de una mujer víctima de violación sexual de que le sea practicado un aborto médico

A continuación, se analiza cómo se configura la orientación que brinda el personal médico para que una mujer víctima de violencia decida si accede o no al procedimiento; si se proporciona información completa y objetiva, incluyendo los riesgos y consecuencias, o bien se promueve el desistimiento, contraviniendo lo señalado por la NOM-046. Posteriormente, se explora la forma en que se concreta esa solicitud cuando existan bases para ser exigible, de acuerdo con el marco legal aplicable.

4.3.1.1 Orientación

Al respecto, la NOM-046 plantea que “6.4.2.7 (...) 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”. A este respecto, los hallazgos fueron los siguientes.

Fue común entre el personal entrevistado referir que se brindan a las mujeres, de manera general, mensajes sobre los posibles riesgos y consecuencias de la práctica de un aborto médico para la salud; no se obtuvo evidencia de que proporcionen información más precisa, como tampoco se señaló que contaran con algún instrumento tipo Guía o Manual que oriente la información que sobre el particular debe brindar el personal de salud.

[...] *cuando una Unidad de Salud tiene a una paciente víctima, se le dan las opciones y ella debe tomar la decisión*
[...]. (Entrevista, mujer y hombre, personal de institución de salud de control estatal)

Lo cual en principio no contraviene lo señalado al respecto por la NOM-046. El problema es que esa información en ocasiones se dirige a que la víctima desista de su decisión sobre someterse a un aborto médico, con lo que sí se trata de influir en la decisión de la paciente e ir más allá de su estricta obligación de proporcionar información.

En ese sentido, uno de los problemas más graves que se identificaron para la implementación de la NOM-046 respecto del aborto médico es que, como se muestra párrafos adelante, se detectaron casos por parte del personal de salud en que antepone su criterio y creencias personales de carácter moral para atender a mujeres víctimas de violación, con lo que terminan condicionando y, en ocasiones, negando el derecho de ellas a un aborto legal.

En la narrativa del propio personal médico se detectaron situaciones en los que mujeres víctimas de violación sexual que solicitaban el servicio de interrupción voluntaria de su embarazo, encontraban condicionamientos diversos.

En los hechos estas actitudes significan intentos por no otorgar el servicio, tratando de que las pacientes desistieran, ya fuera por medio de proporcionar información parcial o bien estableciendo procedimientos que no solo no estaban dentro de lo contemplado en la NOM-046, sino que la contravienen.

[...] Y hay enfermeras y médicas que tratan de convencer a la paciente de que no aborte. (Entrevista, mujer y hombre, personal de institución de salud de control estatal).

Asimismo, se verá como en las entrevistas al personal se dio cuenta de que existen casos en los que a las mujeres que solicitan que se les practique un aborto por violación, el personal de salud solicitó pruebas de su dicho, contraviniendo el mandato la NOM-046 a partir de la reforma de 2016, que plantea que no se requerirá de aprobación ni autorización del procedimiento médico por parte de autoridad judicial alguna, y bastará con el solo dicho de la víctima para que se considere justificado el procedimiento, en las entidades federativas que el aborto esté permitido en caso de violación, y que se encuentre dentro del plazo gestacional fijado en la ley respectiva. Así lo dicta la NOM-046:

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.

Esto es, en aquellos casos en los que por disposición de la normatividad aplicable en la entidad federativa una mujer víctima de violación tiene el derecho a que se le practique un aborto médico, no debería existir ningún otro condicionante o requisito a cumplir por esta sino solamente firmar un escrito en los términos señalados.

En la investigación se obtuvieron testimonios que revelan la prevalencia de prácticas contrarias a la NOM-046 en este sentido, y que limitan el derecho de las mujeres víctimas de violación a que se les practique un aborto médico en una institución pública de salud. A este respecto, se recogieron ejemplos como el siguiente, en el que se dan explicaciones y “justificaciones” sobre la forma en que se procede en estos casos:

Se busca saber si fue violación o fue consensuado. Tiene que haber un consenso médico para proceder. No basta el dicho de la mujer, porque si no, estaría una fila de mujeres pidiendo legrados. XX no es como en la Ciudad de México o Chiapas, donde si la mujer quiere, le practican el aborto, sin problema”. (Entrevista, hombre, personal de institución de salud de control federal)

En otros casos, se imponen requisitos adicionales a la paciente para dar trámite a su solicitud de que le sea practicado un aborto médico, lo que obstaculiza el ejercicio de un derecho, poniendo en entredicho su salud y bienestar:

Si está embarazada, se le practica el aborto, por medio de su escrito [por decisión del Hospital piden otro documento donde se señala que es a solicitud de la mujer y piden testigos]. Se platica con psicología para llegar a la verdad [...] la paciente puede llegar y mentir. Independientemente de que ya se permite el aborto libremente, debe vérselo su estado psicológico. (Entrevista, mujer, personal de institución de salud de control federal)

Ejemplos como estos, además de contravenir la NOM-046, muestran la ausencia de perspectiva de género y derechos humanos en una parte del personal de salud, quienes consideran a las mujeres mentirosas e incapaces de decidir sobre un aspecto fundamental en su vida, a menos que desde un tamiz médico, sin criterios claros, se acredite lo contrario, y con ello aprueben la realización del procedimiento.

Aunado a lo anterior, se detectaron casos en los que el desconocimiento de la normatividad (la NOM-046, la Ley General de Víctimas y las disposiciones relativas al aborto en la respectiva entidad federativa) provocaba el condicionamiento del servicio por parte de personal médico. Por ejemplo, cuando se señalaba que la realización del aborto era decisión de la Fiscalía, pese a que, como se corroboró en ese caso en específico, la legislación estatal permite la práctica del aborto médico en caso de violación.

En el caso de que una mujer diga que quiere un aborto, se puede contactar a la Fiscalía y que ellos decidan. La institución no las orienta o da consejería de algún tipo. (Entrevista, hombre, personal de institución de salud de control federal)

Las OSC entrevistadas coinciden con que existen este tipo de prácticas, contrarias a varias dimensiones del derecho a la salud de las mujeres.

El personal que la recibió, ante la petición (sic) del ILE, le dijo que eso no estaba permitido porque era un asesinato. Y de hecho la amenazaron, diciéndole que ya sabían que estaba embarazada y que si intentaba algo la denunciarían. (Entrevista, mujer, personal de OSC)

Es en este aspecto, el que el propio personal médico considera que se requiere más capacitación.

No hay personal suficiente que esté preparado. Necesitan todos conocer y dominar la Norma; cómo recibir, canalizar a la víctima [...] Falta capacitación en términos médicos, legales. No manejan en el Hospital ninguno de los formatos que vienen en la Norma. (Entrevista, mujer, personal de institución de salud de control federal)

Se considera esa capacitación fundamental porque, como se dio cuenta párrafos atrás, existen casos en los que, por desconocimiento de la normatividad vigente, o bien se niega el servicio o bien se condiciona mediante la implementación de trámites adicionales, como el de solicitar declaraciones adicionales a la víctima, presentación de testigos, firma de documentos en los que se exige al personal médico de cualquier responsabilidad al respecto. Todo lo cual devela no solo que existen prácticas médicas que buscan inhibir la práctica del aborto legal, sino también evidencian el temor del personal médico de inmiscuirse en la práctica de este procedimiento, pues se sienten desprotegidos ante la ley y sin el respaldo institucional para llevarlo a cabo²⁶¹.

El Doctor le tiene respeto a los derechos legales (sic), para no vernos (sic) inmiscuidos en un pleito, en un juzgado dando información o [presentando los] casos ante un juez. Es una situación que se presenta en todo el país. (Entrevista, hombre, institución de salud de control estatal)

En ello coincide personal de una OSC entrevistada, el cual considera que no existe el suficiente respaldo institucional al personal médico que lleva los casos, por lo que éste actúa con miedo e incertidumbre:

²⁶¹ A este respecto recuérdese, como se consignó en el Capítulo relativo al marco legal, que existen disposiciones en todos los códigos penales estatales que criminalizan a personal médico que ayude en la práctica de un aborto. Y si bien esto aplica cuando se trata de un aborto "forzado", el personal médico tiene temor de que la paciente que solicitó un aborto después se arrepienta y le acuse de obligarla a tal práctica.

Los médicos le tienen mucho miedo al marco jurídico porque no lo entienden, o no lo conocen, pero además también hay una percepción de falta de respaldo institucional, lo cual genera preocupación del personal. Les genera mucha incertidumbre el no contar con apoyo institucional en caso de condiciones adversas. (Entrevista, mujer, personal de OSC)

Es muy importante dar cuenta que en el marco de la investigación se tuvo conocimiento de casos de mujeres que se autoinducían un aborto y se presentaban ante los servicios de salud solicitando atención médica, concretamente la práctica de un aborto médico. Ante lo cual, el personal de salud en general muestra en principio mayor preocupación por indagar sobre la situación que desencadenó el aborto para fines legales que para atenderla en términos de su salud. Lo que revela no solo falta de empatía con las mujeres que se encuentran en una condición de riesgo, sino el temor que les infunde involucrarse en probables responsabilidades legales. En los hechos, el personal de salud tiende a criminalizar a las mujeres que se practican un aborto, cuestión que se agrava con que comúnmente no se le ofrezcan servicios de atención integrales para su salud después de su aborto, como el detectar si son víctimas de violencia sexual o violación, ofrecerle orientación y consejería, terapia psicológica, etc.

Varias pacientes que llegan con un aborto [...] que es provocado, llegan con el producto en el canal vaginal, se les inquiere sobre qué paso y las mujeres niegan que el aborto sea autoprovocado. Solo se atiende a la paciente y no se da parte a ninguna autoridad, pero tampoco se le ofrece algún tipo de servicios. (Entrevista, hombre, personal de institución médica de control federal)

4.3.1.2 Referencia y contrarreferencia

Destaca que, a diferencia de lo observado para casos de violencia sexual, en cuanto al aborto médico las referencias y el seguimiento contaron con mayores elementos de formalidad, cuestión que tal vez se explica porque las consecuencias para la salud de la paciente son mayores, así como por las implicaciones legales que tiene el registro y seguimiento de estos casos, pues van más allá del ámbito interno del sistema de salud.

Hay un formato, que es la hoja de referencia. Lo llena la parte médica y lo entrega a trabajo social y ellas las refieren. Se hace un expediente médico. Se le dice que tiene que llevar seguimiento en la Unidad. Seguir en contacto con ella. Si es algo menor se lleva a cabo ahí. Si se refiere a otro nivel, tienen que ir más continuamente; (aunque) no hay personal suficientemente capacitado para el seguimiento. (Entrevista, mujer, personal de institución de salud de control estatal)

También se detectaron casos en los que la coordinación entre los servicios de salud y la respectiva Fiscalía estatal, daban mayor accesibilidad para que las mujeres estuvieran en condiciones de ejercer este derecho:

Era una menor que venía con su madre, tenía 15 años, entró por urgencias. El médico dio aviso a Fiscalía para comentar por probable violación, estábamos en tiempo de pastilla de emergencia, se le dio y se le dio pase para psicólogo y trabajo social la canaliza; se le hizo estudio clínico básico. Llegó la Fiscalía y la interrogó. Pasó a psicología y se fue. Se le dio seguimiento por psicología.

Regresó a los 15 días después con Fiscalía y regresó con retraso y se le hizo una prueba de embarazo y estuvo positiva. Yo le comenté de la interrupción del embarazo. Un día después llegó con el encargado de atención a víctimas. Comencé un procedimiento para saber si tenía que esperar algo, y el Secretario me dijo por oficio que podía hacer el procedimiento, la citamos para el siguiente día. Regresó y nos dijo que lo había pensado bien y no quiso abortar. El caso lo siguió atendiendo el centro de atención. No la volví a ver. (Entrevista, mujer y hombre, personal de institución de salud de control estatal)

Esta buena colaboración entre Fiscalía y Servicios de Salud estatales fue corroborada en el caso de un estado por una OSC:

No siempre se garantiza que las mujeres no se trasladen más de 30 minutos. Tuvimos un caso de un traslado que tardó más de 6 horas. En el caso de XX (estado de la República), la Fiscalía ha apoyado al acceso a la ILE, en particular en este caso se le practicó cerca de su comunidad. (Entrevista, mujer, personal de OSC)

Como parte del proceso de análisis de la atención del servicio de aborto médico, enseguida se da cuenta de los obstáculos o facilidades que enfrenta la aplicación de la NOM-046 en Unidades de Salud, y que refieren a aspectos que guiaron la investigación por interés de la CNDH, esto es, infraestructura, servicios de traducción y suficiencia de personal (en el caso de la capacitación de este, así como de los prejuicios y estereotipos de género que influyen en proceso de atención, esto ya ha sido abordado; aunque se abundará en ello en el apartado de objeción de conciencia).

Respecto de la infraestructura, un primer dato a destacar es que prácticamente la mitad del personal de salud entrevistado señaló que su Unidad de Salud cuenta con la infraestructura necesaria para practicar un aborto médico, en tanto que la otra mitad no dispone de infraestructura para practicar abortos ni otro tipo de intervención médica, de manera que tienen que realizar traslados a otros hospitales para brindar dicho servicio.

Sí hay infraestructura. (Entrevista, mujer, personal de institución de salud de control federal)

La Unidad sí tiene la infraestructura para realizar una interrupción del embarazo a través de un legrado con la técnica AMEU. (Entrevista, hombre, personal de institución de salud de control estatal)

No podemos atender abortos, nada de secuelas o apoyo de psicología. Las tenemos que enviar al Hospital más cercano. (Entrevista, mujer, personal de salud de institución federal)

La falta de infraestructura necesaria para ese procedimiento médico es más común en unidades de salud de Primer Nivel de Atención:

No, nosotros solo referimos a un Hospital de Segundo Nivel. Cuando se ha solicitado una interrupción, tuvimos a una chica con un retraso, y la trasladamos a un Hospital, pero no la atendían por el alto riesgo, en este caso fue a otro Hospital de Tercer Nivel, aquí no tenemos la atención, pero hacemos todo para transferirla a donde la puedan atender (Entrevista, mujer y hombre, personal de institución de salud de control estatal).

La mayoría de las organizaciones coincidieron en que la infraestructura no es suficiente, sobre todo en las comunidades rurales alejadas:

Sabemos que no hay infraestructura suficiente. En realidad, esto también se agrava para zonas rurales o marginadas, por lo que las mujeres deben trasladarse grandes distancias para poder ser atendidas en complicaciones en abortos realizados con medicamentos o en alguna emergencia médica. Generalmente enfrentan muchos más obstáculos que personas que viven en entornos urbanos. (Entrevista, mujer, personal de OSC)

No obstante, atendiendo a lo dispuesto por la NOM-046, el personal entrevistado en cuyas unidades no se contaba con la infraestructura adecuada, comentó que lo que se hizo para garantizar la atención de calidad de las pacientes fue referirlas a unidades de mayor nivel de atención, lo cual se considera una decisión acertada.

La unidad no cuenta con la infraestructura para realizar algún tipo de operación, por lo que nos vemos en la necesidad de trasladar a las víctimas al Hospital de la Mujer que se encuentra a unos 10 – 15 minutos de traslado. (Entrevista, hombre, personal de institución de salud de control estatal)

Aunque a veces, como señalan las OSC, el traslado corre por cuenta de la paciente, lo que les genera gastos que no siempre pueden enfrentar y con ello constituirse en un desincentivo para que continúen con su proceso de atención.

De por si accesar (sic) al derecho a la salud es casi nulo. Para mujeres víctimas es muy complicado pues para tener atención deben trasladarse a un Hospital donde ya hay mucha demanda para otras enfermedades, pero la

violencia hacia la mujer limita el acceso a las mujeres por prejuicios, tiene que trasladarse la familia a una zona urbana donde ni siquiera garantizado tienen el acceso y ellos tienen que pagar el traslado. (Entrevista, mujer, personal de OSC)

Cabe destacar que una proporción importante del personal de salud entrevistado tenía claro que, dentro de la infraestructura requerida, estaba el equipamiento para realizar abortos médicos mediante una Aspiración Manual Endouterina (en adelante, AMEU)²⁶², no legrados.

No. Se realizan en el Hospital de la Mujer o en el de XX. No hay equipo para hacer el AMEU; no hay material. (Entrevista, mujer, personal de institución de salud de control estatal)

Respecto de la suficiencia de personal, particularmente en instancias de Segundo y Tercer Nivel, las personas entrevistadas no refirieron problemas:

Claro que sí. Tenemos las cuatro especialidades médicas básicas, incluyendo ginecoobstetricia. Faltan algunas plazas como radiólogo en la mañana, para hacer ultrasonido, sin embargo, tenemos lo suficiente para atender las necesidades de nuestras pacientes. (Entrevista, hombre, personal de institución de salud de control federal).

En cambio, para unidades de Primer Nivel sí se refirieron problemas para contar con suficiencia de personal, particularmente de especialistas, de ahí la necesidad de remitir los casos de aborto médico a una instancia de mayor capacidad operativa, incluyendo la disponibilidad de especialistas médicos/as.

En la Unidad en la que me encuentro no hay especialistas. Apenas acá se atienden partos normales, [...] En este caso le comentaba que no contamos con el personal especialista, un aborto se debe realizar por un especialista, ser valorada por pediatría y no contamos en esta Unidad con el servicio. (Entrevista, mujer, personal de institución de salud de control estatal)

De modo que, para las instancias de Segundo y Tercer Nivel, la insuficiencia de personal es básicamente de personal capacitado, es decir, es más un problema de calidad que de cantidad:

Si bien es cierto que se podría contar con mayor personal, tampoco es que se requieran mayores capacidades y especialidades para llevar a cabo las atenciones. Es decir, para realizar la aspiración endouterina sí se requiere una capacitación especializada, pero ese conocimiento se puede impartir incluso en el personal de enfermería. Entonces el problema no es la falta de personal, pero sí falta de personal capacitado y consciente de la normativa

²⁶² Método avalado por la Organización Mundial de la Salud. Ver *Manual de Práctica Clínica para un Aborto Seguro*, Organización Mundial de la Salud, 2011. Ver http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134747/9789243548715_spa.pdf;jsessionid=6F77964819B1D29F6F8D5BE01CDA93A8?sequence=1

que regula estos servicios, así como personal capacitado en el aborto con medicamentos, ya que cualquier personal de salud con conocimiento de la dosis y los signos de alarma, debería ser suficiente para garantizar el acceso [a la interrupción legal del embarazo]. (Entrevista, mujer, personal de OSC)

Respecto de las necesidades de capacitación, las que más resultaron evidentes fueron aquellas que tienen que ver con el aspecto legal del aborto médico, que el común del personal médico reconoce no dominar, por lo cual incluso solicitó poder recibirla más continuamente y además a mayor profundidad.

A pesar de que el aborto médico es un procedimiento que tiene como una de sus particularidades que no se realiza al momento sino requiere planearse a lo largo de algunos días para llevarse a cabo, se tuvo conocimiento a través del testimonio de las OSC, de que no es atípico que falten servicios de traducción que la NOM-046 hace imperativos en casos en los que la víctima, o bien sus acompañantes o familiares no hablen español. Situación que no se explica porque la autoridad dispone del periodo de tiempo señalado para gestionar el apoyo de personal de traducción, pero que además compromete la calidad de la atención a una mujer que se encuentra en una situación de salud física y emocional delicada.

De 2014 a 2018 como organización civil tuvimos representación legal de indígenas procesadas por aborto. Hubo casos donde eran mujeres monolingües en donde no se garantizó que contaran con persona traductora. (Entrevista, mujer, personal de OSC)

La atención es diferente en comunidades indígenas o rurales, un dato importante de la obligación prevista en la NOM, es la de contar con un traductor, sin embargo, no se garantiza. Un dato importante es el que se refiere a los servicios de consejería, donde se establece la obligación de contar con traductores o intérpretes para ello cuando se requieran, sin embargo, se les pide a las mujeres que acudan acompañadas de un familiar que pueda hacer ese trabajo, esto limita que la consejería se pueda hacer de manera confidencial, con la libertad de que la usuaria pueda hablar de las situaciones de violencia en la que se encuentran, y también los servicios de salud trasladan la responsabilidad de las usuarias de esta situación. (Entrevista, mujer, personal de OSC)

4.3.2 La condición de objeción de conciencia y la aplicación de la NOM-046

El otro aspecto a investigar en este apartado es si, conforme a la NOM-046, las instituciones públicas de salud deben garantizar el otorgamiento del servicio de aborto médico a las mujeres víctimas de violación sexual que optan por ese procedimiento, sin restricción alguna por contar con personal objetor de conciencia.

La NOM-046 plantea la obligación de dichas instituciones de la siguiente manera:

6.4.2.8. Para los efectos establecidos en el numeral 6.4.2.7, las instituciones públicas de atención médica, deberán contar con médicos y enfermeras capacitados no objetores de conciencia. Si en el momento de la solicitud de atención no se pudiera prestar el servicio de manera oportuna y adecuada, se deberá referir de inmediato a la usuaria, a una Unidad de Salud que cuente con este tipo de personal y con infraestructura de atención con calidad.

Al respecto, se observó durante el trabajo en campo que es común la existencia de personal objetor de conciencia en las Unidades de Salud que conformaron la muestra.

Es muy común ser objetor de conciencia en este hospital. [La entrevistada es objetora de conciencia]. El aborto es un asesinato [...]. (Entrevista, mujer, personal de institución de salud de control federal)

No sé si hay personal objetor de conciencia, pero tomando en cuenta las creencias religiosas de algunas personas, creo que sí habrá quién no esté de acuerdo. (Entrevista, mujer, personal de institución de salud de control federal)

Tienen el problema de que mucho personal es objetor de conciencia [...]. (Entrevista, mujer, personal de institución de salud de control estatal)

No obstante, se registró que el común del personal entrevistado tenía claridad respecto de lo que dispone la NOM-046 en el sentido de que es obligación de la Institución pública de salud garantizar el otorgamiento del servicio de aborto médico sin que la existencia de personal objetor de conciencia sea un obstáculo para ello. Y, de hecho, en la mayoría de los casos se afirmó que el servicio se otorgaba de manera integral, sin ningún tipo de restricción:

No, aquí en el XX [nombre de la institución] el personal es ajeno a cuestiones religiosas, aquí todos son imparciales, se le da la atención a la mujer a partir del diagnóstico y nada más. (Entrevista, hombre, personal de institución de salud de control federal)

No he tenido casos de rechazo por parte del personal. (Entrevista, hombre, personal de institución de salud de control estatal)

No, no tenemos conocimiento de que se haya rechazado a nadie. (Entrevista, hombre, personal de institución de salud de control estatal)

Del personal médico nunca he sabido que se niegue a hacer un procedimiento médico [aborto]; primero son las normas, las guías, las leyes y después la conciencia y la fe. (Entrevista, mujer, personal de institución de salud de control federal)

Sí. 2 o 3 personas son objetoras y es manejable en términos de manejar el servicio. (Entrevista, hombre, personal de institución de salud de control federal).

Esto lo ratifican las OSC entrevistadas:

A pesar de que sí hay personal que se niega por ser objetores de conciencia, el servicio se brinda. Sí es posible que veamos a médicos objetores de conciencia, pero sí es real que en los hospitales sí se les brinda el servicio.

(Entrevista, mujer, personal de OSC)

Aunque se registró un caso en el que se reportó por parte del personal entrevistado que la persona que dirigía la Unidad de Salud donde laboraba, no se hacía plenamente responsable de asegurar la disponibilidad de personal no objetor de conciencia para realizar el aborto médico, por lo que el cumplimiento de la NOM-046 quedaba más en manos del personal médico que directamente atendía a la paciente, que de la institución en sí:

[...] pero en ocasiones el Director del Hospital nos dice que el Ginecólogo no hace el procedimiento (aborto), y tenemos que buscar a un médico para que sí haga el procedimiento [...]. (Entrevista, mujer y hombre, personal de institución de salud de control estatal)

También se ubicaron casos en los que en esa atención médica no siempre se garantizaban el conjunto de servicios, o estos se otorgaban con algunas restricciones, como el dilatar los tiempos de realización de los procedimientos por falta de personal, lo que alarga los tiempos para las pacientes y con ello puede ser un factor que les haga desistir de su decisión de abortar:

Considero que por falta de personal no se han dado todos los servicios ante la objeción de conciencia. (Entrevista, mujer, personal de institución de salud de control federal)

En la unidad la Doctora. XX es la única médico (sic) no objetora de conciencia, por lo que la carga de trabajo se ve aumentada ya que le llegan pacientes de otras unidades en la región. La Doctora solo está en el turno matutino por lo que las pacientes que llegan en otros turnos se ven obligadas a esperar a la Doctora para poder realizar el procedimiento [...]. (Entrevista, mujer y hombre, personal de institución de salud de control estatal).

A este respecto, es interesante la interpretación que plantea una OSC, en el sentido de que la objeción de conciencia no debe operar cuando existe riesgo para la salud de la víctima²⁶³.

²⁶³ Argumento válido si se toma en cuenta que la propia Norma cataloga los casos de violación como "urgencias médicas y requieren atención inmediata" (numeral 6.4.1.), y considera dentro de su apartado 6.4. "Para el tratamiento específico de la violación sexual" la práctica del Aborto Médico. Como se apuntó en el apartado jurídico de este Estudio, una de las formas de violencia obstétrica consiste en la "Omisión de una atención oportuna y eficaz en urgencias obstétricas". Cuestión ratificada y engrosada en su interpretación por resolución de la SCJN, en el Amparo en Revisión 1170/2017, revisado también en este estudio.

[...] el Estado debe garantizar que haya personal no objetor de conciencia que lleve a cabo estos procedimientos y si ni lo hay, referir de forma inmediata a las usuarias; incluso si la demora resulta en términos de salud riesgosa para la víctima, no puede alegarse la objeción de conciencia. Por esta razón, la objeción de conciencia no aplica en casos de urgencias médicas, por lo que no aplica en casos de violencia sexual. (Entrevista, mujer, personal de OSC)

Vinculado a esta problemática está otra situación, planteada por las OSC, en donde si bien la institución cumple con la atención a las mujeres que solicitan les sea practicado un aborto médico, en ocasiones el personal objetor que no realizará el procedimiento pero que está involucrado en la atención, actúa en modo tal que busca hacer que la mujer en cuestión desista de ejercer su derecho:

Sí se cumple (la obligación de las instituciones de salud contar con personal médico suficiente y capacitado para practicar aborto médico), sin embargo, lo que hemos visto es que mucho del personal que se dice objetor de conciencia maltrata a las mujeres, se revictimiza o maltrata a las víctimas como castigo. Saben de alguna manera que el servicio no se puede negar, pero lo que hacen es maltratarlas, por ejemplo, les niegan los analgésicos y, de manera simbólica, las ponen en las mismas salas que las mujeres que van a parir o que tienen a sus bebés recién nacidos. Sí hay servicios que han negado las atenciones, en lugar de ofrecerles la atención de aborto, les ofrecen acompañamiento prenatal y hacen que las mujeres tengan miedo y no continúen con los procesos de interrupción; eso tiene que ver con sus creencias. (Entrevista, mujer, personal de OSC)

Personal entrevistado de OSC, refieren casos en los que ese personal no se manifestaba abiertamente objetor de conciencia, y sin embargo actuaba con base en sus valores personales, no con base en los criterios propios de la ética médica, para tratar de impedir que las mujeres optaran por que les fuera realizado un aborto médico:

[...] muchas de las veces el personal que está cargo, a pesar de las buenas prácticas y buenas intenciones [...] atiende conforme a sus propias creencias y con ello revictimiza. (Entrevista, mujer, personal de OSC)

Se llegan a escuchar cosas inauditas, como “si yo la refiero me siento responsable como si hubiera sido yo quien realiza el procedimiento”. (Entrevista, mujer, personal de OSC)

También se destaca que el personal de salud entrevistado tenía claridad de que en caso de disponer de poco personal no objetor de conciencia en la Unidad de Salud, lo que pudiera poner en riesgo la realización del aborto médico, se podía y debía referir a la paciente a otra Unidad de Salud, a fin de que se le garantizara la práctica de ese procedimiento médico.

No se ha presentado el caso de que por ser objetor de conciencia no se le atiende. Pero si lo hubiera sí se le trasladaría al Hospital especializado más cercano. (Entrevista, mujer y hombre, personal de institución de salud de control estatal)

Si no se puede, se realiza la referencia a otro Hospital, uno regional. (Entrevista, mujer, personal de institución de salud de control estatal)

Con base en lo anterior, es importante que se otorgue capacitación a personal tanto objetor de conciencia como al que no se define como tal, sobre las obligaciones legales que tiene respecto de la paciente para brindar el conjunto de la atención integral que implica la práctica del aborto médico, la cual no se restringe al procedimiento del AMEU, sino que involucra desde su recepción, el conocimiento y diagnóstico de su condición; la información que se le proporciona para que decida con los mejores elementos sobre la realización del procedimiento; su eventual referencia a otros niveles de atención, el seguimiento a su condición de salud que debe continuar a después de realizado el procedimiento; contemplar servicios de atención psicológica; etc.

Como atinadamente señala una OSC, no se tiene pleno conocimiento por parte del personal médico en qué consiste la objeción de conciencia, lo cual lo obstaculiza la atención médica de las mujeres víctimas:

[...] dentro de la investigación que se realizó desde la organización que represento, sí hubo ocasiones en las que las personas investigadoras se encontraron con clínicas en donde el personal de salud no sabía qué era la objeción de conciencia, es decir que había un desconocimiento sobre el derecho a objetar conciencia y sobre de qué manera se debe proceder cuando una persona lo hace y de que las instituciones no pueden serlo. Sí hay un desconocimiento por parte de algunas clínicas, tanto del personal de salud como de las personas que acuden a solicitar los servicios. (Entrevista, mujer personal de OSC)

Con relación a esto, es preocupante observar que, pese a que en el marco de las AVGM los grupos de trabajo han dejado amplia constancia de la cotidiana violencia obstétrica y violación a los derechos reproductivos que se ejercen contra miles de mujeres en el país que buscan abortar, una proporción importante de ellas como consecuencia de haber sufrido una violación, en muy pocos casos ha conducido a que se impulsen capacitaciones del personal médico encargado de otorgar este servicio médico en particular. Las pocas capacitaciones que se han impulsado al respecto se dirigen a trabajar con personal de áreas de procuración y administración de justicia involucradas en la atención del problema.

Salvo casos como San Luis Potosí, en donde el Gobierno del Estado ha dado capacitaciones con relación al aborto y que enfatizan lo siguiente.

Se hizo mucho hincapié en el derecho de la mujer a no ser cuestionada y ser atendida con la debida diligencia; en la obligación de toda Unidad de Salud de contar con personal no objetor de conciencia para atender las solicitudes de aborto de mujeres víctimas de violación; asegurar la accesibilidad, dignidad, confidencialidad, privacidad, autonomía, seguridad, no discriminación, eficacia y eficiencia en la atención y trato a las usuarias a fin de asegurar el pleno ejercicio de sus derechos.²⁶⁴

Finalmente, las organizaciones de la sociedad civil entrevistadas refirieron contar con información relativa a casos en los que los servicios de salud utilizan la objeción de conciencia como una justificación para no llevar a cabo el procedimiento de aborto médico, dado que, o no cuentan con las instalaciones para ello, o bien no conocen los protocolos a desarrollar y prefieren referir los casos a otros niveles de atención.

[...] se logró identificar en la investigación llevada a cabo por IPAS, que hay un mal uso de lo que significa la objeción de conciencia. Se usa para [justificar los] casos en los que se evidencia que no saben cómo brindar el servicio ni la existencia de protocolo de actuación, así como el desconocimiento del marco jurídico y se escudan en la objeción de conciencia. (Entrevista, mujer, personal de OSC)

La percepción es que muchas de las instituciones se escudan en la objeción de conciencia para no brindar el servicio y que no están en condiciones de garantizar el servicio para las usuarias. (Entrevista, mujer, personal de OSC)

No es una característica privativa de los contextos rurales, sino que hay un mal uso de la objeción de conciencia, se ha usado como una herramienta para negarse a la prestación de los servicios. Pero eso sucede tanto en los contextos urbanos como en los contextos indígenas (Entrevista, mujer personal de OSC)

Como se desprende del análisis planteado en este apartado, el cumplimiento de los criterios fijados en la NOM-046 respecto del aborto médico que solicitan mujeres que como consecuencia de la violación sexual se encuentran embarazadas, encuentra serios obstáculos.

Por un lado, están los referidos a condicionar la práctica del aborto médico exigiéndole pruebas a la mujer que acude a los servicios de salud, esto pese a que la NOM-046 señala que bastará el dicho de las mujeres de que su embarazo es resultado de una violación sexual, y que por ello desea le sea practicado un aborto médico, para que los servicios de salud procedan a realizarlo siempre y cuando la legislación en su entidad federativa lo permita.

²⁶⁴ Gobierno del Estado de San Luis. *Informe presentado por el Estado de San Luis Potosí, derivado de la solicitud de Alerta de Violencia de Género Contra las Mujeres en los municipios de Ciudad Valles, Matehuala, San Luis Potosí, Soledad de Graciano Sánchez, Tamazunchale y Tamuín*. Octubre, 2016. P. 33. Informe disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/325247/Informe_SLP_AVGM.pdf

Una parte de esos condicionamientos se debe a posturas morales personales del personal de salud, que no está de acuerdo con la práctica del aborto y evita por diversos medios su realización. A ellas se suman temores del propio personal de salud respecto de las implicaciones legales que pudiera tener su involucramiento en la práctica de ese procedimiento médico, dado el desconocimiento que tiene del propio marco legal y de la falta de políticas de salud al respecto a lo interno de cada institución, las cuales le otorguen certezas respecto de que no habrá consecuencias por el cumplimiento de su labor médica.

La objeción de conciencia resulta ser postura de una proporción importante del personal de salud que puede practicar el aborto médico, lo cual no resulta problema en aquellas unidades de salud que cuentan con personal suficiente para realizarlo. La información da cuenta de que en aquellos casos en que ese personal es de una proporción importante, el procedimiento médico se logra realizar por la sustitución de personal médico que no es objetor de conciencia, o bien porque la paciente es referida a otra instancia de mayor nivel de atención, tal y como lo prevé la Norma. No obstante, se obtuvieron evidencias de que el propio personal objetor no siempre se desprende de la atención médica de la paciente, por lo que, si bien no realiza el procedimiento, sí está atendiendo y obstaculizando el avance del procedimiento, con la consecuente revictimización de la paciente.

Otros obstáculos que se presentan son los referidos a la poca infraestructura y equipamiento de unidades de salud de Primer Nivel, y de una parte importante de Segundo Nivel, las cuales en ocasiones no cuentan con equipo para realizar un AMEU o realizar el procedimiento en los términos que aseguren la salud de la paciente.

Los problemas de capacitación y poca sensibilidad desde la perspectiva de género del personal médico, se expresan en que no cuenta con los conocimientos y habilidades para el abordaje adecuado del aborto, más allá de su dimensión estrictamente sanitaria, en donde sí dieron evidencias de saber qué hacer en estos casos. Una proporción significativa del personal de salud no aborda el problema desde un enfoque de derechos, exige indebidamente a las mujeres pruebas de sus dichos, intenta disuadirlas de que concreten su voluntad de abortar, se reservan su actuación por temor a consecuencias legales a su práctica, no proporcionan información adecuada y suficiente a la paciente para que conociendo los riesgos y consecuencias del procedimiento tome una decisión asertiva.

5. CONSIDERACIONES Y RECOMENDACIONES FINALES

254

5.1 Consideraciones finales

Los resultados del Estudio no dejan lugar a dudas de que los servicios públicos de salud, ya sean de control estatal o federal, no están cumpliendo con la aplicación adecuada de la *NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención*, particularmente en cuanto a la atención de la violencia sexual y la violación sexual de las mujeres, como también respecto de la práctica del aborto médico.

No obstante el elevado índice de violencia sexual contra las mujeres, evidenciado en el análisis nacional del problema y que se manifiestan en la enorme frecuencia, persistencia y gravedad de los ataques sexuales que viven en el espacio público y privado, el número de víctimas que solicita atención en los establecimientos de salud son, en contraste, pocos. Esto puede deberse a que las mujeres no conocen, no confían o no ven útil asistir a solicitar los servicios contemplados en la Norma; como también puede deberse, y de ello hay evidencias en este Estudio, a que el tipo de servicios y la manera en que se ofrecen no logran posicionarse en las mujeres que han sido víctimas de violencia sexual, como un recurso estratégico para restaurar su salud.

Todas y cada una de las unidades de salud de los estados que constituyeron la muestra analítica del Estudio presentan el mismo tipo de problemas de aplicación, solo variando en su intensidad en función del tipo de nivel de atención de la Unidad de Salud respectiva, pero no del tipo de control (federal o estatal). En ese sentido, no se encontró diferencia sustantiva del proceso general de atención entre una Unidad de Salud de control federal respecto de una estatal, salvo en aspectos muy puntuales y excepcionales, como el disponer de alguna Guía o Protocolo, lo cual no marca diferencia sustantiva que derivara en un resultado y valoración diferente.

Las diferencias en la atención a la violencia sexual, violación sexual y el aborto médico solo existen en función del Nivel de Atención ofrecido por la Unidad de Salud en cuestión. Esto es, resulta muy deficiente si la atención la otorga una Unidad de Salud de Primer Nivel, y una proporción significativa de las de Segundo Nivel (particularmente aquellas que realmente no cuentan con Servicios Ampliados); en contraste, se apega más a lo establecido por la Norma si esta atención es brindada por unidades de salud de Tercer Nivel, y una parte de las de Segundo Nivel (específicamente aquellas que efectivamente sí disponen de Servicios Ampliados con personal especializado suficiente).

Las unidades de Primer Nivel y buena parte de las de Segundo Nivel, no cuentan con servicios especializados, con suficiente personal también especializado, para atender casos de violencia y violación sexual contra mujeres. También carecen de infraestructura y equipamiento adecuado para realizar algunos de los servicios de la Norma analizados aquí, como por ejemplo el abordaje de la salud emocional de la víctima en condiciones de privacidad, o bien la realización de un aborto médico en condiciones que garanticen la plena salud de la paciente.

No obstante, pese a que las unidades de salud de Tercer Nivel, y parte de Segundo Nivel sí disponen de mejores condiciones de infraestructura, equipamiento, servicios especializados y mayor disponibilidad de personal, presentan los mismos problemas que las otras unidades señaladas en cuanto a la capacitación del personal de salud para el abordaje de un problema complejo como lo es la violencia sexual (incluida la violación sexual, como una de sus expresiones más graves), así como el que tampoco cuentan con instrumentos como Guías o Protocolos que les apoyen en la ejecución de esas labores

También es independiente del Nivel de Atención la prevalencia de prejuicios y estereotipos de género que guían la actuación en general del personal de salud encargado de la aplicación de los criterios señalados en la NOM-046, los cuales están muy arraigados en la práctica médica y que se expresan en técnicas médicas, por ejemplo, para el diagnóstico, como el “ojo clínico”. Como también en la prevalencia de valores morales y religiosos de su fuero personal, que consciente o inconscientemente el personal de salud pone por encima de su ética médica y del cumplimiento de la normatividad legal a la que está obligado. Esto se expresa en la naturalización que se hace del problema de la violencia sexual contra mujeres particularmente pobres, de origen rural o indígena; en la consideración de que los usos y costumbres de pueblos y comunidades indígenas y rurales son la causa y justificación de esa violencia, y que el actuar médico no puede, ni debe hacer nada ante la flagrante violación de los derechos humanos de las mujeres que ello implica. Es decir, no han adoptado en su actuar la obligación contenida en el artículo primero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, respecto al respeto, garantía, protección y promoción de los derechos humanos en el ámbito de su competencia. De manera grave, también se refleja en el personal de salud que declarándose o no objetor de conciencia, durante el proceso de atención ejerce violencia contra las mujeres que han decidido acceder a su derecho al aborto seguro, tratando con ello de disuadirlas.

Igualmente, es común al servicio de salud de todo Nivel de Atención la ausencia de preparación del personal de salud para realizar labores de consejería y orientación, las cuales es frecuente que no se lleven a cabo, tanto

porque no se conoce su obligatoriedad como porque se carece de capacitación y de instrumentos que le apoyen y guíen en su realización.

Es común al conjunto de niveles de atención, el desconocimiento de las obligaciones señaladas en la Norma que se dirigen a contribuir a que la víctima acceda a la justicia. Las unidades de salud no reportan siempre los casos de violencia sexual que llegan a detectar; no siempre notifican con oportunidad los casos de violación; escatiman el derecho de las mujeres violadas a un aborto médico y en general no empoderan a las mujeres con la información necesaria para que presente su denuncia ante las instancias de procuración de justicia correspondientes.

Los servicios de traducción tan importantes para la realización de los servicios de salud que involucran a mujeres indígena que no hablan o dominan el español, no están garantizados en ninguna Unidad de Salud, independientemente de su nivel de atención, lo que tiene repercusiones negativas para el ejercicio de su derecho a la salud.

Si bien el servicio de referencia es más deficiente en instancias de Primer y Segundo Nivel, es común a todos los niveles de atención que a las pacientes víctimas de violencia sexual no se les garantice el otorgamiento continuo de los servicios integrales en distintas unidades de salud, tal cual lo pretende la Norma. Esto debido a que no existen eficaces mecanismos institucionales para la debida referencia, contrarreferencia y seguimiento de los casos.

De modo que la deficiente operación de los servicios de detección, diagnóstico, atención integral, orientación y referencia, más acentuada en el Primer y Segundo Nivel de Atención, repercute en que las mujeres víctimas de violencia sexual no reciban la atención adecuada a la que tienen derecho. Sobre todo, aquellas que viven en localidades marginadas, urbanas o rurales, particularmente indígenas, a quienes de manera excepcional se les brindan servicios en términos de la calidad postulada por la Norma.

Concatenando estos elementos, se puede concluir que es el Sistema de Salud Público en su conjunto el que presenta fallas sustantivas en la aplicación de la Norma, lo cual está repercutiendo en que las mujeres víctimas de violencia sexual en México no estén recibiendo los servicios que permitan restaurar su condición de salud física y emocional, con lo que su derecho a la salud no se está garantizando. Peor aún es que, cuando el Sistema de Salud no detecta, no diagnostica con precisión, no otorga servicios de salud integrales, no informa adecuadamente y no refiere a otras instancias para romper con el ciclo de la violencia vivido, y no canaliza

adecuadamente a las instancias de procuración de justicia, a lo que está contribuyendo es a revictimizar a esas mujeres.

Porque no son solo las personas que conforman el personal de salud el que está fallando en la aplicación de la Norma, sino son las políticas, los programas, instrumentos, la operación, los esquemas de gestión institucionales los que no están logrando que el personal de salud actúe conforme a las obligaciones derivadas de la Norma. No recibe capacitación en cantidad y calidad adecuada. No cuenta con instrumentos que apoyen su actuar. No cuenta con esquemas de gestión que le apoyen en la aplicación de la Norma, por ejemplo, en cuanto al conocimiento y aplicación de las disposiciones relativas a que las mujeres víctimas accedan a la justicia.

Con ello, no sólo se están incumpliendo las disposiciones específicas de la Norma que se analizaron en los respectivos apartados del Capítulo 4 del Estudio, se incumplen también principios generales señalados en la Norma que constituyen obligación no para el personal de salud sino para las instituciones de salud y que se orientan a que estas cuenten con políticas, programas, acciones, esquemas de gestión, diseño y aplicación de instrumentos, capacitación, supervisión, referencia, etc.

Por ejemplo, se incumple de manera clara con el criterio general señalado en el numeral 5.3, relativo a la aplicación de los servicios con perspectiva de género: “La atención médica se proporcionará con perspectiva de género que permita comprender de manera integral el problema de la violencia”. Los resultados del Estudio dan cuenta que los servicios de salud públicos no están considerando en cada una de las etapas de la atención la condición específica de las mujeres que presentan el problema, pues no son servicios que se otorguen con perspectiva intercultural y enfoques de derechos e interseccional, que permitan la atención, por ejemplo, de una mujer indígena del ámbito rural no hablante del español, diferente al que debe tener una mujer urbana joven; como tampoco a la que se le debe proporcionar a una adolescente, a diferencia de una mujer adulta.

El desafío que implican los usos y costumbres de pueblos y comunidades indígenas, un factor que condiciona la aplicación de la Norma que fue señalado por una alta proporción de personal entrevistado que atiende en áreas con ese sector de población, no puede ser abordado por éste sin capacitación, sensibilización, herramientas y sobre todo, sin contar con el respaldo de un sistema institucional que mediante diferentes procedimientos e instancias tenga claramente institucionalizado el qué hacer; con base en qué; con cuáles autoridades y mecanismos institucionales apoyarse; etc.

También se incumple con la obligación señalada en el numeral 5.5, vinculada a la referencia de las pacientes: “Las instituciones de salud deberán propiciar la coordinación o concertación con otras instituciones,

dependencias y organizaciones del sector público, social y privado, para realizar una oportuna canalización de las personas involucradas en violencia familiar o sexual, a fin de que, en el ámbito de sus respectivas competencias, se proporcione atención médica, psicológica, legal, de asistencia social u otras”. A este respecto, en el Estudio se hizo patente la falta de coordinación específica entre instancias del sector público, social y privado. La canalización de mujeres víctimas de violencia sexual hacia otras instancias era más producto de la iniciativa del personal de salud que de mecanismos institucionales claramente expresados en directorios de instancias, convenios de colaboración, mecanismos específicos de referencia, etc.

Otro caso es la falta de aplicación del numeral 5.7, que dispone contar con Manuales de actuación: “Las instituciones del sector público, social y privado que otorguen atención médica, deberán proveer los mecanismos internos necesarios y contar con un manual de procedimientos apropiado, a efecto de aplicar de manera adecuada la ruta crítica de la o el usuario involucrado en violencia familiar o sexual, que garantice la correcta aplicación de la presente Norma”. Con relación a esto, queda claro que el cúmulo de Guías, Protocolos, Manuales y demás instrumentos que han generado instancias públicas como el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, o de la sociedad civil, como IPAS, no son de uso común entre el personal que realiza la atención directa.

Destaca también la observancia adecuada a (numeral 5.8) la obligación de capacitar al personal de salud que aplica la Norma: “La atención médica otorgada a las y los usuarios involucrados en situación de violencia familiar o sexual deberá ser proporcionada por prestadores de servicios de atención médica sensibilizados y capacitados, conforme a la capacidad resolutive de la unidad, para lo cual podrán, en caso de estimarlo conveniente, tomar en cuenta las aportaciones que puedan brindar o prestar organismos de la sociedad civil especializados en el tema, siempre y cuando no contravengan la presente Norma y las demás disposiciones jurídicas aplicables”. Con relación a esto, se ha dado cuenta en el Estudio de una amplia cantidad de capacitación que, en el marco de los compromisos asumidos por los gobiernos estatales por las AVGM, se ha impartido a personal de salud sobre la NOM-046 en general, así como para abordar cuestiones específicas de ésta. La cual, sin perjuicio del importante esfuerzo que representa, con las evidencias del Estudio se muestra que no ha llegado a tener efectos en el común del personal encargado de la atención directa de las víctimas de violencia sexual.

5.2 Recomendaciones

De carácter general

- Difundir el contenido de la NOM-046 entre las mujeres que asisten a todo tipo de unidades de Salud, independientemente de su control: público (estatal o federal), social y privado, así como en el ámbito de la comunidad, de la escuela y del trabajo. Bajo formatos de comunicación con perspectiva de género y enfoques intercultural e interseccional²⁶⁵, que deben proyectar mensajes que informen a las mujeres sobre lo que constituye violencia sexual²⁶⁶; cómo puede ser prevenida y los recursos públicos/institucionales de salud, bienestar, seguridad y justicia de los que para ello dispone. Incluir las obligaciones respecto de la detección, atención, orientación y referencia que tienen todas las instituciones de salud para garantizar su derecho a una vida libre de violencia, en particular la de carácter sexual. Así como el tipo de recursos institucionales a los que tienen derecho para evitar la violencia que viven, como las órdenes de protección.
- Modificar el contenido de la Norma a fin de que tenga como eje el derecho humano al ejercicio de la sexualidad y a la decisión de las mujeres sobre su propio cuerpo y a garantizar sus derechos reproductivos. Se le debe incorporar de manera transversal la perspectiva de género, intercultural e interseccional. Por ejemplo, la redacción de la reforma de 2016, si bien reconoce el derecho de las mujeres a decidir sobre su propio cuerpo, claro está en el marco de las opresivas restricciones legales que operan en cada entidad federativa respecto al derecho al aborto médico, de *facto* reconoce primero el derecho del personal médico a ser objetor de conciencia y con ello negarse a practicar el aborto médico a las mujeres demandantes, que han sido víctimas de violación sexual. Poner en el centro a las mujeres y los derechos antes invocados implica que la Norma señale claramente todo aquello que es obligación de la institución de salud realizar para ello, y en segundo término la situación de aquel personal médico objetor de conciencia. Esto sobre todo porque se trata de una Norma orientada a garantizar el ejercicio de las mujeres a una vida libre de violencia sexual y a fijar las

²⁶⁵ Esto implica, por ejemplo, no sólo que se diseñen materiales adecuados a la diversidad de mujeres del país, en diversas lenguas indígenas, sino que se les sensibilice mediante estrategias de comunicación y participación como talleres, pláticas, mesas redondas, etc., en los cuales las mujeres indígenas, afrodescendientes, con bajos niveles de instrucción escolar, pobres, migrantes, amas de casa, jóvenes que no estudian ni trabajan, y otros sectores de mujeres que se detecten como más vulnerables a sufrir violencia sexual, particularmente en sus manifestaciones más graves por las consecuencias que ellas acarrearán para su vida, sean empoderadas para que puedan prevenir y enfrentar situaciones de violencia pudiendo recurrir a las diversas agencias de Estado que tienen la obligación de protegerlas para prevenir que sean víctimas de este flagelo, como también para atender su salud de manera integral cuando hayan padecido alguna agresión de este tipo.

²⁶⁶ En este apartado las referencias en general a la violencia sexual incluyen a la violación sexual.

responsabilidades del sector salud en ello, no una Norma referida a garantizar la libertad de conciencia de las personas.

- En relación con la anterior recomendación, normar la objeción de conciencia en la prestación de los servicios de salud. En donde se fijen los alcances y límites que esa objeción implica para la actuación del personal de salud, así como las obligaciones y responsabilidades que subsisten a dicha objeción.
- Establecer coherencia en la Norma en cuanto a los diversos derechos que se establecen para las menores de edad víctimas de violencia sexual, analizando en particular la situación de adolescentes, por un lado, y de niñas, por otro lado. Por ejemplo, hay disposiciones que plantean que las niñas de 12 y más pueden solicitar por escrito que se les realice un aborto médico, no obstante, hay otras disposiciones que restringen su decisión, como menor de edad, por ejemplo, en los casos de urgencia médica, para que personal de primer contacto realice la exploración clínica instrumentada del área genital.
- Elaborar un Estrategia Nacional para la aplicación de la NOM-046, que tenga como objetivo trazar objetivos y estrategias comunes a todas las instituciones de salud públicas, a fin de impulsar el fortalecimiento conjunto y coordinado de los servicios de salud dirigidos a prevenir y atender la violencia sexual contra las mujeres. En esa estrategia se deberán establecer mecanismos de colaboración para la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de acciones. Además de definir principios generales de actuación para que la detección, diagnóstico, atención, referencia y canalización de las mujeres víctimas de violencia sexual a las instancias de procuración de justicia, se realice conforme a los más altos estándares de calidad en servicios de salud.
- Promover ante las instancias legislativas estatales la armonización de sus leyes y códigos con los más altos estándares de los DDSSyRR de las mujeres contenidos en IIDHH, a fin de eliminar todo tipo de restricción para su ejercicio y fijar obligaciones claras para cada entidad federativa.

De carácter específico

Con el fin fortalecer los servicios de unidades de salud de Primer y Segundo Nivel de Atención

- Promover la ampliación y/o readecuación de infraestructura de salud, a fin de disponer de espacios para la detección, diagnóstico y atención de la salud física y emocional de las mujeres. Para ello existen lineamientos como los creados para construir Centros de Justicia para las Mujeres en las entidades federativas que definen los criterios mínimos requeridos para asegurar una atención profesional e integral para mujeres que han vivido violencia.

- Impulsar el equipamiento de las unidades de salud, a fin de que dispongan del mobiliario y equipo necesario para ofrecer servicios de salud acordes con la calidad planteada por la Norma.
- Asignar plazas de psicología, para el tratamiento de efectos emocionales en las mujeres víctima de violencia sexual.
- Instaurar un programa de vinculación de personas traductoras de diferentes lenguas indígenas a unidades de salud, a fin de que colaboren en las labores de atención a las mujeres víctimas de violencia sexual.

Con el objetivo de fortalecer los servicios de salud para la aplicación de la Norma en el conjunto de unidades de salud y de todo tipo de Nivel de Atención:

- Impulsar la capacitación del personal de salud que se encarga de aplicar los servicios prescritos por la Norma, adecuándola al rol específico que desempeña en ello. Por ejemplo, al personal de Trabajo Social, en labores de Consejería, Orientación y Referencia; al personal de Psicología, en el abordaje de la violencia sexual contra las mujeres en su dimensión emocional. Al personal médico en cuanto a la detección, diagnóstico y tratamiento. Al personal directivo respecto de la referencia, contrarreferencia y seguimiento de casos, así como de su canalización a las instancias de procuración de justicia.
- Erradicar los prejuicios y estereotipos de género presentes en los conocimientos y trato del personal de salud, por medio de su sensibilización y capacitación con perspectiva de género y enfoque de derechos e intercultural, en la atención de las mujeres víctimas de violencia sexual.
- Dotar al personal directamente vinculado a la atención de mujeres víctimas de violencia sexual, de instrumentos y herramientas que apoyen el desempeño de la atribución específica que tienen en ello, y capacitarles adecuadamente. Por ejemplo, para la detección; para el diagnóstico; para el diseño de un Plan Terapéutico; para la consejería, la orientación, la referencia, la canalización a las instancias de justicia, etc.
- Elaborar Manuales de Organización institucional para la atención de la violencia sexual, en donde se fijen los roles y actividades que corresponden a cada puesto, lo cual asegure la atención de la salud eficiente y eficaz.
- Diseñar y aplicar esquemas institucionales de referencia y contrarreferencia que garanticen que las mujeres que son referidas a otras instancias para la atención de su salud física o emocional, cuenten con seguimiento por parte de la institución que tuvo el primer contacto con la ella, esto con el fin de que ésta reciba íntegros los servicios considerados en su Plan Terapéutico.

- Promover la coordinación interinstitucional e intersectorial entre instancias de salud, de procuración de justicia y de organismos privados y de sociedad civil, para la eficaz y eficiente referencia de mujeres víctimas de violencia sexual.
- Asegurar la dotación de PAE y retrovirales en todas las unidades de salud del país, para la atención inmediata de mujeres víctimas de violación sexual.
- Ha sido en el marco del procesamiento institucional de las solicitudes de declaratoria de AVGM que se ha puesto en el centro de la atención pública la forma en que se aplica la NOM-046 y sus resultados. En este contexto se ha catalizado la constante y profunda observación e incidencia de las organizaciones de mujeres sobre dicha aplicación, y ha permitido el flujo información de lo que sucede con la Norma a lo largo y ancho del país. En virtud de la participación institucional que tiene la CNDH en los mecanismos de AVGM en el país, y las facultades que le brinda su marco normativo e institucional, es que se recomienda que la Comisión promueva ante las autoridades de salud estatales y federales que incrementen las acciones para mejorar la aplicación de la Norma y que informen de manera sistemática sobre ello.

ANEXO

CRITERIO DE INTERCULTURALIDAD

263

REGIÓN NORTE/CENTRO NORTE

ENTIDAD FEDERATIVA	% DE POBLACIÓN INDÍGENA ²⁶⁷
1. Baja California	Entre 0.2 y 3.5
2. Baja California Sur	Entre 0.2 y 3.5
3. Sonora	Entre 0.2 y 3.5
4. Chihuahua	Entre 0.2 y 3.5
5. Coahuila	Entre 0.2 y 3.5
6. Tamaulipas	Entre 0.2 y 3.5
7. Nuevo León	Entre 0.2 y 3.5
8. Durango	Entre 0.2 y 3.5
9. San Luis Potosí	Entre 10 y 27
10. Zacatecas	Entre 0.2 y 3.5
11. Sinaloa	Entre 0.2 y 3.5
12. Aguascalientes	Entre 0.2 y 3.5

Elaborado con base en datos de INEGI, 2019.²⁶⁸

REGIÓN CENTRO

ENTIDAD FEDERATIVA	% DE POBLACIÓN INDÍGENA
1. Nayarit	Entre 3.6 y 9.9
2. Jalisco	Entre 0.2 y 3.5
3. Colima	Entre 0.2 y 3.5
4. Michoacán	Entre 3.6 y 9.9
5. Guanajuato	Entre 0.2 y 3.5
6. Querétaro	Entre 0.2 y 3.5
7. Tlaxcala	Entre 0.2 y 3.5
8. Estado de México	Entre 0.2 y 3.5
9. Ciudad de México	No se analiza.
10. Puebla	Entre 10 y 27.3
11. Morelos	Entre 0.2 y 3.5
12. Hidalgo	Entre 10 y 27.3

²⁶⁷ INEGI toma como criterio para definir a personas indígena a partir de aquellas que son hablantes de una lengua indígena. En este caso se trata específicamente del "porcentaje de población de 3 y más años de edad hablante de lengua indígena".

²⁶⁸ Ver

<http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/lindigena.aspx?tema=P#:~:text=En%20M%C3%A9xico%2C%207%20millones%20382,ind%C3%A9gena%2C%2012%20no%20hablan%20espa%C3%B1ol.>

REGIÓN SUR

ENTIDAD FEDERATIVA	% DE POBLACIÓN INDÍGENA
1. Guerrero	Entre 10 y 27.3
2. Veracruz	Entre 3.6 y 9.9
3. Oaxaca	Entre 27.9 y 32.2
4. Chiapas	Entre 27.9 y 32.2
5. Tabasco	Entre 0.2 y 3.5
6. Campeche	Entre 10 y 27.3
7. Yucatán	Entre 27.9 y 32.2
8. Quintana Roo	Entre 10 y 27.3

CRITERIO DE RURALIDAD

REGIÓN NORTE/CENTRO NORTE

ENTIDAD FEDERATIVA	PORCENTAJE DE POBLACIÓN RURAL ²⁶⁹
1. Baja California	10.3
2. Baja California Sur	15.6
3. Sonora	17.4
4. Chihuahua	17
5. Coahuila	12.1
6. Tamaulipas	13.9
7. Nuevo León	6.69
8. Durango	36.1
9. San Luis Potosí	40
10. Zacatecas	48.1
11. Sinaloa	32.1
12. Aguascalientes	25.2

Elaborado con base en datos de INEGI, 2019.²⁷⁰

REGIÓN CENTRO

ENTIDAD FEDERATIVA	PORCENTAJE DE POBLACIÓN RURAL
1. Nayarit	39.1
2. Jalisco	17.5
3. Colima	14.7
4. Michoacán	40.5
5. Guanajuato	34.6
6. Querétaro	39
7. Tlaxcala	36.3
8. Estado de México	19.1
9. Ciudad de México	No se analiza.
10. Puebla	38.5
11. Morelos	24.6
12. Hidalgo	58.7

²⁶⁹ INEGI define el índice de ruralidad a partir de definir como localidad rural a aquella con menos de 5,000 habitantes, y las urbanas como aquellas con 5000 o más habitantes. En la gráfica el índice se expresa como porcentaje.

²⁷⁰ Con base en datos de 2010. Ver <https://datos.gob.mx/busca/dataset/indice-de-ruralidad-en-entidades-federativas-derecho-a-la-alimentacion-adecuada-contexto-financiero>
<http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/lindigena.aspx?tema=P#:~:text=En%20M%C3%A9xico%2C%207%20millones%20382,ind%C3%ADgena%2C%2012%20no%20hablan%20espa%C3%B1ol.>

REGIÓN SUR

ENTIDAD FEDERATIVA	PORCENTAJE DE POBLACIÓN RURAL
1. Guerrero	49.6
2. Veracruz	46.2
3. Oaxaca	61.5
4. Chiapas	57.8
5. Tabasco	53.6
6. Campeche	30.8
7. Yucatán	26.2
8. Quintana Roo	14.3

CRITERIO DE PROBLEMAS DE APLICACIÓN DE LA NOM-046²⁷¹

REGIÓN NORTE/CENTRO NORTE

267

ENTIDAD FEDERATIVA	MANIFESTACIÓN DEL PROBLEMA FOROS PROIGUALDAD ²⁷²	EVIDENCIAS DE OSC QUE REALIZAN SEGUIMIENTO A LA APLICACIÓN DE LA NOM-046 EN EL ÁMBITO LOCAL
1. Baja California	- Hacer efectivo el aborto legal, seguro y gratuito, sobre todo para adolescentes y jóvenes. - Garantizar el acceso a los derechos de las y los adolescentes a la salud sexual y reproductiva, con enfoque de juventud, diversidad e interculturalidad. - Necesidad de albergues y servicios para la atención de mujeres niñas, adolescentes, migrantes.	<i>Programa Municipal para Prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra las Mujeres en Tijuana. 2016</i>²⁷³ Elaborado por la Instancia municipal de las mujeres con apoyo de diversas instancias y las siguientes organizaciones de la Sociedad civil: Reacciona Tijuana; Red Iberoamericana Pro Derechos Humanos; Fundación Tu+Yo; Rendichicas Gasolineras; Club de Leonas Chapultepec; Casa de la Mujer Indígena; ProOncavi; Albergue Débora A.C.; Fronteras Unidas Pro Salud; Centro Ser. Otros: INEGI; CNDH; UABC, Hospital General; CMPV. <i>Informe del Grupo de Trabajo conformado para Atender la Solicitud de Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres en el estado de Baja California. 2015</i>²⁷⁴ Participaron en la elaboración del Informe personal de instituciones públicas, así como de instituciones académicas nacionales y locales. La Red Iberoamericana Pro Derechos Humanos fue la OSC que presentó la solicitud de AVGM para Baja California.

²⁷¹ Se destacan con subrayados aquellos casos en los que en las entidades hubo claras manifestaciones por atender aspectos que se regulan en la NOM-046 en los Foros Proigualdad, como también se cuenta con OSC y/o especialistas que pueden ser el referente local para conocer los problemas de aplicación de la NOM-046.

²⁷² Se señalan los que fueron más reiterados por las participantes y/o que se vincularan con la problemática de la aplicación de la NOM-046.

²⁷³ Ver <https://www.ndi.org/sites/default/files/Programa%20TJ%20NDI%20Mex.pdf>

²⁷⁴ Ver <http://conavim.gob.mx/work/models/CONAVIM/Resource/299/1/images/infbajacal.pdf>

2. Baja California Sur	- Falta de ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, como el derecho a decidir. - Discriminación, falta o deficiencia en la atención o acceso a la salud de las personas con discapacidad	
3. <u>Sonora</u>	- Falta de servicios integrales e integrados en salud sexual y reproductiva - Falta de información de cómo te debes cuidar (ejemplo el aborto, si lo realizas no sabes qué hacer después)	Manitas por la equidad y la no violencia, A.C. Alternativa cultural por la equidad de género, A.C. Ambas organizaciones fueron solicitantes de la AVGM en Cajeme, Sonora.
4. <u>Chihuahua</u>	- Falta de acceso a la salud sexual y reproductiva. - Falta de políticas públicas para atender a las mujeres; en perspectiva de género y con condiciones culturales diferentes. - Limitación en los derechos sexuales y reproductivos en las mujeres. - Falta de protocolos coordinados que ayuden y den seguimiento a las víctimas de abusos sexuales. - La falta de una ruta de actuación entre instituciones que ayuden a mejorar el proceso en abusos sexuales.	<i>Prevención de la violencia basada en el género en Ciudad Juárez, México: Resultados y lecciones aprendidas. 2013</i>²⁷⁵ Elaborado por la Organización Panamericana de la Salud, en el que participaron varias especialistas y organizaciones de la sociedad civil, entre ellas Mesa de Mujeres de Juárez. Salud y Bienestar Comunitario, A. C. Mujeres por México en Chihuahua, A. C.; Mujeres de Pacto.
5. Coahuila	- Desconocimiento de los protocolos de atención a víctimas de violencia de género por parte del personal de salud. - Re-victimización hacia las mujeres afectadas por violencia de género - Falta de capacitación y sensibilidad con perspectiva de género por parte de funcionarios públicos que atienden a las mujeres que han sido violentadas. - Implementar un sistema de aborto seguro (despenalización del aborto). - Falta de capacitación y sensibilidad con perspectiva de género para el funcionariado público que atiende a las mujeres que han sido violentadas.	<i>Abandono de bebés. Lo que no queremos ver.</i>²⁷⁶ INCIDE FEMME, organización peticionaria de la Alerta de Género para Torreón. Realiza acompañamiento de mujeres que recurren al sistema de salud público a exigir sus derechos sexuales y reproductivos.

²⁷⁵ Ver <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3488/fep003309.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

²⁷⁶ Ver Directora de Incidencia y Acompañamiento a Víctimas <https://www.milenio.com/opinion/ariadne-lamont/columna-ariadne-lamont/abandono-de-bebes-lo-que-no-queremos-ver-segunda-parte>

6. Tamaulipas	Ausencia de servicios de salud integrales, que no solo se centren en cuestiones físicas, sino que involucre diversos factores como mentales, sociales, emocionales, entre otros.	
7. Nuevo León	Prohibición de acceso al aborto.	<i>Informe sombra sobre el seguimiento de las recomendaciones del Comité CEDAW al Estado mexicano 2018</i>²⁷⁷, elaborado por Arthemisas por la Equidad A.C, entre otras organizaciones de carácter nacional. Además, solicitante de AVGM en Nuevo León junto con otras organizaciones locales.
8. Durango	- Servicios sin personal sensibilizado, ni buen trato. - Falta de intérpretes de la lengua indígena.	La organización Sí hay Mujeres en Durango, RDefine-Durango y el Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir, realizaron un estudio con base en una encuesta sobre el conocimiento de la NOM-046 en el estado. Esto, con el apoyo de Fondo Semillas y la Universidad Juárez del Estado de Durango (UJED), a través del Instituto de Ciencias Sociales²⁷⁸.
9. San Luis Potosí	- Falta de acceso de las mujeres al derecho a decidir sobre su cuerpo, desde el aborto hasta otro tipo de derechos sexuales y reproductivos. - Ausencia de la mirada interseccional del estado para incluir a las mujeres en sus diversidades, zonas indígenas, personas con discapacidad etc. - Falta personal de salud que preste sus servicios, independientemente de sus creencias. - Educación sexual formativa, con enfoque de derecho, integral. Acceso al aborto, en forma de despenalización del mismo	<i>Diagnóstico de tipos y modalidades de violencia Contra las mujeres en el Estado de San Luis Potosí, 2019.</i>²⁷⁹ Elaborado por el Colegio de San Luis A.C., junto con Laboratorio de investigación: Género, interculturalidad y derechos humanos. <i>Diagnóstico sobre violencia sexual contra las mujeres en el Estado de San Luis Potosí, 2014.</i>²⁸⁰ Elaborado por dicho Colegio, junto con el Fondo de Población de las Naciones Unidas. EDUCIAC Educación Y Ciudadanía, A.C.

²⁷⁷ El Informe aborda en particular la situación de las Alertas de Violencia de Género contra las Mujeres, Feminicidio, Desaparición, Norma 046, Mortalidad por aborto, mujeres encarceladas por aborto y objeción de conciencia. Además, se analiza la situación de la aplicación de la NOM-046 y se hacen recomendaciones para su mejora. Ver https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/MEX/INT_CEDAW_NGO_MEX_31428_S.pdf

²⁷⁸ Ver <https://cimacnoticias.com.mx/noticia/desconoce-nom-046-95-por-ciento-de-poblacion-en-durango/>

²⁷⁹ Ver <http://alertadegeneroslp.org.mx/wp-content/uploads/2019/04/FINAL-RESUMEN-EJECUTIVO-PUBLICACION.pdf>

²⁸⁰ Ver <https://mexico.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EstudioDiagnosticoViolenciaSexualContraMujeresEstadoSLP%281%29.pdf>

		Forma parte de la Mesa Ciudadana que da seguimiento a la Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres en San Luis Potosí, en 2017.
10. Zacatecas	Por la inaccesibilidad de las comunidades y por la dispersión geográfica del Estado, es difícil el acceso a servicios de salud para mujeres, niñas y adolescentes	
11. Sinaloa	Invisibilización de las niñas como sujetas de derecho negándoles el acceso a condiciones de salud o revictimizándolas cuando tienen un embarazo no deseado.	Colectivo de mujeres activas de Sinaloa, A. C. Centro de Apoyo a la Mujer Griselda Álvarez, AC Ma. del Carmen Nava Pérez Organizaciones solicitantes de AVGM
12. Aguascalientes	- Falta de capacitación constante al personal médico. Necesidad de empatía del personal médico al momento de atender a las mujeres. - Falta autonomía sexual y reproductiva.	

REGIÓN CENTRO

ENTIDAD FEDERATIVA	MANIFESTACIÓN DEL PROBLEMA FOROS PROIGUALDAD	EVIDENCIAS DE OSC QUE REALIZAN SEGUIMIENTO A LA APLICACIÓN DE LA NOM-046 EN EL ÁMBITO LOCAL
1. Nayarit	Se violentan los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres, en relación a la salud y la educación sexual.	
2. Jalisco	- Falta de profesionalización del personal/instituciones encargadas de los servicios de salud y falta de atención integral a la salud de mujeres y hombres; así como poblaciones minoritarias. - Existe un alto índice de mortalidad materna en mujeres adolescentes que han sido violentadas, abusadas y violadas por la falta de difusión y aplicación de la NOM-046, hay prejuicios que no hacen que funcione bien la norma. Aún no se legaliza el aborto.	CLADEM Comité de Latinoamérica y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer. Organización de carácter latinoamericano con presencia en México y varias entidades federativas. En el caso de Jalisco, asiste en representación de las organizaciones a las reuniones del GIM de la AVGM.

	• Respuesta insuficiente del Estado para cumplir los protocolos para atender la salud sexual. • Falta de apoyo, sensibilidad y acompañamiento de las autoridades hacia personas que han sido abusadas sexual, física, emocional y moralmente (violencia institucional).	
3. Colima	• No hay difusión, ni aplicación de la NOM 046. • Falta de sensibilización y orientación libre de prejuicios del personal encargado de la atención de la salud de las mujeres. • Falta de servicios médicos de calidad en zonas rurales, realizar asesoramiento a comunidades ante el tema de salud. • Generalmente en las comunidades rurales hay escasez de medicamentos, no hay personal capacitado para atender situaciones de violencia para dar un seguimiento. • Falta de sensibilidad al personal que atiende situaciones de violencia.	Fundación Ius Género, Centro de Apoyo a la Mujer Griselda Álvarez, AC Organizaciones solicitantes de la AVGM
4. Michoacán	• Se necesita garantizar el aborto legal. • No hay planificación, orientación y educación sexual. • Falta de intérprete en el área de salud.	<i>Estudios de caso sobre violencia feminicida, 2019.</i>²⁸¹ Realizado por la especialista Dra. Lucero Circe López Ríofrio Humanas Sin Violencia Organización solicitante de la AVGM por agravio comparado.
5. Guanajuato	• Ineficiencia del sistema de salud, mucha población para pocos médicos, mala calidad del servicio. Ausencia de medicamentos y de personal capacitado. • Poca información: Discriminación hacia las mujeres indígenas. Falta intérpretes. Se inhiben y no acuden a los centros de salud. • No hay acceso al cuidado del cuerpo de la mujer, falta de respeto a la voluntad del cuerpo de las mujeres, derechos sexuales y reproductivos, autonomía de las mujeres para embarazarse o no, ejercicio de la sexualidad libre. • Desigualdad social respecto al embarazo, decisión que pasa por todas las creencias y es	En Guanajuato existe el Colectivo Las Libres, que se han distinguido por su protagonismo no solo a nivel local sino a nivel nacional en promover la emisión de Alertas de Violencia de Género. Cuentan con un grupo de acompañantes que buscan contribuir a las mujeres el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.²⁸² Además, está también el Centro de Derechos Humanos Victoria Diez, A.C., que tiene una agenda

²⁸¹ Ver <https://michoacan.gob.mx/corry/archivosdep/mujer/Estudio-de-Casos-Declaratoria-Violencia-de-Genero-Michoacan-VFF.pdf>

²⁸² Veras información en: http://www.debatefeminista.pueq.unam.mx/wp-content/uploads/2016/03/articulos/043_10.pdf

	injusto que las mujeres no puedan decidir. El gobierno debería dar seguridad para que se respete la decisión de las mujeres.	semejante en materia de derechos sexuales y reproductivos.
6. Querétaro	• Falta de acceso a los servicios de salud. Siempre cerradas y sin médicos. Y por su protocolo no atiende a mujeres que provienen de otras localidades que pertenecen al centro de salud. • Poca capacitación del personal médico, particularmente en perspectiva de género. • Limitado acceso a la salud por la lejanía de las comunidades. • Restricción del acceso de las mujeres a la salud en torno a los temas reproductivos. • Falta de información y sensibilización para el trato a la comunidad sorda.	
7. Tlaxcala	• Discriminación. Trato indigno en los servicios de salud, el personal maltrata a personas por su condición, ya sea porque son mujeres con obesidad, mujeres indígenas, mujeres con discapacidad, etcétera. • Servidores públicos carentes de perspectiva de género, y sin conocimientos sobre políticas públicas; políticas públicas ineficaces, las instituciones pueden dar pláticas a las comunidades, pero no hay un seguimiento de los temas, no llega información sobre DDHH de las mujeres. Existen políticas públicas que garantizan el acceso de las mujeres, pero son políticas que sólo están en papel, no las aplican, origina falta de acceso a la salud sexual y reproductiva. • No hay inclusión porque no hay accesibilidad, los hospitales no cuentan con intérpretes para personas sordas ni sistema braille.	Todos para Todos, A.C. organización solicitante de la AVGM en la entidad.
8. Estado de México	• Abortos y embarazos de niñas y adolescentes, falta de un centro de atención. Aborto no seguro las pone en riesgo.	Comisión Mexicana para la Defensa y Promoción de los Derechos Humanos, A.C. Observatorio Nacional del Femicidio, A.C. Ambas organizaciones son solicitantes de la AVGM en la entidad

9. Ciudad de México	No se analiza en el presente estudio	
10. Puebla	Aplicación de la NOM-046 no se lleva a cabo en hospitales, no hay atención especializada ni hay opción de aborto. Cuando una mujer ha sido violada y acude a un hospital, no se realiza el protocolo establecido oficialmente para ello.	Observatorio de Violencia Social y de Género de la Universidad Iberoamericana Junto con la Red Retoño, Cause Ciudadano y otras organizaciones promueven que se decrete la Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres en la entidad.
11. Morelos	- Falta de acceso a servicios de salud sexual reproductiva, además existe baja calidad y alto costo. - Criminalización de mujeres que abortan, hay un peligro de salud, y terminan en la cárcel o sancionadas por marco legal en el estado.	<i>Informe sombra sobre el seguimiento de las recomendaciones del Comité CEDAW al Estado mexicano 2018</i> elaborado por la Comisión Independiente de Derechos Humanos de Morelos, entre otras organizaciones de carácter nacional. Organización solicitante de AVGM en Morelos.
12. Hidalgo	- Faltan marco jurídico/normativos armonizado en materia de derechos humanos, reproductivos y aborto; mujeres criminalizadas por abortar - Falta despenalizar el aborto	

REGIÓN SUR

ENTIDAD FEDERATIVA	MANIFESTACIÓN DEL PROBLEMA FOROS PROIGUALDAD	EVIDENCIAS DE OSC QUE REALIZAN SEGUIMIENTO A LA APLICACIÓN DE LA NOM-046 EN EL ÁMBITO LOCAL
1. Guerrero	Falta de capacitación del personal médico para atención de calidad en hospitales para atender violencia	<i>Informe sombra sobre el seguimiento de las recomendaciones del Comité CEDAW al Estado mexicano 2018.</i> Elaborado por la Asociación Guerrerense contra la Violencia hacia las Mujeres A.C, entre otras organizaciones de carácter nacional. Organización solicitante de AVGM en Guerrero en 2017.

		También existe un movimiento de varios grupos feministas que han vigilado la situación de los derechos sexuales y reproductivos, entre otras cuestiones, la NOM 046 ²⁸³
2. Veracruz	- Falta de acceso a salud integral con perspectiva de género. - Las zonas rurales son muy afectadas porque ahí les llega con más desfase la información y atención médica.	<i>Monitoreo de la NOM-046; con énfasis en la atención a la víctima de violación,</i> ²⁸⁴ elaborado por Equifonía, Colectivo por la Ciudadanía, Autonomía y Libertad de las Mujeres A.C. Dicho Monitoreo sirvió de base para la valoración de la aplicación de la NOM-046 que reporta el Informe Sombra multicitado en este anexo. organización solicitante de las 2 Alertas de Violencia de Género en Veracruz (en un caso ante el incremento del feminicidio y desaparición contra mujeres y niñas; en otro por agravio comparado).
3. Oaxaca	- Es problemático el hecho de que no haya recursos ni medicamentos en las clínicas. En Oaxaca no llegan los medicamentos como en la Ciudad de México. - Las políticas públicas están orientadas a un solo tipo de mujeres. A estas políticas les falta el enfoque interseccional, que tome en cuenta a toda la diversidad de mujeres. - El principal problema es la desinformación vivida por las mujeres en todos los ámbitos: derechos reproductivos.	Red Oaxaqueña de Mujeres Jóvenes “Trenzando Saberes”, participantes en el diagnóstico elaborado por el ILSB.
4. Chiapas	La NOM-046 no se conoce en las comunidades ni en los municipios, está invisibilizada y por lo tanto no se exige y no se hace valer. Médicos y demás no están enterados de cómo deben hacerlo y por lo tanto se da la violencia obstétrica y perjudica la vida y salud de las mujeres. Los	Brigada Callejera de apoyo a la Mujer, Elisa Martínez, AC Centro de Derechos Humanos de las Mujeres, AC. Organización solicitante de la AVGM

²⁸³ Ver <https://cimacnoticias.com.mx/2020/03/20/querrero-sin-otorgar-acceso-pleno-a-la-salud-de-las-mujeres-afirman-feministas>

²⁸⁴ Lo elaboró con el apoyo de The Match International Women's Fund. Ver resultados en <https://www.uv.mx/msp/files/2015/10/Gonzalez-Equifonia-Garantizar-acceso-SSyR.pdf>

	padres dan el consentimiento a niñas de ser madres. ● Falta de perspectiva de género e inclusión cultural, maltrato a las mujeres indígenas. ● Falta de capacitación y prevención de enfermedades básicas de las mujeres por parte de las instituciones en los municipios. ● La falta de perspectiva de género en los centros de salud. No somos atendidas con sensibilidad, somos agredidas, nuestros derechos no están salvaguardados desde la puerta hasta al recibir la atención médica. ● Aumento de maternidad infantil y juvenil. La secretaría no proporciona los medios para no embarazarse y después se criminaliza a las mujeres por querer abortar. ● Falta capacitación al personal de salud de la NOM-046. Las pocas mujeres que quieren acceder a la interrupción de embarazo se topan con la negativa de ese derecho. ● Negación de acceso al aborto legal cuando hay malformaciones. ● No hay despenalización del aborto. ● No hay las situaciones idóneas para ser mamás, las mujeres recurren a abortos clandestinos, no hay información para hacerlo de manera segura, ni condiciones para tenerlo de forma segura. ● Invalidación de los derechos sexuales y reproductivos en clínicas y hospitales. Invalida nuestro poder de decisión, violencia institucional. ● Mala atención de cualquier centro de salud en el estado. Ni los médicos, ni las enfermeras atienden a las mujeres en los centros de salud.	Red de Mujeres de los Pueblos Indígenas y Afrodescendientes de Chiapas (Remiac), participantes en el diagnóstico elaborado por el Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir (en adelante, ILSB), y que se cita adelante en el caso de Yucatán.
--	---	---

5. Tabasco	- En las comunidades la gente no sabe los derechos que tiene, ignora lo que debe de recurrir en el caso de los abusos sexuales, violencia doméstica. - Muchas mujeres no pueden acceder a los servicios de salud, aunque sean gratuitos porque sus esposos no les dan permiso de hacerse el Papanicolaou, mastografía o decidir sobre su salud sexual y reproductiva. - Faltan médicos en las comunidades, lo que afecta la salud de las mujeres.	Comité de Derechos Humanos de Tabasco, A.C. Organización solicitante de la AVGM en la entidad.
6. Campeche	Falta de acceso a la salud para las mujeres adolescentes, primera infancia, indígenas, migrantes, mujeres en prisión y trabajadoras sexuales y falta de educación en salud que contemple usos y costumbres, atención en prevención, enfoque de género y etapas de la vida.	La Red de Mujeres y Hombres por una opinión pública con perspectiva de género en Campeche (REDMYH A.C.), ha monitoreado la aplicación de la NOM-046.²⁸⁵
7. Yucatán	- Las mujeres por casos de agresión sexual si acuden ante la autoridad, ésta no comprende que el testimonio es genuino y desestima la búsqueda de ayuda a través de la denuncia. Las autoridades deberían brindar apoyo y acompañamiento y no limitarse a que se muestren evidencias de lesiones. - Falta de sensibilidad y concientización de los derechos a la salud en relación con discapacidad.	<i>LO PÚBLICO ES NUESTRO</i> Juventudes evalúan servicios de salud sexual y reproductiva a través de mecanismos de transparencia y rendición de cuentas en Yucatán.²⁸⁶ Estudio elaborado por el ILSB, con la colaboración de la organización yucateca Red de Mujeres Jóvenes Indígenas de Campeche y Yucatán “Péepeno’ob”.
8. Quintana Roo	- Desconocimiento de las autoridades de la NOM-046 y que desde los hospitales no se trabaje con perspectiva de género. - Penalización del aborto en el estado.	CIAM Cancún, AC Coordinadora de mujeres mayas de Quintana Roo, AC La organización Marea Verde da acompañamiento a mujeres para que ejerzan sus derechos sexuales y reproductivos. De manera específica ha

²⁸⁵ Ver <https://www.lajornadamaya.mx/nacional/13710/Medicos-incumplen-norma-federal-al-negar-aborto-por-violacion>.

²⁸⁶ <http://ilsb.org.mx/embarazoenadolescentes/assets/files/Yucatan.pdf>

		monitoreado la aplicación de la NOM-046. ²⁸⁷
--	--	---

ALERTA DE VIOLENCIA DE GÉNERO CONTRA LAS MUJERES

REGIÓN NORTE/CENTRO NORTE

ENTIDAD FEDERATIVA	DECLARADA O RECHAZADA, PERO CON ACCIONES EN TEMAS NOM-046
1. Baja California	No declarada, pero con acciones NOM-046
2. Baja California Sur	
3. Sonora	No declarada, pero con acciones NOM-046
4. Chihuahua	
5. Coahuila	No declarada, pero con acciones NOM-046
6. Tamaulipas	
7. Nuevo León	Declarada
8. Durango	Declarada
9. San Luis Potosí	Declarada
10. Zacatecas	Declarada
11. Sinaloa	Declarada
12. Aguascalientes	

Elaborado con datos proporcionados por la CNDH

REGIÓN CENTRO

ENTIDAD FEDERATIVA	DECLARADA O RECHAZADA, PERO CON ACCIONES EN TEMAS NOM-046
1. Nayarit	Declarada
2. Jalisco	Declarada
3. Colima	Declarada
4. Michoacán	Declarada
5. Guanajuato	No declarada, pero con acciones NOM-046
6. Querétaro	
7. Tlaxcala	No declarada, pero con acciones NOM-046
8. Estado de México	Declarada ²⁸⁸
9. Ciudad de México	
10. Puebla	Declarada
11. Morelos	Declarada
12. Hidalgo	

²⁸⁷ Ver <https://www.lajornadamaya.mx/nacional/13710/Medicos-incumplen-norma-federal-al-negar-aborto-por-violacion>

²⁸⁸ Una es por violencia feminicida y la otra en particular para los municipios de Toluca de Lerdo, Ecatepec de Morelos, Nezahualcóyotl, Cuautitlán Izcalli, Chimalhuacán, Ixtapalapa y Valle de Chalco. Publicada el 1 de octubre de 2019. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/497633/Resoluci_n_de_la_SEGOB.pdf. Datos proporcionados por la CNDH.

REGIÓN SUR

ENTIDAD FEDERATIVA	DECLARADA O RECHAZADA, PERO CON ACCIONES EN TEMAS NOM-046
1. Guerrero	Declarada ²⁸⁹
2. Veracruz	Declaradas ²⁹⁰
3. Oaxaca	Declarada
4. Chiapas	Declarada
5. Tabasco	No declarada, pero con acciones NOM-046
6. Campeche	Declarada
7. Yucatán	No declarada, pero con acciones NOM-046
8. Quintana Roo	Declarada

²⁸⁹ Una emitida por violencia feminicida y otra por agravio comparado.

²⁹⁰ Una por violencia feminicida en 2016 y otra por agravio comparado en 2017.