

**Insumo que presenta el Grupo de Información en Reproducción Elegida, AC (GIRE)
sobre la situación de los derechos reproductivos de las mujeres en México**

A partir de la información obtenida mediante la investigación, el análisis normativo, de políticas públicas, estadístico, las solicitudes de acceso a la información y del acompañamiento de casos, GIRE ha detectado tres temáticas de preocupación respecto al ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres relacionadas con el cumplimiento de las recomendaciones emitidas a México en el pasado Examen Periódico Universal en febrero de 2009, en específico la **8** (Brasil), **11** (Reino Unido) y **13** (Nueva Zelandia), en el sentido de armonizar la legislación nacional a fin de evitar prácticas discriminatorias contra las mujeres, la **70** (Arabia Saudita, Viet Nam) sobre acceso a servicios de salud y la **69** (Honduras, Santa Sede) en relación con los índices de mortalidad materna en el país.

A continuación, se hace una breve descripción de estas temáticas, así como una serie de recomendaciones, que esperamos el Consejo tome en consideración para emitir las recomendaciones del Grupo de Trabajo sobre el Examen Periódico Universal de México.

1. Armonización legislativa en materia de aborto y criminalización de las mujeres

En México el aborto es un delito con exclusiones de responsabilidad, las cuales varían dependiendo de la entidad federativa en donde se realice su práctica. El Distrito Federal es la única entidad que permite la interrupción legal del embarazo en las primeras 12 semanas de gestación, y en todo el país cuando el embarazo sea producto de una violación. Dicha regulación diferenciada con motivo del lugar de residencia de las mujeres provoca discriminación en contra de las mujeres en el acceso efectivo a los servicios de salud reproductiva, servicios que sólo las mujeres requieren.¹

Además de lo anterior cabe señalar que el acceso a servicios de aborto seguro en las causales legales es bastante precario o incluso nulo, sobre todo para las víctimas de violación sexual, Esta situación se ha agravado desde 2008, debido a las reformas a las constituciones de 16

¹ Comité CEDAW, *Recomendación General 24, Artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer - La mujer y la salud*, 20º período de sesiones (1999), párrafo 11. Disponible en <<http://bit.ly/opp1tq>> [consulta: 19 de octubre de 2012].

estados que protegen la vida desde la concepción,² con la generación de un clima de persecución penal hacia las mujeres³ y de confusión en los prestadores médicos de hospitales públicos en términos de sus obligaciones de provisión de servicios de salud reproductiva.

Recomendación:

Armonizar la legislación penal a nivel local y federal en materia de aborto, de conformidad con la reforma constitucional de derechos humanos de 2011, con la finalidad de eliminar la discriminación en el ejercicio de sus derechos reproductivos, que viven las mujeres dependiendo de su lugar de residencia.

2. Acceso a servicios de salud reproductiva

En México el acceso a servicios e información de anticoncepción es precario e insuficiente y resulta especialmente preocupante la falta de acceso a información objetiva, veraz y oportuna para adolescentes y sectores de la población en situación de mayor riesgo de violación a sus derechos, como es el caso de las mujeres indígenas. El porcentaje de uso de estos métodos en mujeres en edad fértil unidas pasó de 68.5% en 1997 a 72.5% en 2009. Lo anterior significa que, para 2009, únicamente 12.1 millones de mujeres en edad fértil y unidas usaban anticonceptivos.⁴ En 2009, la cobertura anticonceptiva se elevó a 72.5% entre todas las mujeres unidas, pero fue sólo de 58.3% entre mujeres indígenas, 63.7% en mujeres de zonas rurales y 60.5% entre mujeres sin escolaridad.⁵

Las estadísticas dan cuenta de una demanda insatisfecha en términos de información y servicios de anticoncepción, de calidad y que sean adecuados para las necesidades específicas de cada mujer.

² Baja California (26 de diciembre de 2008), Chiapas (20 de enero de 2010), Colima (12 de marzo de 2009), Durango (31 de mayo de 2009), Guanajuato (26 de mayo de 2009), Jalisco (2 de julio de 2009), Morelos (11 de diciembre de 2008), Nayarit (6 de junio de 2009), Oaxaca (11 de septiembre de 2009), Puebla (3 de junio de 2009), Querétaro (18 de septiembre de 2009), Quintana Roo (15 de mayo de 2009), San Luis Potosí (3 de septiembre de 2009), Sonora (6 de abril de 2009), Tamaulipas (23 de diciembre de 2010) y Yucatán (7 de agosto de 2008).

³ Según datos obtenidos a través de solicitudes de información pública presentadas por el Grupo de información en Reproducción Elegida, AC a los tribunales superiores de justicia de los estados, de 2007 a 2012 existen un total de 127 sentencias condenatorias por el delito de aborto.

⁴ Aproximaciones basadas en INEGI, *ENADID: Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009: Metodología y tabulados básicos*, México, INEGI, CONAPO, 2010. Disponible en <<http://bit.ly/Q9bIH8>> [consulta: 8 de noviembre de 2012].

⁵ CONAPO, *Principales indicadores de salud reproductiva: ENADID 2009: Anticoncepción en mujeres en edad fértil (MEFU)*. Disponible en <<http://bit.ly/12GRPLR>> [consulta: 10 de octubre de 2012].

La falta de servicios de salud en materia de anticoncepción se relaciona con la prevalencia de embarazos no deseados, situación que vinculada a la legislación restrictiva en materia de aborto y la falta de acceso aún en las causales legales, orilla a que muchas mujeres recurran a abortos clandestinos que en numerosos casos ponen en riesgo su salud y su vida. Se calcula que la tasa de abortos inducidos en 2009 fue de 38 por cada 1,000 mujeres entre 15 y 44 años, lo que se traduce en números totales en 1,025,669 abortos inducidos.⁶ Ello implica que los abortos inducidos en México han aumentado, de poco más de 500,000 abortos estimados en 1990 a 874,747 abortos en 2006, con una tasa que subió de 25 a 38 abortos por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva, para ubicarse entre las más altas del mundo.⁷

De acuerdo con dichos estudios estadísticos, sólo una de cada seis mujeres que se realiza un aborto clandestino busca u obtiene atención hospitalaria, por lo que las restantes carecen de atención sanitaria adecuada.⁸ Según datos de la Secretaría de Salud federal, en 2010 el aborto significó el 11% de las muertes maternas.⁹ Estas muertes, enteramente prevenibles, se hubieran evitado con el acceso de las mujeres al aborto legal y seguro. Aunado a las muertes, muchas mujeres sufren complicaciones de salud por abortos inseguros: sólo en el año 2009 el número de mujeres que acudieron al hospital por complicaciones de abortos inseguros fue de 159,005.¹⁰

Recomendaciones:

Asegurar que a nivel federal y local todas las personas tengan acceso sin discriminación a la información y servicios de anticoncepción, especialmente las personas adolescentes y las mujeres indígenas, quienes se encuentran en situación de mayor riesgo de violaciones a sus derechos. Ello implica asegurar que las y los profesionales de salud no impongan requisitos que no están establecidos por la ley, como por ejemplo solicitar el consentimiento de los padres o tutores para que las y los adolescentes accedan a servicios de anticoncepción.

Garantizar que en todas las entidades federativas, las mujeres que se encuentren en alguno de los supuestos de aborto legal, accedan a servicios seguros de forma oportuna y en condiciones

⁶ Juárez, Fátima y Susheela Singh, “Incidence of Induced Abortion by Age and State, Mexico, 2009: New Estimates Using a Modified Methodology” en *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, Guttmacher Institute, vol. 38, no. 2, junio de 2012. Disponible en <<http://bit.ly/TWmrRs>> [consulta: 17 de octubre de 2012].

⁷ *Ibid.*

⁸ *Ibid.*

⁹ Defunciones Maternas (992 muertes), por causa y por grupo de edad. Estados Unidos Mexicanos, 2010 – Grupo de 20 a 34 años. Ver Posadas Robledo, Javier. “Mortalidad materna avances del programa nacional de APV” en *Foro: La Protección de la Salud Materna desde una perspectiva de derechos humanos: avances y desafíos de salud materna*, México, diciembre de 2011. [Ponencia no publicada].

¹⁰ Juárez, Fátima, *op cit.* (ver *supra*, nota 5).

de calidad y gratuidad. Ello implica fortalecer los servicios de salud sexual y reproductiva, particularmente atendiendo las necesidades de mujeres indígenas, jóvenes y niñas.

3. Mortalidad materna.

En México, la Razón de Mortalidad Materna (RMM) en 2008 fue de 57.2, en 2009 de 62.2, en 2010 de 51.5 y en 2011 de 50.7 por cada 100,000 nacimientos.¹¹ En números absolutos, de 1990 a 2011 fallecieron 28,042 mujeres por complicaciones durante el embarazo, aborto, parto o puerperio.¹² Si analizamos los avances y retrocesos en términos de RMM, entre 1990 y 2010, de las 32 entidades federativas, 14 registraron avances mínimos.¹³ Hay que recordar que de conformidad con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, México se comprometió a reducir la RMM en 75% para 2015. Dada la tendencia actual, es muy probable que el Estado mexicano no pueda cumplirlo.

En 2010, más de 91% de las fallecidas por una causa materna llegaron a un establecimiento hospitalario y recibieron algún tipo de cuidado antes de morir, lo que habla de una deficiente calidad en la atención de emergencias obstétricas en los servicios de salud. En Oaxaca, Guerrero y Chiapas alrededor de una de cada cuatro mujeres murió en su casa, y en Guerrero y San Luis Potosí 15% fallecieron en la vía pública, cifras que evidencian un serio problema de acceso a los servicios de salud en los estados marginados.¹⁴

En este sentido es importante garantizar la debida diligencia en la investigación de casos de muerte materna y su sanción, a través de mecanismos eficaces que aseguren que las víctimas y sus familiares tengan acceso a recursos efectivos y protección judicial, los cuales resultan una medida necesaria para identificar y erradicar las prácticas discriminatorias que perpetúan la mortalidad materna, reparar el daño a las víctimas y promover medidas legislativas y de política pública para que dichos casos no se repitan.

Recomendaciones:

¹¹ Observatorio de Mortalidad Materna en México, *Mortalidad materna en México. Numeralia 2011*, México, 2012.

¹² Véase el análisis de Schiavon, R., Erika Troncoso y Gerardo Polo, “Analysis of maternal and abortion-related mortality in Mexico over the last two decades, 1990-2008” en *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Reino Unido, vol. 188, suplemento 2, septiembre 2012, pp. S78-S86. Disponible en: <<http://bit.ly/12lqxIm>> [consulta: 30 de octubre de 2012].

¹³ Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Chihuahua, Coahuila, Guerrero, Michoacán, Nayarit, Quintana Roo, Sinaloa, Tamaulipas, Tlaxcala y Zacatecas.

¹⁴ Observatorio de Mortalidad Materna en México, *Mortalidad materna en México. Numeralia 2010*, México, 2011, p. 9. Disponible en <<http://bit.ly/11vmY4m>> [consulta: 14 de enero de 2013].

Garantizar los recursos judiciales (civiles, administrativos y penales) adecuados para promover el acceso a la justicia para los familiares de víctimas de muerte materna prevenible, así como la investigación de los hechos, la reparación del daño y la sanción de los responsables.

Fortalecer los mecanismos de monitoreo y rendición de cuentas sobre las políticas y programas en materia de salud materna, con énfasis en la identificación de los patrones y las fallas estructurales. Posicionar la maternidad segura como un asunto de derechos humanos y desarrollar acciones para atender las causas estructurales de tipo cultural, social y económico que inciden en este tipo de muertes.