



**“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”**

*Informe final de resultados*

*Lina Rosa Berrío*

*Paloma Bonfil Sánchez*

*Paola Ma. Sesia*

*Daniela Díaz Echeverría*



## PRESIDENTE

Luis Raúl González Pérez

## CONSEJO CONSULTIVO

Mariclaire Acosta Urquidi  
María Ampudia González  
Alberto Manuel Athié Gallo  
Michael William Chamberlin Ruiz  
Angélica Cuéllar Vázquez  
Mónica González Contró  
David Kershenobich Stalnikowitz  
Carmen Moreno Toscano  
María Olga Noriega Sáenz  
José de Jesús Orozco Henríquez

## Supervisión

María Eréndira Cruzvillegas Fuentes  
**Cuarta Visitadora General**

## Programa de Asuntos de la Mujer y de Igualdad entre Mujeres y Hombres

Elsa de Guadalupe Conde Rodríguez  
Maribel Becerril Velázquez  
Perla Myrell Méndez Soto

## Primer Visitador General

Ismael Eslava Pérez

## Segundo Visitador General

Enrique Guadarrama López

## Tercera Visitadora General

Ruth Villanueva Castilleja

## Cuarta Visitadora General

María Eréndira Cruzvillegas Fuentes

## Quinto Visitador General

Edgar Corzo Sosa

## Sexto Visitador General

Jorge Ulises Carmona Tinoco

## Secretaria Ejecutiva

Consuelo Olvera Treviño

## Secretario Técnico del Consejo Consultivo

Joaquín Narro Lobo

## Oficial Mayor

Raymunda Guadalupe Maldonado Vera

## Directora General del Centro Nacional de Derechos Humanos

Julieta Morales Sánchez

## Autoras:

*Dra. Lina Rosa Berrío*

*Dra. Paloma Bonfil Sánchez*

*Dra. Paola Ma. Sesia*

*Lic. Daniela Díaz Echeverría*

**Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social**

**Centros Públicos CONACYT**



**“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”**

## **Contenido**

<b>1. Introducción</b> .....	<b>4</b>
<b>2. Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres</b> .....	<b>6</b>
<b>3. La violencia contra las mujeres y los marcos normativos para su atención. La “NOM 046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para su prevención y atención”</b> 20	
<b>4. Violencia de género en cifras: panorama estadístico</b> .....	<b>44</b>
<b>5. Sobre la armonización legislativa en materia de Derechos Sexuales y Reproductivos y la NOM-046-SSA2-2005</b> .....	<b>54</b>
<b>6. Interrupción legal del embarazo y violencia de género</b> .....	<b>67</b>
<b>7. Sobre el cumplimiento de la NOM-046 en los servicios de salud ofrecidos por las Secretarías Estatales de Salud, IMSS e IMSS Prospera, en los estados de Chiapas, Guerrero y Oaxaca</b> .....	<b>79</b>
<b>8. Conclusiones y recomendaciones</b> .....	<b>109</b>
<b>9. Referencias bibliográficas</b> .....	<b>121</b>
<b>10. Anexos</b> .....	<b>123</b>



## 1. Introducción

El presente documento constituye el *Informe Final de Resultados* de la investigación sobre el cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana 046-SSAA2-2005 *Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención*, en los estados de Guerrero, Oaxaca y Chiapas, cuyo objetivo general es:

*Identificar aspectos en la regulación normativa del país que tutelen de manera adecuada los derechos sexuales y reproductivos, o que por el contrario puedan ser discriminatorios contra las mujeres y; conocer la aplicación 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 los servicios de salud estatales y el Instituto Mexicano del Seguro Social, para poder ubicar el grado de cumplimiento y protección de los derechos de las mujeres al ser víctimas de violencia.*

El documento da cuenta de los principales hallazgos en relación al cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana 046-SSAA2-2005, en los servicios de salud de Guerrero, Oaxaca y Chiapas, particularmente en los servicios de salud estatal, IMSS régimen ordinario y programa IMSS Prospera; hallazgos que, en general, coinciden con lo que se reporta en la literatura especializada y el periodismo de investigación más recientes.

El documento incluye un marco global inicial sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSyR), así como la interrelación existente entre los marcos normativos nacionales e internacionales, con la NOM 046-SSAA2-2005, para la promoción de la erradicación de la violencia de género.

En la investigación, se realizó una revisión preliminar del marco normativo nacional y específico de las tres entidades federativas en relación con los temas de violencia contra las mujeres, enfatizando de manera particular en las dimensiones de la violencia familiar y sexual que experimentan, dado que son éstas las modalidades establecidas en la NOM 046. Las leyes revisadas fueron:

- ✓ La Ley 553 *Acceso de las mujeres a una vida libre de violencia del estado libre y soberano de Guerrero* (Aprobada noviembre 22 de 2011);
- ✓ La Ley 909 *Ley Estatal de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia del Estado de Oaxaca* (Aprobada, marzo 23 de 2009); y
- ✓ La Ley 203 *Desarrollo Constitucional para la Igualdad de género y Acceso a una Vida Libre Violencia para las Mujeres de Chiapas* (Aprobada, agosto 2 de 2017), la cual reemplazó a la Ley 186 *Ley de acceso a una vida libre de violencia para las mujeres del Estado de Chiapas*, aprobada en 2009.

A partir de dicha revisión, se retomó el análisis realizado por la propia CNDH en relación a la *Plataforma de seguimiento a la armonización normativa de los Derechos Humanos en las entidades*<sup>1</sup>, así como el monitoreo legislativo en materia de violencia. Este documento plantea así los marcos

<sup>1</sup> Disponible en: <http://armonizacion.cndh.org.mx/Armonia/Armonizacion>



generales y el modo en que las legislaciones locales posibilitan o no el ejercicio y el cumplimiento de los DSyR de las mujeres; en particular, el acceso de la población femenina a las acciones de promoción, prevención, atención y canalización, establecidas en la NOM 046-SSAA2-2005.

Por otra parte, se indagaron datos estadísticos existentes en materia de violencia familiar y sexual contra las mujeres en dichas entidades, a partir de lo señalado en la más reciente *Encuesta de la dinámica de las relaciones en el hogar (ENDIREH) 2016*, así como de la información existente en el sistema de *Información delictiva y de emergencias con perspectiva de género*, elaborado por el Centro de Información para el Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública, a cargo de la Secretaría de Gobernación.

Para poner en contexto los hallazgos obtenidos de los instrumentos aplicados y respondidos, así como de las entrevistas a voces representativas dentro de los escenarios en que se reclama el establecimiento de condiciones efectivas para garantizar el derecho a decidir de las mujeres, se revisó también literatura especializada vertida en diagnósticos y estudios de caso, desde una perspectiva de derechos para las mujeres: El derecho a la salud y el derecho a la vida de las mujeres, especialmente de aquéllas que han sido víctimas de violencia sexual y/o familiar; y el derecho a decidir sobre el propio cuerpo.

Dado que el periodo de información solicitado a las dependencias estatales mediante el instrumento enviado corresponde al año 2017, se tomó este año como referente para el análisis de la situación estatal; y se incluyeron también otros informes sobre el tema realizados por organizaciones civiles como el Grupo de Información en Reproducción Elegida, (GIRE) (2018); el informe sombra a CEDAW 2018, realizado por organizaciones civiles de Chiapas; y el *Estudio nacional de violencia contra mujeres en regiones indígenas* (CONAVIM-CIESAS, 2018); así como datos puntuales recogidos de notas hemerográficas sobre el trabajo realizado por organizaciones civiles como Centro Las Libres; Fondo María o Marie Stopes. La recuperación de esta información adicional fue necesaria debido a dos razones principales: la fragmentación de los servicios de salud que no permite contar con datos sistematizados, comparables y confiables; y, como se verá más adelante, la respuesta desigual que se recibió a través del instrumento por parte de los distintos servicios e instituciones de salud.

Para dar respuesta al segundo objetivo--orientado a conocer la aplicación de esta norma en los servicios de salud estatales, el Instituto Mexicano del Seguro Social y el programa IMSS-Prospera en los estados seleccionados-- se diseñó un instrumento de indagación para las dependencias, el cual fue enviado por la CNDH a las autoridades estatales de cada institución. Adicionalmente, se seleccionaron en cada entidad federativa dos unidades pertenecientes a los Servicios Estatales de Salud; una perteneciente al IMSS-Régimen Ordinario; y, en Chiapas una más adscrita al IMSS-Prospera, a fin de contar con un panorama general de la implementación y el cumplimiento de la NOM-046 en dichas instituciones.

Dado que se ha hecho especial énfasis en identificar la posibilidad de acceso real a los servicios de Interrupción Legal del Embarazo (ILE) en los casos establecidos en las leyes de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia en cada entidad; así como en la NOM 046, se priorizaron unidades de segundo nivel con amplia cobertura y capacidad resolutoria en cada entidad, presumiendo que, al



menos éstas, deberían garantizar el acceso a los procedimientos establecidos en la Ley y la NOM-046 en casos de violación para las usuarias. Además, se incluyeron otras unidades principalmente de segundo nivel, ubicadas en zonas más alejadas de los principales centros urbanos, a fin de incorporar la dimensión regional en el análisis.

En el instrumento dirigido a la indagación en las instituciones y dependencias, se incorporaron preguntas relativas al marco en el cual actúan; sus programas específicos y estrategias desarrolladas; la red de servicios disponibles para la aplicación de la NOM 046; la vinculación con otras dependencias e instancias de gobierno y/o sociedad civil para desarrollar acciones de promoción, prevención y atención de la violencia familiar y sexual contra las mujeres; la disponibilidad de medicamentos para la atención de casos de violación y para la prestación de servicios de ILE en dichos casos; el presupuesto recibido y ejecutado para la ejecución del programa de violencia y el desarrollo de la NOM-046; entre otros.

Hasta el momento de cierre se habían recibido respuestas de diez dependencias de salud,<sup>2</sup> incluyendo a hospitales, distribuidas de la siguiente forma:

#### **Chiapas**

1. IMSS, Hospital General de Zona No 2., Tuxtla Gtz.
2. Programa IMSS-Prospera Coordinación estatal
3. Programa IMSS-Prospera en unidades de Ocozocuautila, Ocosingo, Venustiano Carranza, Mapastepec y Altamirano

#### **Guerrero**

4. SSA. Hospital General Raymundo Abarca, Chilpancingo
5. IMSS Delegación estatal
6. Programa IMSS-Prospera Coordinación estatal

#### **Oaxaca**

7. SSO Delegación estatal
8. IMSS Delegación estatal
9. Programa IMSS-Prospera Coordinación estatal
10. Hospital General Aurelio Valdivieso, Oaxaca de Juárez.

Asimismo, se diseñaron instrumentos para ser aplicados a instancias de atención a la mujer; instancias de procuración de justicia y de defensa de derechos humanos a nivel estatal. En varios casos, para acelerar el proceso de respuesta, la aplicación del instrumento se sustituyó por entrevistas.

---

<sup>2</sup> En el caso de los hospitales rurales del IMSS-Prospera en Chiapas, se solicitó información de uno, pero nos contestaron proporcionando la información de cinco unidades. Se incluyeron en el análisis las cinco unidades, aun si aquí se contabilizan como uno, para poder tener claro el porcentaje de respuesta ante las solicitudes emitidas.



A partir de la información reportada por los responsables, se ha realizado el vaciado de información identificando una serie de hallazgos, elementos comunes y ausencias de información que resultan muy valiosas para comprender el tipo de servicio brindado o no a las mujeres, así como las informaciones no registradas o servicios no prestados en materia de ILE en los casos previstos por la ley. Esto plantea un área de oportunidad que resulta relevante para el diseño de acciones futuras en cada una de las unidades y entidades.

El informe que a continuación se presenta está compuesto por siete apartados centrales, además de la Introducción y las referencias bibliográficas: un marco general de los DSyR de las mujeres; un segundo apartado sobre violencia de género y la Norma Oficial Mexicana 046; posteriormente se aborda la armonización legislativa en materia de DSyR. Un cuarto apartado presenta información sobre la situación de violencia contra las mujeres y particularmente los datos sobre violencia familiar y sexual para el año 2017. El siguiente apartado se refiere al derecho a la ILE por violación y finalmente se incluye un sexto apartado sobre el cumplimiento de la NOM 046 en los servicios de salud de la Secretaría de Salud, IMSS e IMSS Prospera, en los estados de Chiapas, Guerrero y Oaxaca.

Los resultados del diagnóstico están insertos en los varios apartados, aun así, hay uno en específico, el séptimo, dedicado al análisis de los instrumentos contestados por las instituciones que sí respondieron a la petición de información enviada por la misma CNDH. Finalmente, se incluyen las conclusiones generales y una serie de recomendaciones, a partir de los resultados del diagnóstico.

## **2. Los Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres**

### ***2.1 Definición de los derechos sexuales y reproductivos***

Los derechos sexuales y reproductivos (DSyR) de las mujeres garantizan las decisiones libres e informadas sobre la autonomía sexual y reproductiva y el ejercicio de la sexualidad de manera independiente de la reproducción; en ese sentido, obligan a una serie de medidas y estrategias institucionales y de política pública orientadas a: a) la prevención y atención de enfermedades e infecciones de transmisión sexual; b) la promoción del acceso generalizado a métodos anticonceptivos; c) asegurar el acceso a una maternidad segura; d) promover el acceso a la interrupción legal del embarazo (ILE); e) la protección del derecho a la libertad de expresión, a una vida sin violencia y a la no discriminación por orientación sexual y/o por identidad de género; y f) el derecho a acceder a servicios médicos adecuados, oportunos, dignos y de calidad para la salud de las mujeres.

De acuerdo a lo establecido en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) (Cairo, 1994), los derechos reproductivos abarcan derechos reconocidos en instrumentos internacionales de derechos humanos, así como en el marco legal nacional, en los que se fundamentan el reconocimiento del derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y a disponer de información y medios para ello, así como el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva (ssr). También incluye el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin



sufrir discriminación, coacciones o violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos.

El marco de la propia CIPD y su Plataforma de Acción conciben la salud reproductiva como un estado de absoluto bienestar físico, mental y social, y no sólo de ausencia de enfermedad o dolencia, que se proyecta a todo lo relacionado con el sistema reproductivo, con sus funciones y procesos; estableciendo que la salud reproductiva incluye la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria y de procrear; es decir, que ha de asegurar el disfrute de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos. La Plataforma de Acción de los DSyR establece, por otro lado, que los derechos humanos de la mujer incluyen: el derecho a tener control sobre su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva (ssr); así como el derecho a decidir libremente sobre ello, sin coerción, discriminación, ni violencia (El Cairo, 1994; pag. 53).

En ese contexto, las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre en términos de las relaciones sexuales y la reproducción, implican el pleno respeto de la integridad de la persona; el respeto y el consentimiento recíproco y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad del comportamiento sexual.<sup>3</sup>

Dado que la ssr 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; implica el derecho del hombre y la mujer a obtener información; planificar la familia de su elección, así como acceder a diversos métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos y sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables. Implica también el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos. En consonancia con esta definición, la atención de la ssr 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; e incluye la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales, más allá del asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.<sup>4</sup>

Los DSyR se han reconocido dentro del conjunto de los derechos humanos como resultado de la lucha, las demandas y las movilizaciones, específicamente de las mujeres, por la ampliación de su ciudadanía. Los DSyR de las mujeres se enmarcan en los principios, acuerdos y tratados internacionales de derechos humanos y en tanto componentes de la construcción y ejercicio de la

---

<sup>3</sup> COESPO, *Derechos sexuales y reproductivos*, COESPO-Estado de México, 2014. Disponible en: [coespo.edomex.gob.mx/sites/coespo.edomex.gob.mx/files/files/COESPO\\_PDF\\_DSR14.pdf](http://coespo.edomex.gob.mx/sites/coespo.edomex.gob.mx/files/files/COESPO_PDF_DSR14.pdf)

<sup>4</sup> Galdós Silva, Susana, “La Conferencia de El Cairo y la afirmación de los Derechos Sexuales y Reproductivos, como base para la salud sexual y reproductiva” en *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, vol.30 no.3 Lima jul. 2013. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v30n3/a14v30n3.pdf>



ciudadanía de las mujeres, son una herramienta fundamental para la expansión y el arraigo de los derechos civiles, políticos y económicos.<sup>5</sup>

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

- a. El derecho a la libertad sexual, que abarca la posibilidad de plena expresión del potencial sexual de los individuos, si bien excluye toda forma de coerción, explotación y abuso sexuales en cualquier tiempo y situación;
- b. el derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo, que incluye la capacidad de tomar decisiones autónomas sobre la propia vida sexual dentro del contexto de la ética personal y social; así como la capacidad de control y disfrute del cuerpo, libre de tortura, mutilación y violencia de cualquier tipo;
- c. el derecho a la privacidad sexual, que implica también el derecho a las decisiones y conductas individuales en el ámbito de la intimidad siempre y cuando no interfieran en los derechos sexuales de otros;
- d. el derecho a la equidad sexual que se opone a toda forma de discriminación, independientemente del sexo, género, orientación sexual, edad, raza, clase social, religión o limitación física o emocional;
- e. el derecho al placer sexual;
- f. el derecho a la expresión sexual emocional para todas las personas;
- g. el derecho a la libre asociación sexual que conlleva la posibilidad de contraer o no matrimonio, de divorciarse y de establecer otros tipos de asociaciones sexuales responsables;
- h. el derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables, como decidir tener o no hijos, número y espaciamiento entre cada uno, y el acceso pleno a los métodos anticonceptivos;
- i. el derecho a información basada en el conocimiento científico;
- j. el derecho a la educación sexual integral; y
- k. el derecho a la atención de la salud sexual.

Bajo esta consideración, el acceso efectivo a la SSR refleja algunos de los indicadores más importantes del desarrollo de un país (como el nivel educativo, las desigualdades entre zonas urbanas y rurales, pobreza y marginación; así como los factores que sitúan a ciertos sectores en condiciones de desigualdad y vulnerabilidad, como los grupos indígenas, las mujeres o grupos étnicos como la juventud o la vejez, que condicionan el acceso a los servicios de SSR).

---

<sup>5</sup> Disponible en: <http://www.sipam.org.mx/wp-content/uploads/2017/05/LOS-DERECHOS-SEXUALES-Y-REPRODUCTIVOS-DE-LAS-MUJERES-2016-SIPAM.pdf>



La garantía de los DSyR los consolida como derechos humanos en tanto protegen la vida y la integridad de las personas; al tiempo que incluyen el derecho de todos los individuos a acceder libres de coerción, discriminación y violencia, al más alto nivel posible de salud sexual, incluido el acceso a métodos anticonceptivos seguros, eficaces, asequibles y oportunos; a solicitar, recibir y difundir información relacionada con la sexualidad. Incluye también el derecho a la educación sexual integral; el respeto a la integridad corporal; la elección libre de pareja; el derecho a decidir ser sexualmente activo o no; a las relaciones sexuales consensuadas; al matrimonio libre de coerción; el derecho a decidir si tener hijos o no, y cuándo; y ejercer una vida sexual satisfactoria, segura y placentera. De forma particular, las mujeres deben tener acceso a servicios que las ayuden a tener un embarazo sano, un parto seguro e hijos saludables.<sup>6</sup>

Como derechos humanos, los DSyR de las mujeres se fundamentan en los principios de igualdad, autodeterminación y dignidad; e implican la garantía de condiciones de acceso a servicios de SSR; e incluyen el derecho a acceder a información sobre SSR, el derecho a acceder a métodos anticonceptivos, el derecho al aborto, y el derecho a la atención obstétrica, entre otros. La falta de acceso a servicios de salud reproductiva, a una educación integral en sexualidad y anticoncepción, evita que las mujeres puedan disfrutar plenamente de sus derechos como ciudadanas. Si bien la promoción del ejercicio responsable de esos derechos debe fundamentar las políticas y los programas estatales en salud reproductiva, incluida la planificación de la familia, y debe también promover relaciones de respeto mutuo e igualdad entre hombres y mujeres; la información disponible muestra que la salud reproductiva aún no se encuentra al alcance de amplias capas de la población debido a falta de conocimientos sobre sexualidad humana; a información y servicios insuficientes o de mala calidad en salud reproductiva; a la prevalencia de comportamientos sexuales de alto riesgo; a prácticas sociales discriminatorias; a actitudes negativas y patriarcales hacia mujeres y niñas; y a la falta de acceso a la toma de decisiones de muchas mujeres sobre su vida y su salud, incluyendo a la SSR.<sup>7</sup>

Dentro de los DSyR, se cuenta el derecho a la ILE. La falta de acceso y cumplimiento de este derecho es tanto un problema de salud como de violencia y discriminación, que resulta de los estereotipos, prejuicios y estigmas que inhiben el acceso de las mujeres a la información que les permitiría vivir libres de violencia y ejercer su sexualidad con autonomía personal y seguridad para prevenir embarazos no deseados; así como de la falta de acceso a los métodos de prevención de embarazos; y finalmente, de la violencia contra las mujeres que se manifiesta en violaciones o incesto que se enfrentan sin apoyo por parte de las víctimas.

---

<sup>6</sup> CONAPO, *Situación de la salud sexual y reproductiva. República Mexicana*, CONAPO, 2016, 238 pp. Disponible en: <https://www.gob.mx/conapo/documentos/situacion-de-la-salud-sexual-y-reproductiva-republica-mexicana?idiom=es>

<sup>7</sup> Véase, Amnistía Internacional-Chile, *El aborto y los derechos sexuales y reproductivos: fundamentos de los derechos humanos*, Disponible en: <https://amnistia.cl/wp-content/uploads/2015/02/El-aborto-y-los-Derechos-Sexuales-y-Reproductivos.-fundamentos-de-DDHH.pdf>



El Estado mexicano ha sido signatario de todos los instrumentos internacionales que tutelan los DSyR de la población y en particular, de las mujeres. Dentro de esos instrumentos, se encuentra también el marco normativo y legal que protege a las mujeres contra la violencia de género. En ese contexto y a través de marcos normativos y legales, así como de políticas públicas y programas específicos, se han asumido las obligaciones de protección, respeto e impulso a los DSyR, aun con resultados desiguales. Se ha buscado garantizar el derecho a la salud y el cumplimiento del principio general del artículo *Cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*: "toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos"; principios presentes en la Ley General de Población y la Ley General de Salud, junto a sus respectivos Reglamentos.

Uno de los documentos rectores de las políticas gubernamentales en materia de DSyR es el *Programa Nacional de Población* que, en su edición 2013-2018, estableció en su Objetivo Estratégico 2 ampliar las capacidades y oportunidades a la salud y el ejercicio de DSyR para mujeres y hombres. Los DSyR se incluyeron también como eje rector en la *Estrategia nacional para la prevención del embarazo en adolescentes (ENAPEA) - Ciudadanía y derechos sexuales y reproductivos*, establecida desde 2014, al reconocer que, a medida que los diferentes actores sociales internalicen los valores y derechos asociados a la SSR, aumentarán el acceso, el conocimiento y el uso apropiado de los métodos y servicios para adolescentes.

A nivel Internacional, México también es signatario de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas, aprobados en 2015, los cuales buscan garantizar para 2030 el acceso universal a los servicios de SSR, incluidos los de planificación familiar y anticoncepción, información y educación, y la reducción de la mortalidad materna. Además, el país ha participado en el *Consenso de Montevideo* (2013) que afirma que "... la promoción y la protección de los derechos sexuales y derechos reproductivos son esenciales para el logro de la justicia social y de los compromisos nacionales, regionales y mundiales para el desarrollo sostenible, en sus tres pilares: social, económico y ambiental", y establece como una de sus medidas prioritarias el acceso universal a los servicios de SSR.<sup>8</sup> México ha firmado también la *Convención de Viena sobre Derechos Humanos* (1993) y la *Convención Interamericana Belem do Pará para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer* (1994).<sup>9</sup>

Entre las obligaciones específicas del Estado mexicano en materia de DSyR se encuentran:

- La obligación de facilitar a las mujeres y hombres información completa en materia de SSR y anticoncepción, incluyendo anticoncepción de emergencia;
- la obligación de promover el acceso a información accesible, exhaustiva y de buena calidad que permita la toma de decisiones informadas sobre sexualidad y reproducción, incorporando estos servicios a los servicios de salud;

<sup>8</sup> CONAPO, *Situación de la salud sexual y reproductiva. República Mexicana*, CONAPO, 2016, pp. 17-19

<sup>9</sup> Disponible en: <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>



- la obligación de garantizar la disponibilidad y accesibilidad de toda la gama de métodos anticonceptivos de calidad, incluidos los que figuran en los formularios nacionales y en la lista modelo de medicamentos esenciales de la Organización Mundial de la Salud;
- la obligación de garantizar que los productos y servicios anticonceptivos sean asequibles, abordando los obstáculos económicos, como la cobertura del sistema de salud y otros problemas económicos y de presupuesto, especialmente en el caso de las personas con escasos ingresos o que viven en la pobreza;
- la obligación de garantizar información exacta, exhaustiva y basada en datos sobre los métodos anticonceptivos;
- la obligación de garantizar que las y los trabajadores de la salud sean técnicamente competentes y puedan ofrecer información y servicios de calidad, incluidos servicios que respetan la intimidad y la confidencialidad de todas las personas;
- la obligación de garantizar el consentimiento pleno e informado en la administración de anticonceptivos;
- la obligación de proporcionar a la juventud, dentro y fuera de los centros de enseñanza, educación exhaustiva sobre la sexualidad y métodos anticonceptivos, objetiva y científicamente exacta, con perspectiva de género, libre de prejuicios y discriminación; y
- la obligación de revisar y reformar las leyes y prácticas que requieran autorización del marido o los padres para acceder a servicios anticonceptivos.

Dentro de las medidas que el Estado y el sistema público de salud tendrían que garantizar, se incluye que las sobrevivientes de violencia sexual (incluyendo a una violación o incesto) accedan a la anticoncepción de emergencia (AE) y a servicios seguros y accesibles de ILE. También el Estado tiene la obligación de prevenir la discriminación por motivos de orientación sexual y/o identidad de género, como se establece en la *Convención de Belém do Pará*, que incluye el derecho de la mujer a “ser libre de toda forma de discriminación” y “a ser valorada y educada libre de patrones estereotipados de comportamiento y prácticas sociales culturales basadas en conceptos de inferioridad o subordinación”.

En México, la *Ley General de Población* de 1974 estableció una política de población orientada a la reducción de la fecundidad; mientras que se impulsó una modificación al artículo 4o constitucional para garantizar el derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de los hijos. En ese marco, la salud y los DSyR se atienden a través de las acciones del *Programa Nacional de Salud 2013-18*; el *Programa para la Igualdad entre Hombres y Mujeres 2015-2018*; el *Programa Nacional de Población 2014-2018*, que establece en su Objetivo 2 cinco estrategias y 22 líneas de acción para ampliar las capacidades y oportunidades a la salud y el ejercicio de los DSyR para mujeres y hombres; y las políticas públicas enmarcadas en la prevención, atención y sanción de la violencia contra las mujeres por razones de género.

Dentro de este marco general de obligaciones del Estado para tutelar los DSyR, tanto con la aplicación de marcos legales y normativos como a través de la provisión de servicios de salud; interés a esta investigación profundizar en las condiciones específicas de dos sectores de la



población femenina: las mujeres indígenas y afrodescendientes; y la población femenina infantil y adolescente que pudiera enfrentar violencia familiar y sexual.

Con respecto a las y los adolescentes, los Estados están obligados a aplicar el principio de “evolución de sus capacidades”, que señala la adquisición de madurez para tomar decisiones informadas, sin la autorización de sus padres o tutores, para acceder a servicios de SSR, incluyendo servicios de anticoncepción; garantizar la disponibilidad de métodos anticonceptivos de emergencia para todas las mujeres y las niñas, en especial para las que han sido violadas; regular el ejercicio de la objeción de conciencia de los profesionales de la salud para que no se arriesgue la salud del (la) paciente y su derecho a recibir servicios y artículos anticonceptivos.

Al mismo tiempo, el Estado debe de atender las necesidades de planificación familiar y anticoncepción de las poblaciones vulnerables y desfavorecidas, como es el caso de las mujeres y poblaciones indígenas; y garantizar que la sociedad civil y otras partes interesadas (como las organizaciones indígenas) desempeñen una función central en la elaboración de leyes, políticas y programas sobre SSR, incluida la anticoncepción.

## **2.2 El derecho a la salud**

En el marco de las DSyR, es importante incluir el derecho a la salud, ya que garantizar la SSR es una obligación del Estado que se intersecta necesariamente con este derecho. El derecho a la salud es parte de los derechos humanos fundamentales, garantizado tanto a nivel constitucional en el país, como en una serie de instrumentos del derecho internacional que México ha suscrito y ratificado, como se explica a continuación.

*El derecho a la salud es un derecho constitucional, reconocido tanto en el artículo 4° de la Constitución, como en las normas contenidas en los tratados internacionales que México ha suscrito y que, de acuerdo con el artículo 1° de la misma, hacen parte integral del ordenamiento constitucional, como el artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador), el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) y el artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW).*

*El concepto de salud al que se refiere este derecho debe entenderse en un sentido integral acorde con la definición establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS): el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades. Este concepto de salud ha sido retomado por diferentes organismos internacionales de derechos humanos y debe guiar la interpretación que los jueces, legisladores y funcionarios públicos en general hagan de la protección del derecho a la salud establecido en la Constitución.*



*El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC) ha interpretado en su Observación General 14 que el derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano, sino que implica también la creación de un sistema de protección que brinde a las personas las mismas oportunidades para disfrutar del más alto nivel posible de salud.*

*Las obligaciones del Estado con respecto al derecho a la salud implican tomar las medidas administrativas, legislativas, judiciales y presupuestales necesarias para proteger la salud — entendida desde una visión integral— de las personas. También, reconocer la interdependencia entre el derecho a la salud y otros derechos humanos, como el derecho a la vida, el derecho a la vida privada (autonomía reproductiva) y el derecho a una vida libre de violencia (GIRE, p.55).*

En México, el sistema de salud cuenta con tres tipos de proveedores de servicios: privado, público y abierto; y tres subsistemas: la seguridad social, los servicios públicos y los servicios privados. Hay además tres modelos de atención principales: el hegemónico; el médico alternativo subordinado y el basado en la auto-atención (Menéndez, 1983). Todos estos ámbitos están de una forma u otra, relacionados con las obligaciones del Estado en garantizar, promover y/o defender el derecho a la salud.

El *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018* planteaba como objetivo en materia de salud, asegurar el acceso a los servicios de salud a través de las siguientes estrategias:

1. Avanzar en la construcción de un Sistema nacional de salud universal;
2. Hacer de las acciones de protección y promoción un eje prioritario para el mejoramiento de la salud;
3. Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad;
4. Garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud de calidad; y
5. Promover la cooperación internacional en salud.<sup>10</sup>

Finalmente, por lo que respecta a la salud materna y sus efectos en la ILE, el Estado mexicano y el Sector Salud en particular, tienen entre otras responsabilidades, la obligación de elaborar leyes, políticas, programas y prácticas para garantizar la salud y el bienestar de las mujeres y las niñas durante el embarazo, el parto y el postparto, poniendo a disposición intervenciones adecuadas para prevenir la mortalidad materna, incluyendo asistencia especializada en el parto, atención prenatal, atención obstétrica de emergencia; servicios de aborto, al menos en los casos en que la salud o la vida o la salud de la mujer embarazada corra peligro y en los casos de violación y atención de calidad a complicaciones por abortos inseguros. En este mismo sentido, es obligación del Estado mexicano garantizar que la vida y la salud de la mujer no tengan menor prioridad a la de la protección del feto; así como reducir los altos costos relacionados con el embarazo, el parto y la atención postnatal y

---

<sup>10</sup> SIPAM, *Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres 2016. Aportes para un balance de las políticas públicas, México, 2016*, p. 15.



garantizar la disponibilidad y asequibilidad de medicamentos esenciales para complicaciones en el embarazo, como hemorragias postparto y abortos incompletos. Otras medidas obligatorias son: la distribución de prestadores de servicios de salud independientemente de la ubicación geográfica y la prevención de abusos en los servicios de salud reproductiva a mujeres y niñas, incluida la atención de salud materna.

### 2.3 El cumplimiento de los DSyR y del derecho a la salud

Según la *Encuesta Intercensal 2015*, la población total estimada en México fue de 119,938,473 personas, de las cuales 98,224,540 se encontraban afiliadas a algún servicio de salud o mecanismo de cobertura en salud: 49.9% al Seguro Popular; 39.2% al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); 7.7% al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); 1.2% a Petróleos Mexicanos, Defensa y Marina; 3.3% a alguna institución privada y 1.6% a otra no especificada (INEGI, 2015). Estas cifras indican que 21, 713, 933 personas no contaban, hace tres años, con derechohabencia a algún servicio de salud.<sup>11</sup>

Como se ha referido, la intervención del Estado y las acciones institucionales a través de políticas públicas y programas específicos en salud, ha tenido efectos diferenciados en distintos ámbitos, sectores de la población e incluso, entidades federativas. Los datos disponibles muestran que las instituciones han respondido de manera desigual a su obligación en garantizar la SSR y prevenir, atender y erradicar la violencia de género en su relación con el ámbito de la SSR (embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual y complicaciones relacionadas con el embarazo) y la capacidad de las mujeres para controlar su fertilidad, incluido el uso de anticonceptivos y la despenalización del aborto.

Si bien se cuenta con un avanzado marco legal de protección, se presentan profundas brechas de implementación estrechamente vinculadas con la desigualdad que impide que las personas disfruten de una vida sexual y reproductiva plena; por otra parte y como pudo constatarse en el desarrollo de este estudio, se tiene un problema adicional de información sobre SSR insuficiente y poco adecuada, no sólo entre las mujeres, sino también entre los prestadores de los servicios de salud y, a veces, entre las mismas autoridades en salud; de servicios públicos de salud insuficientes, deficientes y de mala calidad, además de poco accesibles para amplias capas de la población; en los cuales es común que los servicios asociados a la SSR y especialmente, a los procedimientos relacionados con la ILE y la anticoncepción de emergencia, estén marcados por la estigmatización, el señalamiento y la violencia institucional hacia las usuarias; lo cual resulta, finalmente, en un marco legal y sobre todo operativo, restrictivo en cuanto a acceso al aborto para la mayoría de las mexicanas. Algunos datos son ilustrativos:

- ✓ 4 millones de mujeres mexicanas son sexualmente activas y no desean hijos pronto pero no usan métodos modernos de anticoncepción;

---

<sup>11</sup> SIPAM, *Ídem*, p.13.



- ✓ Sólo 55% de las adolescentes sexualmente activas, (15-19 años), utiliza un método anticonceptivo, comparado con 70% de mujeres de 20-24 años y 80% de mujeres de 35-44;
- ✓ Las mujeres indígenas y rurales tienen un menor acceso a la anticoncepción, ya que sólo 58% de las mujeres indígenas y 64% de las mujeres rurales utilizan anticoncepción;
- ✓ Las jóvenes entre 15 y 24 años, tienen mayores desventajas para acceder a servicios anticonceptivos: 27% de ellas, casadas, solteras y sexualmente activas, tienen necesidades no satisfechas de anticoncepción, lo que aumenta el riesgo de embarazos no planeados y abortos inducidos;
- ✓ 17% del total de nacimientos corresponden a mujeres menores de 20 años;
- ✓ 55% de los embarazos en México no son deseados o planeados;
- ✓ México es el país de la OCDE con mayor número de embarazos en adolescentes: 64.2 nacimientos por cada mil; dos de cada diez adolescentes entre 15 y 19 años, han estado embarazadas más de una vez.<sup>12</sup>
- ✓ Entre 2015-2017, se realizaron en México, 1552 investigaciones legales por interrupción del embarazo, de las cuales 604 fueron casos a los que se presentaron cargos;
- ✓ Entre 2015 y 2017, se iniciaron un promedio anual de 500 investigaciones legales por el delito de aborto; y en 200 casos la acusada fue una mujer;
- ✓ En 2017, de 482 averiguaciones, 168 resultaron en cargos contra una mujer<sup>13</sup>
- ✓ Entre 2015 y 2017 se abrieron 300 carpetas por el delito de aborto en la Ciudad de México, pese a ser la única entidad en la que no se castiga la interrupción voluntaria del embarazo;
- ✓ En 2017, en Chiapas, donde se reconocen 5 causas punibles de aborto, se abrieron 53 carpetas por el delito de aborto; en Guerrero, las causas punibles son 3 y se abrieron 11 carpetas; y en Oaxaca, las causas son 2 y se abrieron 31 carpetas por delito de aborto.<sup>14</sup>

El cumplimiento de las obligaciones de atención a la salud y los DSyR por parte del Estado mexicano, presenta claroscuros, particularmente en lo que atañe a la anticoncepción de emergencia y a la ILE y se vincula con otros aspectos inconclusos, parciales o frágiles en la protección y vulneración de los derechos humanos de las mujeres en distintos contextos estatales, como se manifiesta en los estados de Chiapas, Guerrero y Oaxaca.

### **Chiapas**

- ✓ La mitad de las mujeres tuvo su primera relación sexual en la adolescencia; sin embargo, el uso del primer método anticonceptivo es hasta cinco años después;
- ✓ 19.8% de las adolescentes en Chiapas utilizaron algún método anticonceptivo en su primera relación sexual versus 54.8% a nivel nacional;

---

<sup>12</sup> Datos tomados del Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir, disponibles en: <https://ilsb.org.mx/dsyf/>

<sup>13</sup> Censo de Impartición de Justicia, INEGI <https://www.eluniversal.com.mx/nacion/sociedad/mujeres-juzgadas-por-abortar>

<sup>14</sup> Cifras a noviembre de 2017. Fuente: Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública/GIRE, <https://www.eluniversal.com.mx/nacion/sociedad/mujeres-juzgadas-por-abortar>



- ✓ Las adolescentes conforman el tercer grupo con mayor uso de algún método anticonceptivo en su primera relación sexual;
- ✓ 34.1% de las adolescentes que no usaron un método de anticoncepción en su primera relación sexual señalaron que querían embarazarse; 43.1% dijeron que no conocían ninguno y 11.2% no creyeron que podían quedar embarazadas;
- ✓ 64.4% de las mujeres que no usaron un método anticonceptivo por desconocimiento no tienen ningún grado de escolaridad;
- ✓ En 2014, el 48.6% de mujeres en edad fértil (MEF) de Chiapas son sexualmente activas, el grupo con mayor proporción de mujeres en edad fértil sexualmente activas (MEFSA) son las mujeres de 35 a 39 años (69.5%);
- ✓ La participación masculina en la prevalencia anticonceptiva de MEFSA pasó de 10.4% en 2009 a 10.5% en 2014, dato menor al nacional de 18.0%;
- ✓ El porcentaje de MEFSA que obtiene el anticonceptivo en instituciones públicas en Chiapas es mayor al nacional (69.4%);
- ✓ La necesidad insatisfecha (NIA) de métodos anticonceptivos para las MEFSA de Chiapas es de 16.3%, dato superior al nacional de 10.9%;
- ✓ Las mujeres de 15 a 24 años son las que presentan mayor necesidad insatisfecha con 32.3%, al igual que a nivel nacional con 21.9%;
- ✓ En Chiapas en 2014, 61.1% de las MEF eran mujeres unidas; su mayor concentración se encuentra en el grupo de edad de 35 a 39 años con 80.7%;
- ✓ Las adolescentes unidas son quienes menos usan métodos de todas las mujeres en edad fértil unidas (MEFU);
- ✓ La participación masculina en la prevalencia anticonceptiva de MEFU a nivel nacional es de 14.4% dato que se mantuvo igual desde 2009. En Chiapas este indicador es inferior al nacional con 7.8% en 2009 y 8.8% en 2014;
- ✓ La NIA total para las MEFU de Chiapas es de 18.5%, dato superior al nacional de 11.4%. Las mujeres de 15 a 24 años son las que presentan mayor necesidad insatisfecha con 34.3%, al igual que a nivel nacional, 23.5%;
- ✓ El mayor porcentaje de embarazo no planeado o no deseado aparece en mujeres de 15 a 19 años de edad con 51.5%, quienes son también las que presentan mayor NIA, tanto de las MEFSA como de las MEFU.<sup>15</sup>
- ✓ Entre 2009 y 2012, 7 mujeres fueron procesadas por el delito de aborto; 4 fueron encarceladas; y 4 condenadas, junto con 1 varón.<sup>16</sup>

### **Guerrero**

- ✓ La mitad de las mujeres de Guerrero tuvo su primera relación sexual en la adolescencia; sin embargo, el uso del primer método anticonceptivo es hasta casi cinco años después;

<sup>15</sup> CONAPO, Salud sexual y reproductiva. Chiapas, 2016, 16 pp. Disponible en:

[www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/236805/07\\_Chiapas\\_web.pdf](http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/236805/07_Chiapas_web.pdf)

<sup>16</sup> <https://www.animalpolitico.com/2013/08/en-4-anos-fueron-condenados-87-mujeres-y-21-hombres-por-aborto/>



- ✓ 42.8% de las adolescentes utilizaron un método anticonceptivo en su primera relación sexual, con lo que conforman el grupo con mayor uso de anticonceptivos en la primera relación sexual;
- ✓ 27.7% de quienes no utilizaron métodos anticonceptivos en su primera relación sexual querían embarazarse; 37% no conocía ningún método; 15.7% no creyó que podía quedar embarazada;
- ✓ 62.2% de las mujeres que no usaron métodos por desconocimiento no tienen escolaridad
- ✓ En 2014, el 51.1% de las MEF de Guerrero eran sexualmente activas, el grupo con mayor proporción de MEFSAs eran las mujeres de 30 a 34 años (64.5%);
- ✓ A pesar de que las adolescentes son quienes hacen menor uso de métodos anticonceptivos, fueron quienes más incrementaron su prevalencia;
- ✓ La participación masculina en la prevalencia anticonceptiva de MEFSAs pasó de 13.7% en 2009 a 13.2% en 2014, cifras por debajo de las nacionales de 17.8% y 18.0%, respectivamente;
- ✓ El porcentaje de MEFSAs que obtiene el anticonceptivo en instituciones públicas en Guerrero es mayor al nacional (69.4%);
- ✓ La NIA total para las MEFSAs de Guerrero es 13.1%, dato superior al nacional de 10.9%. Las mujeres de 15 a 24 años presentan mayor NIA con 22.0%, igual que a nivel nacional (21.9%);
- ✓ En 2014, 60.2% de las MEF eran mujeres unidas. La mayor concentración de MEFU se encontraba en el grupo de edad de 35 a 39 años con 76.5%;
- ✓ Las adolescentes unidas son quienes menos usan métodos anticonceptivos;
- ✓ El porcentaje de MEFU que obtiene el anticonceptivo en instituciones públicas en Guerrero es mayor al nacional (74.6%);
- ✓ La NIA total para las MEFU de Guerrero es de 14.1%, superior al nacional de 11.4%. Las mujeres de 15 a 24 años son las que presentan mayor necesidad insatisfecha con 21.6%, igual que a nivel nacional (23.5%);
- ✓ El mayor porcentaje de embarazo no planeado o no deseado se registra en mujeres de 15 a 19 años de edad con 37.2%, que también presentan mayor NIA tanto de las MEFSAs como de las MEFU.<sup>17</sup>
- ✓ Entre 2009-2012 1 mujer fue procesada, 1 mujer encarcelada y 1 mujer condenada por el delito de aborto en el estado.<sup>18</sup>

### **Oaxaca**

- ✓ La mitad de las mujeres de Oaxaca tuvo su primera relación sexual en la adolescencia; sin embargo, el uso del primer método anticonceptivo es hasta más de cuatro años después;
- ✓ Las adolescentes son el segundo grupo que más hizo uso de algún método anticonceptivo en su primera relación sexual;
- ✓ 96.3% de las adolescentes usaron condón en su primera relación sexual;

<sup>17</sup> CONAPO, Situación de la Salud Sexual y Reproductiva. Entidades federativas. Guerrero, CONAPO, México, 2016, 16 pp. Disponible en:

[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/236810/12\\_Guerrero\\_web.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/236810/12_Guerrero_web.pdf)

<sup>18</sup> <https://www.animalpolitico.com/2013/08/en-4-anos-fueron-condenados-87-mujeres-y-21-hombres-por-aborto/>



- ✓ Entre las que no utilizaron ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual, 28.2% quería embarazarse; 41.1% no conocía ningún método; 12.4% no planeaba tener relaciones sexuales; y 14.8% no creían que pudiera quedarse embarazadas;
- ✓ 64.8% de las mujeres que no usaron métodos por desconocimiento no tenían ningún grado de escolaridad;
- ✓ En 2014, el 44.5% de las MEF de Oaxaca eran sexualmente activas y el grupo con mayor proporción de MEFSAs eran las mujeres de 30 a 34 años (64.7%);
- ✓ Pese a que las adolescentes son quienes hacen menor uso de métodos anticonceptivos, fueron quienes más incrementaron su prevalencia (41.6%);
- ✓ La participación masculina en la prevalencia anticonceptiva de MEFSAs pasó de 12.9% en 2009 a 13.6% en 2014, menor al nacional (18.0%);
- ✓ 24.3% de los anticonceptivos se obtienen en instituciones privadas y 75.7% en instituciones públicas en Oaxaca;
- ✓ El porcentaje de MEFSAs que obtiene el anticonceptivo en instituciones públicas en Oaxaca es mayor al nacional (69.4%);
- ✓ La NIA total para las MEFSAs de Oaxaca es de 16.1%, superior al nacional de 10.9%. Las mujeres de 15 a 24 años son las que presentan mayor NIA con 29.7%, igual que a nivel nacional (21.9%).<sup>19</sup>
- ✓ Entre 2009 y 2012, en Oaxaca fueron procesados 1 hombre y 2 mujeres por el delito de aborto; 1 mujer fue encarcelada y 1 mujer fue condenada.<sup>20</sup>

Como puede colegirse de los datos y contextos anteriores, la atención pública, adecuada y suficiente en materia de SSR; y la promoción de los DSyR representan acciones necesarias para inhibir las situaciones que llevan a las mujeres a recurrir al aborto; y los factores sociales, económicos y culturales alrededor de las prácticas de sexualidad en México entre distintos grupos de la población, afectan las posibilidades tanto de enfrentar embarazos no deseados; como de acceder a un aborto seguro. A partir de los datos disponibles, puede deducirse que esos derechos no están garantizados, ni dentro del sector salud ni ante las instancias de procuración de justicia.

Ya desde 1995, se inició en México la descentralización del gasto público hacia los gobiernos locales y las secretarías de salud estatales, a través de una reforma legislativa que ha traído diversos beneficios; no obstante, no se han visto tan claramente beneficios en la provisión de servicios de planificación familiar y anticoncepción ya que la prestación de servicios depende de gobiernos estatales que toman decisiones sobre el presupuesto que se asigna a la planificación familiar, mismo que puede ser insuficiente o nulo. Sin embargo, sí ha habido resultados positivos tangibles, con el mejoramiento de varios indicadores de salud reproductiva:

---

<sup>19</sup> CONAPO. Salud Sexual y Reproductiva, Oaxaca. CONAPO, México, 2016, 16 pp. Disponible en: [http://conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Libros\\_Salud/OX/files/mobile/index.html#1](http://conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Libros_Salud/OX/files/mobile/index.html#1)

<sup>20</sup> Idem., <https://www.animalpolitico.com/2013/08/en-4-anos-fueron-condenados-87-mujeres-y-21-hombres-por-aborto/>



- ✓ Aproximadamente siete de cada 10 mujeres mexicanas casadas/unidas\* en edad reproductiva usan actualmente un método anticonceptivo—un nivel cercano al que se observa en países de mayor nivel de desarrollo y mayor industrialización;
- ✓ Este crecimiento de más del doble en el uso de anticonceptivos desde 1976, ha permitido que muchas mujeres puedan tener familias cada vez más pequeñas;
- ✓ El tamaño promedio de la familia disminuyó desde cerca de seis hijos en 1973–1975, hasta poco más de dos en 2006–2008;
- ✓ Este descenso en la fecundidad ha contribuido a una reducción en el número de muertes maternas asociadas a alumbramientos;
- ✓ Lo cual también ha tenido impacto en la reducción de la razón de mortalidad materna (RMM), que disminuyó de 89 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos en 1990 a 62 por 100 mil en 2009.<sup>21</sup>

Como ya se ha referido, el marco legal y normativo, así como las disposiciones operativas que deben obligar a las instancias de procuración de justicia y a los servicios de salud, principalmente, a proteger y respetar los DSyR de las mujeres, los niños y las niñas; así como su derecho a vivir libres de violencia, enfrenta dificultades de aplicación por razones de estigmatización, doble moral, machismo e invisibilización, lo que ha llevado a que en el país haya “un no cumplimiento y una no garantía de los derechos de las mujeres, sobretodo, de las que son criminalizadas. Se están violando los derechos, no sólo de las mujeres criminalizadas sino de todas a quienes no se les garantiza el acceso a una interrupción de embarazo legal por voluntad, violación o salud”.<sup>22</sup>

A partir de los datos obtenidos en este estudio, puede inferirse que entre las medidas consideradas para la atención de la ILE en los tres estados seleccionados se cumplen sobretodo dos: la dotación de medicamentos de AE y la capacitación del personal en materia del ILE. Estas medidas, sin embargo, parecen no haber sido suficientes para garantizar la accesibilidad del servicio a las víctimas de violencia sexual.

---

<sup>21</sup> Fátima Juárez, Susheela Singh, Isaac Maddow-Zimet, Deirdre Wulf, *Embarazo no planeado y aborto inducido en México: causas y consecuencias*. Guttmacher Institute- El Colegio de México, 2016, 48 pp. En 2016, la RMM nacional era de 38/100mil nacidos vivos.

<sup>22</sup> Entrevista a Elsa Guadalupe Conde Rodríguez, “Prejuicios llevan a mujeres a prisión; las criminalizan por aborto. CNDH y GIRE señalan que despenalizar la Interrupción del Embarazo y establecerlo como un servicio público es una deuda del Estado con las mujeres”, <https://www.excelsior.com.mx/nacional/prejuicios-llevan-a-mujeres-a-prision-las-criminalizan-por-aborto/1297046>



### **3. La violencia contra las mujeres y los marcos normativos para su atención. La NOM 046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para su prevención y atención**

#### **3.1 Violencia de género y marco de derechos humanos**

La violencia contra las mujeres es un grave problema de derechos humanos y de salud pública, ampliamente generalizado e invisibilizado en México, que afecta de manera contundente la vida de las mujeres, el ejercicio pleno de sus derechos, así como sus posibilidades de desarrollo integral en condiciones de seguridad y bienestar. La violencia contra las mujeres se sustenta en contextos de profunda desigualdad y subordinación por razones de género; y se articula con diversas formas de discriminación por edad y pertenencia étnica, entre otros aspectos. La violencia de género no sólo afecta a las mujeres, sino que permea el tejido social y tiene implicaciones en otros actores directamente vinculados a quienes experimentan tales situaciones de violencia. Se trata de una manifestación de desigualdad extrema, con consecuencias devastadoras para la salud física y mental de las mujeres; para el desarrollo de familias, comunidades y sociedades enteras.

Las brechas de desigualdad se expresan en todos los ámbitos de vida, por lo que la violencia de género y la ssr, constituyen campos privilegiados de intervención para revertir tanto las condiciones que generan las desigualdades y para potenciar las posibilidades de solución. En este marco, existen sectores de la población particularmente vulnerables a la violencia de género debido al entrecruzamiento de desigualdades; éste es el caso de las niñas, adolescentes y las mujeres indígenas. La violencia de género es una forma de relación social que inhibe los derechos de las mujeres por el solo hecho de serlo y por ello constituye un obstáculo para el desarrollo integral de los individuos y las sociedades, así como para el ejercicio pleno de sus derechos.

Constituye además un problema ampliamente extendido que afecta a mujeres de todos los sectores en distintas manifestaciones (física, sexual, emocional, patrimonial, económica, docente, laboral, institucional y estructural), y que se agrava cuando las personas agredidas se encuentran en situaciones de desventaja por factores diversos como la pobreza, la discapacidad, o la discriminación. Es un problema social y de salud naturalizado que se reproduce a través de la ideología, de las instituciones, del imaginario social y grupal. Las relaciones asimétricas de poder entre las personas, así como de las desigualdades sociales son dos de sus causas lo que explica por qué hay personas o grupos que son más susceptibles de vivir en situación de violencia.

La violencia de género ha sido reconocida como un problema de desarrollo, de salud pública y de derechos humanos y en esa calidad, de atención pública. De este reconocimiento parten los marcos normativos internacionales y los instrumentos nacionales que tutelan el derecho específico de las niñas, niños y mujeres a vivir libres de violencia.<sup>23</sup> En estos marcos, la violencia de género está

---

<sup>23</sup> Estos marcos incluyen: *Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer* (CEDAW, por sus siglas en inglés) aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1979; el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (1990), el Octavo Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente (1990), la *Recomendación General exhaustiva número 19* (sobre la violencia contra las mujeres) del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer



considerada como obstáculo para la paz y el desarrollo sustentable. En tal sentido, la aspiración por construir sociedades respetuosas de los derechos y la dignidad humana, libres de discriminación e injusticias y que valoren la diversidad, multiculturalidad, la igualdad de oportunidades y el potencial humano de todos los individuos y colectivos, sustenta la necesidad de dirigir esfuerzos específicos para los grupos en condiciones de mayor desigualdad, ya que sin el impulso al reconocimiento y al pleno ejercicio de los derechos de las niñas, jóvenes y mujeres no existe desarrollo pleno.

Las obligaciones del Estado en este ámbito están señaladas en diversos instrumentos y declaraciones nacionales e internacionales; como la Plataforma de Beijing surgida de la IV Conferencia Mundial de la Mujer (1985); la Convención de Viena; la *Convención para la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer –(CEDAW)*; y la *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer* (Convención de Belem do Pará), así como la *Convención sobre los Derechos del Niño*; y la *Convención Americana sobre Derechos Humanos* y el *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*.

Entre las obligaciones contraídas por el Estado mexicano al suscribir y ratificar diversos tratados en materia de derechos humanos, el Gobierno de la República debe de:

- ✓ Implementar las medidas apropiadas para asegurar el pleno desarrollo y adelanto de las mujeres, con el objeto de garantizar el ejercicio y el goce de sus derechos humanos en igualdad de condiciones, así como de adoptar políticas orientadas a prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, en atención a lo dispuesto por la *Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)* y de la *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer* (Convención Belem do Pará), y
- ✓ Garantizar la investigación y recopilación de estadísticas y demás información pertinente sobre las causas, consecuencias y frecuencia de la violencia contra la mujer, con el fin de evaluar la eficacia de las medidas para prevenir, sancionar y eliminar la violencia contra la mujer y de formular y aplicar los cambios que sean necesarios, tomando en cuenta la situación de vulnerabilidad a la violencia que pueda sufrir la mujer en razón, entre otras, de su raza o de su condición étnica, de migrante, refugiada o desplazada, en atención a lo señalado por la Convención Belem do Pará.

---

(1992), la *Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos de Viena* (1993); la *Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer* (1993); el nombramiento del Relator Especial sobre la Violencia contra la mujer con inclusión de sus causas y sus consecuencias en la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (1994); la *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, Belém do Pará, Brasil* (1994); *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia* (2007); *Reforma integral en materia de delitos contra las mujeres*, que reformula el Código Penal Federal y el Código Federal de Procedimientos Penales (2010); Incorporación del Artículo 325 en el Código Penal Federal que establece el delito de feminicidio con 40 a 60 años de prisión (2012) y reformas homólogas en los códigos penales de 26 estados de la República para tipificar el feminicidio (2010-2012). Algunos de estos instrumentos se retoman y discuten más a fondo en este y el siguiente apartado.



Por otro lado, con base en los acuerdos asumidos por el Estado mexicano en la *Agenda de Desarrollo Sostenible 2030* de la Organización de las Naciones Unidas, se establece en el objetivo 5, la responsabilidad del Estado mexicano para lograr la igualdad entre los géneros y de empoderar a todas las mujeres y las niñas y se considera, entre otros aspectos, la eliminación de todas las formas de violencia en su contra, tanto en el ámbito público como en el privado, incluyendo el tráfico de personas y cualquier otra forma de explotación sexual.

Con base en los marcos normativos internacionales, en los últimos años México avanzó en el diseño y consolidación de instrumentos jurídicos y de política pública en la búsqueda de prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres. Distintos sectores y niveles de gobierno que en su competencia tienen esta función adoptaron en sus programas y políticas los instrumentos internacionales sobre igualdad de género y derechos humanos de las mujeres con los que el Estado Mexicano se ha comprometido. La profundización del marco de protección ha impulsado importantes avances en el reconocimiento de los derechos de sectores diferenciados de la sociedad y ha visto la emergencia de nuevos parámetros integrales de reconocimiento, tutela y ejercicio de dichos derechos. Para ello se han construido marcos normativos, políticos e institucionales que respondan a las demandas de reconocimiento y ejercicio efectivo de derechos de actores sociales como las mujeres, la población migrante, los jóvenes, la diversidad sexual y los pueblos indígenas. Estos marcos obligan al Estado mexicano a reconocer los derechos universales y específicos de su población reconociendo la identidad y las diferencias culturales y su relación con la desigualdad; la pervivencia de la exclusión, la marginación y la discriminación; así como la necesidad de garantizar el derecho a la diferencia y la diversidad en condiciones de igualdad.

A nivel nacional, resalta la *Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia* (LGAMVLV), sancionada en 2007, la cual constituye un importante marco de obligaciones institucionales para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en todos los órdenes de gobierno.

En materia de políticas públicas, el *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018* (PND), definió en la Meta Nacional número I.- “México en Paz”, las bases para construir la igualdad sustantiva entre hombres y mujeres; reducir las brechas de desigualdad en todos los ámbitos; evitar la discriminación que producen y reproducen los roles y estereotipos de género, así como promover medidas especiales orientadas a erradicar la violencia de género y a cumplir con las disposiciones establecidas en la LGAMVLV.

De manera más específica, en el sector salud se cuenta con la *Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la Prevención y Atención*, que busca dar cumplimiento al marco normativo ya referido y cuyo objetivo es: “Establecer los criterios a observar en la detección, prevención, atención médica y la orientación que se proporciona a las y los usuarios de los servicios de salud en general y en particular a quienes se encuentren involucrados en situaciones de violencia familiar o sexual, así como en la notificación de los casos”. Dicha norma es de cumplimiento obligatorio para todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud y establece de manera clara, las acciones y los procedimientos a desarrollar por parte de los prestadores de salud en materia de promoción de la salud, prevención de la violencia,



detección, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, canalización a instancias de procuración de justicia, así como una serie de acciones específicas en casos de violencia sexual.

Pese a que en México se cuenta con este marco normativo, existen también regulaciones estatales en materia de prevención y atención de la violencia, diversas y desiguales entre sí en relación a su capacidad de garantizar el cumplimiento efectivo de los DSyR de las mujeres. Del mismo modo en que encontramos legislaciones locales que avanzan en un abanico más amplio de protección a los derechos y a la capacidad de decidir de las mujeres, existen también aspectos en algunas de estas legislaciones, que son regresivos con respecto a la legislación federal y pueden resultar discriminatorios contra las mujeres. Por ello, este estudio pretende identificar aspectos en la regulación normativa del país que puedan constituir áreas de oportunidad; o que, por el contrario, merezcan ser revisados para avanzar en una mayor cobertura de los derechos plenos en materia de sexualidad y reproducción.

### *3.1.1 Instrumentos internacionales*

En 1979, la Asamblea General de las Naciones Unidas elaboró la CEDAW, que en sus treinta artículos establece deberes y derechos para prevenir y erradicar la discriminación en contra de las mujeres. La CEDAW afirma que la “discriminación contra la mujer viola los principios de la igualdad de derechos y el respeto de la dignidad humana”; siendo ésta conformada por “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 entre el hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o cualquier otra esfera” (Art. 1o).

La *Conferencia Mundial de Derechos Humanos* (Viena, 1993) planteó por primera vez que la violencia contra las mujeres constituía una violación a sus derechos humanos, marcando un cambio fundamental en la concepción de los derechos de las mujeres, al reafirmarse su universalidad como derechos humanos y poniendo de manifiesto que la violencia contra la mujer no se circunscribe al ámbito familiar y doméstico, sino que puede generarse en el escenario público, en la comunidad, y que puede ser cometida o tolerada por el Estado. La Conferencia de Viena estableció medidas para que los estados intervengan para prevenir y eliminar la violencia contra la mujer; y exigió que condenen la violencia contra la mujer sin invocar costumbres, tradiciones o consideraciones religiosas para eludir su obligación de eliminarla.

La Convención de Belém do Pará de 1994, reconoció que la violencia contra las mujeres es una discriminación especialmente grave, al impedir o anular los derechos humanos y las libertades fundamentales de las mujeres. Esta convención entiende por violencia contra la mujer “cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado” y establece en su Artículo 2, que “ Se entenderá que violencia contra la mujer incluye la violencia física, sexual y psicológica: a. que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal,



ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer, y que comprende, entre otros, violación, maltrato y abuso sexual; b. que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona y que comprende, entre otros, violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar, y que sea perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes, donde quiera que ocurra". La Convención de Belém do Para es el documento internacional más completo sobre el tema de violencia contra las mujeres, con medidas de prevención, legislativas y de asistencia y seguimiento a las víctimas. Se creó el *Mecanismo de seguimiento de la implementación de la Convención de Belém do Pará* (CEVI/MESECVI, 2005) que evalúa los avances y hace recomendaciones de armonización del marco jurídico nacional.

Los avances que representan estos marcos internacionales, siguen enfrentándose con el reto de su brecha de implementación y el de la armonización de las leyes nacionales; pese a todo, se trata de avances conceptuales y políticos internacionales que han marcado la pauta para incorporar, en las legislaciones y las políticas nacionales, el adelanto de las mujeres.

### 3.1.2 El marco legal nacional

El carácter vinculante de los marcos internacionales se ha reforzado en México a través de tres reformas constitucionales aprobadas en los últimos años, que han sido clave para fortalecer el marco normativo del derecho de las mujeres a vivir libres de violencia. Éstas son:

- ✓ La reforma del artículo 1º de la Constitución, que incluyó el reconocimiento a rango constitucional de los derechos humanos establecidos en los tratados internacionales; entre ellos, la CEDAW, la *Convención Americana sobre Derechos Humanos*, la Convención de Belém do Pará, el *Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional* y el *Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños*, de la *Convención de Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional*;
- ✓ La reforma constitucional en materia penal (2011) que fortaleció los derechos de las víctimas y sentó las bases del sistema penal acusatorio; y
- ✓ La reforma en materia de amparo (2008) que entre otras cosas, declara al amparo como recurso contra la violación a los derechos humanos reconocidos en la Constitución y en los tratados internacionales.<sup>24</sup>

---

<sup>24</sup> Tomado de CONAVIM, *Estudio nacional sobre las fuentes, orígenes, y factores que producen y reproducen la violencia contra las mujeres*, México, CRIM-UNAM, s.f., 301 pp.



**Tabla 1. Marco normativo nacional para la prevención y atención de la violencia**

<p>Ley general para la igualdad entre mujeres y hombres</p> <p>(Última reforma publicada DOF 24-03-2016)</p>	<p><b>Artículo 1.</b> La presente Ley tiene por objeto regular y garantizar la igualdad de oportunidades y de trato entre mujeres y hombres, proponer los lineamientos y mecanismos institucionales que orienten a la Nación hacia el cumplimiento de la igualdad sustantiva en los ámbitos público y privado, promoviendo el empoderamiento de las mujeres y la lucha contra toda discriminación basada en el sexo. Sus disposiciones son de orden público e interés social y de observancia general en todo el Territorio Nacional.</p>
<p>Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia</p> <p>(Última reforma publicada DOF 17-12-2015)</p>	<p><b>Artículo 1.</b> La presente ley tiene por objeto establecer la coordinación entre la Federación, las entidades federativas, el Distrito Federal y los municipios para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, así como los principios y modalidades para garantizar su acceso a una vida libre de violencia que favorezca su desarrollo y bienestar conforme a los principios de igualdad y de no discriminación, así como para garantizar la democracia, el desarrollo integral y sustentable que fortalezca la soberanía y el régimen democrático establecidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Párrafo reformado DOF 20-01-2009</p>

En este proceso, los alcances del tratamiento de la violencia de género también han evolucionado: en un primer momento, se consideró como violencia contra las mujeres los daños físicos, psicológicos y sexuales; posteriormente, se detallaron los daños que la violencia provoca en la economía y el patrimonio de las mujeres, o en sus derechos reproductivos; así como la violencia severa que puede causar la muerte y que se reconoció como *violencia feminicida*.<sup>25</sup> En los últimos años se está además incorporando lo que se ha denominado *violencia obstétrica* como violencia de género y violencia institucional, siendo una forma de violencia que afecta a las mujeres embarazadas y parturientas cuando son objeto de discriminación, maltrato, negligencia y falta de respeto en la escena de los cuidados institucionales durante el embarazo, parto y puerperio; cuando se les niega la atención de manera adecuada, oportuna y/o eficaz; y/o cuando se les patologizan y medicalizan procesos fisiológicos sin justificación, quitándoles autonomía, protagonismo y capacidad de decisión informada.

En México, la LGAMVLV tiene el objetivo de promover, tutelar y garantizar los derechos de las mujeres y contribuir a una sociedad más justa y segura, representando la respuesta del Estado a los compromisos internacionales asumidos en la Conferencia de Viena, en la IV Conferencia Mundial de la Mujer, en la firma de la CEDAW y de la Convención de Belén Do Pará, principalmente. La

<sup>25</sup> Al 2010, 10 entidades federativas habían tipificado el delito de feminicidio en sus códigos penales, entre estas se encuentran; Guerrero, Estado de México, Morelos y Veracruz. ONU Mujeres, Inmujeres, LXI Legislatura, Cámara de Diputados, 2011.



LGAMVLV se orienta a convertir en tema de interés público la violencia de género, problemática que se consideraba del ámbito privado y de la circunstancia personal de cada víctima. El cuerpo de la LGAMVLV incorpora el concepto de violencia de género desde la perspectiva integral de derechos humanos de las niñas y las mujeres; define tipos y ámbitos privados y públicos donde ocurre la violencia; contempla a las mujeres a lo largo de su ciclo de vida y parte de que la violencia es un fenómeno estructural de opresión de las mujeres en razón de su sexo y posición social.<sup>26</sup>

La LGAMVLV representa un parteaguas en la generación de medidas contra la violencia de género que se han venido implementando en México en las últimas décadas. El articulado de la Ley establece las definiciones, los distintos tipos y modalidades de la violencia de género (familiar, laboral, docente, de la comunidad, institucional y feminicida); al tiempo que prevé diversos modelos de atención y las competencias de los distintos órdenes de gobierno. Sobre todo:

- ✓ Crea el Sistema Nacional para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (SNPASEVCM), presidido por la Comisión Nacional para prevenir y erradicar la violencia contra las Mujeres (CONAVIM) y otorga al Instituto Nacional de las Mujeres (INM) la función de la Secretaría Ejecutiva del propio Sistema.
- ✓ Crea la figura de la *orden de protección* con el objeto de involucrar a instancias judiciales y administrativas para evitar la consumación de posibles riesgos o amenazas que enfrenten las mujeres a causa de la violencia de género.
- ✓ Contempla también la figura de *alerta de violencia de género* como mecanismo de coordinación institucional que debe ponerse en marcha en los casos de violencia feminicida, entendida ésta como: “la forma extrema de violencia de género contra las mujeres, producto de la violación de sus derechos humanos, en los ámbitos público y privado, conformada por el conjunto de conductas misóginas que pueden conllevar tolerancia social e indiferencia del Estado y puede culminar en homicidio y otras formas de muerte violenta de mujeres;” e
- ✓ Impone la obligación de dotar de recursos presupuestales para el cumplimiento de los propósitos de la ley.<sup>27</sup>

Como resultado de las exigencias de grupos de mujeres y de los exhortos de las autoridades federales, en 2011 todas las entidades federativas contaban ya con una Ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia. Si bien estas legislaciones locales se sustentan en la ley general, no todas retoman los mismos conceptos de la LGAMVLV; y una constante es que las leyes locales no incorporan las necesidades específicas de las poblaciones diversas de mujeres en cada entidad, como aquellas que cuentan con altos porcentajes de población indígena, migrante, desplazada, o en condiciones de vulnerabilidad debido a su situación de pobreza.

---

<sup>26</sup> Parte de estos datos fueron retomados del documento de CEPAL *Construcción y Evaluación de un Modelo Integral para la Prevención de la Violencia de Género en Poblaciones Indígenas en México desde un Enfoque Intercultural*, Reporte de consultoría: Investigación exploratoria en comunidades indígenas, junio 2011.

<sup>27</sup> CONAVIM-CRIM, óp. cit. pp.109-111.



### 3.1.3 Análisis del marco legal nacional y estatales y de su aplicación

En términos de la armonización jurídica, no todas las leyes estatales contemplan la reparación del daño a las víctimas, las órdenes de protección, ni las figuras de hostigamiento y de acoso sexual. Dentro de las leyes que sí contemplan estos delitos, son pocas las que son puntuales y armónicas con LGAMVLV o las que claramente diferencian un delito del otro (SEDESOL, 2009:10). Un desafío de las leyes locales es que aún es alta la proporción de las que no están acompañadas de un marco reglamentario y operativo para su aplicación. La aprobación de un marco legislativo favorable a los derechos de las mujeres, es solo un primer paso para que esas leyes se apliquen en la realidad. Esto muestra la necesidad de un proceso permanente de consulta, consenso y compromisos de las distintas instancias encargadas de atender la problemática en cada contexto para traducir el mandato de la ley en una política y acción concreta. Por ejemplo, tanto la ley general como algunas estatales establecen que durante el procedimiento judicial se brinde la garantía de contar con un traductor para las mujeres que hablan otras lenguas. No obstante, esta disposición difícilmente se cumple en la práctica, bajo el argumento de que no existen recursos suficientes para la contratación de traductores en distintas lenguas.

A partir de los avances desiguales en los marcos legales y normativos de protección del derecho de las mujeres a elegir una maternidad y de los hallazgos de este estudio, se puede considerar que además de la armonización de las leyes, se requiere una profunda labor de política pública que desmonte los prejuicios y el estigma de la interrupción del embarazo y que logre acuerdos estándar pues en las disposiciones legales de cada entidad se marcan diferencias sobre los límites de la edad gestacional para la interrupción del embarazo, pese a que estos límites no se incluyen ni en el Código Penal Federal ni en la *Ley General de Víctimas*. Se trata de un punto más en los pendientes de la armonización legal que contribuirían a hacer más clara la información al público y a las usuarias y, en última instancia, a mejorar las condiciones de accesibilidad.

Como ya se ha referido, importa destacar las condiciones de especial vulnerabilidad de algunos sectores de la población femenina, cuyos DSyR y su acceso a la protección contra la violencia de género se ven obstaculizados por factores combinados de pobreza, marginación, generación y condición de pertenencia étnica. Esto es especialmente importante en las tres entidades seleccionadas para este estudio.

Los avances en materia del tratamiento de la violencia de género son importantes y establecen un marco de actuación que podría sustentar la acción de los servicios de salud y de las instancias de procuración de justicia; sin embargo, los datos disponibles muestran que estos marcos establecidos a nivel nacional no se cumplimentan de igual modo en las entidades federativas y mucho menos, a nivel de los servicios locales de salud y las jurisdicciones sanitarias. En ese aspecto, como en otros dentro de la administración pública, la revisión de la información disponible, así como de algunos resultados de este diagnóstico, nos enseña que se enfrenta un problema de *institucionalidad personalizada* en el que las posibilidades de aplicar los marcos legales y normativos dependen del compromiso, el conocimiento y la eficiencia de las autoridades responsables y los prestadores directos de servicios de salud; y en menor medida, de las condiciones del entorno. Esta situación no



permite que las transformaciones positivas del sistema hacia el cumplimiento de las obligaciones, se asienten y perduren, ya que dependen de la voluntad del funcionario/a o personal en turno.

Dentro de los dispositivos disponibles en México y, concretamente, en las tres entidades federativas seleccionadas para el desarrollo del estudio, se observa el cumplimiento de apenas un mínimo de condiciones para la atención adecuada a las víctimas de violencia sexual; podría decirse que en la mayoría de las instalaciones de salud existe la infraestructura necesaria y en muchas incluso, el abasto de medicamentos prescritos para estos casos, concretamente, la anticoncepción de emergencia; sin embargo, de las respuestas obtenidas se colige que su administración en casos de violencia sexual no está garantizada y que en muchos casos, es muy posible que se administren como parte del stock de métodos anticonceptivos, ya que no se proporciona información específica de su uso en casos de violencia sexual.

En las respuestas proporcionadas, se observa un gran vacío en términos de la atención a la violencia de género y la violencia sexual pues, por otro lado, las cifras reportadas por los servicios de salud son llamativamente bajas y de ser confiables supondrían, o bien que no existe un problema público de violencia sexual contra las mujeres y las niñas y por tanto, no hay demanda en ese aspecto para los servicios de salud; o bien que se debe reconocer la existencia de un problema serio de subregistros, datos incompletos y falta de seguimiento a los procedimientos de atención a la violencia sexual en el sector salud. En este caso, la problemática se extiende a otros sectores de la administración pública, como el de procuración de justicia:

*La realidad es que de todos los reportes que recibíamos de las jurisdicciones, veíamos violencia familiar y muy bajo porcentaje de violencia sexual. No es porque no exista, es porque sigue siendo un tabú en muchos lugares, no se reporta, no se denuncia, porque seguimos encontrándonos con violencia sexual de parte de los mismos padres hacia las hijas, de los abuelos, de los familiares hacia las mujeres y creo que eso inhibe la denuncia. Considero que debe haber mucha cifra negra detrás de esto que solamente es como la punta del iceberg que logramos ver, de cuántas mujeres es que llegan a las instancias de procuración de justicia.<sup>28</sup>*

Por otra parte, la información disponible revisada—en la literatura especializada, en las publicaciones hemerográficas y en los estudios de caso incluidos—muestra que persiste un gran desconocimiento en la población en general, de estos recursos disponibles en los servicios de salud, lo cual resulta en que no se demandan, ni exigen al personal médico. Sin duda, parte de la invisibilización de la problemática de los abortos inducidos por causas de violencia sexual tiene que ver tanto con la estigmatización alrededor de estas circunstancias, como con la falta de personal capacitado y comprometido para brindar estos servicios; tanto dentro del sector salud como en el de procuración de justicia; así como con la falta de mecanismos realmente efectivos de coordinación, canalización y referencia entre ambos sectores. Si se hace un análisis comparado,

---

<sup>28</sup> Entrevista a Iliana Araceli Hernández, ex-fiscal de la Fiscalía Especializada para la Atención a Delitos Contra la Mujer por Razón de Género, 2009-2016, Oaxaca, diciembre 2018.



sólo en la Ciudad de México el aborto se trata como un procedimiento médico considerado dentro de un marco de derechos de las mujeres.<sup>29</sup>

La falta de perspectiva de género y derechos en la provisión de los servicios de salud y la atención de procuración de justicia en casos de violencia sexual contra población femenina, tanto en las tres entidades señaladas como a nivel nacional, puede considerarse una doble victimización de las usuarias, pues no se les da información pertinente ni oportuna sobre sus opciones ante una agresión sexual; y como parte de las responsabilidades del sector salud en términos de protección integral de las víctimas, la falta de resguardo de evidencias clínicas y de reportes de presunción de violencia contra una paciente o usuaria, rompen el ciclo de atención a la violencia sexual establecido en la NOM-046. Se trata, según pudo observarse en las evidencias recogidas, no sólo de un problema estructural de fragmentación de los servicios de salud y de ineficiencia de los mecanismos de coordinación con otras instancias, concretamente de procuración de justicia; sino de la persistencia de valores y prejuicios alrededor del aborto que dificultan el acceso efectivo de las mujeres a los mecanismos estipulados por la NOM046 y la LGAMVLV, con sus variantes estatales.

Como forma de relación social, la violencia de género no puede dissociarse de los contextos en que se presenta y en el caso de la población femenina indígena, el ámbito comunitario es el espacio en que se expresan las manifestaciones específicas que el fenómeno presenta a nivel local; mientras que, en el caso de niñas y adolescentes, el ámbito familiar es el círculo inmediato donde se presentan los episodios más frecuentes de violencia sexual. Una dificultad para entender la dimensión de problemática y sus repercusiones en los servicios de salud y en el cumplimiento y observancia de los derechos de las usuarias a una atención pronta, expedita, confidencial y efectiva en materia de ILE, es la ausencia de información desagregada por condición de pertenencia étnica y la falta de registros detallados en casos que involucran a menores de edad, ya que en el mejor de los escenarios, los datos consignan a usuarias menores de 20 años; en el diagnóstico se encontró que solo en el caso del programa IMSS-Prospera se desagregan los datos para población adolescente o infantil y etnicidad.

Anteriormente, se señalaba que las respuestas obtenidas a través de los instrumentos y las entrevistas aplicados para este estudio, dan cuenta de las pocas condiciones de los servicios de salud para atender con calidad, calidez y pertinencia cultural a la población indígena, tan numerosa e importante en las tres entidades seleccionadas. Del mismo modo, puede señalarse la falta de condiciones para la atención a adolescentes y en general, a menores de edad. Si bien es válido suponer que los prejuicios sociales y la estigmatización juegan un papel importante en el subregistro y hasta en la falta de demanda de los servicios de salud para la interrupción del embarazo en casos de menores de edad, las evidencias que se han encontrado en otros estudios, permiten suponer que la baja o aparentemente, la nula demanda de ILE en Chiapas, Guerrero y Oaxaca entre menores de edad se vincula a que gran parte de los embarazos forzados que suceden en el entorno familiar

---

<sup>29</sup> Fondo María, citado en entrevista del Universal (18/02/2018).



no llegan al radar de los servicios de salud sino hasta muy avanzada la edad gestacional cuando ya no es procedente interrumpir el embarazo.<sup>30</sup>

En cualquier caso, la falta de accesibilidad a los servicios de salud para la población en mayor riesgo requeriría considerar modelos de atención que acercaran los servicios a las usuarias y superar el formato que supone que las usuarias que han sido víctimas de violencia sexual y requieren que les sea proporcionada la ILE, pueden acudir libremente a los establecimientos de salud y solicitarla. Hasta ahora, los bajos o nulos registros de aplicación de la ILE que se encontraron en el presente estudio reflejan una brecha considerable en la tutela de ese derecho reproductivo y pueden constituir una forma de violencia institucional que revictimiza a las usuarias que han sufrido violencia sexual, especialmente si se considera el estimado de casos de violencia sexual que se producen cotidianamente.

Los datos del Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública, a cargo de la Secretaría de Gobernación, particularmente los reportes de información delictiva y reportes de emergencia con perspectiva de género, son fundamentales para tener información actualizada de manera mensual sobre el tipo de delitos que afectan de manera diferenciada a las mujeres, documentando la elevada incidencia de casos de violencia familiar, sexual, acoso y feminicidio experimentados por las mujeres en cada una de las entidades federativas. Hoy existen también otros sistemas de registro cuya sistematización y comparabilidad permitiría quizá, obtener un retrato más cercano al funcionamiento efectivo de los servicios de salud en materia de ILE.

### **3.2 La violencia como problema de salud y el problema de la violencia de género entre las mujeres indígenas**

El Informe Mundial sobre Violencia y la Salud publicado en 2002 por la Organización Mundial de la Salud, define la violencia como “el uso deliberado de la fuerza física y el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.” Esta definición reconoce que en las relaciones violentas existe “cierto desequilibrio de poder, que puede estar definido culturalmente o por el contexto, o producido por maniobras interpersonales de control de la relación.”

La violencia de género es una forma extrema de relaciones de subordinación en las que las mujeres se encuentran en el extremo desventajoso; este tipo de abuso se sostiene en creencias y valores sociales culturalmente determinados, que moldean las relaciones de género.

La violencia contra las mujeres se produce en situaciones sociales e historias personales diversas que configuran los factores de riesgo y exigen explicaciones integrales. La atención integrada de la violencia contra las mujeres requiere entender el problema de manera integral e integrada; es decir, remitiendo a las características de las personas involucradas en el problema, agresores y quienes

---

<sup>30</sup> Entrevista con la Dra. Aurora del Río Solezzi, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, ciudad de México (CDMX), diciembre, 2018



viven situaciones de violencia, al contexto en el que se desenvuelven para identificar las necesidades y capacidades de atención en los diferentes servicios que se requieren. La atención a la problemática debe articular los distintos ámbitos de las relaciones interpersonales en:

- ✓ El nivel individual de las personas;
- ✓ El nivel familiar/relacional;
- ✓ El nivel de la comunidad; y
- ✓ El nivel de la sociedad.

Entre las mujeres indígenas, la dimensión, la incidencia y las modalidades específicas de la violencia de género han permanecido ocultas para la atención institucional debido a los siguientes factores principales: a la naturalización de la misma, dentro y fuera de los pueblos y comunidades indígenas; a la persistencia de la idea de que se trata de un asunto privado; y a la falta de condiciones para identificarla y permitir su denuncia por parte de las mujeres indígenas.

En una entrevista, se nos reportó que hay situaciones donde mujeres indígenas buscan atención médica y hasta apoyo psicológico, pero es común que no quieran denunciar a sus agresores, por la siguiente razón:

*(Es por la) criminalización que se hace de ellas en sus comunidades, en sus entornos, porque aun pensando en las violaciones que no ocurren en el entorno familiar, (existe) este señalamiento que 'pudo haber ocurrido porque algo hiciste tú'. Lo digo porque estas averiguaciones previas que te comparto, de muchas no se iniciaron las averiguaciones previas, muchas llegaron, recibieron la valoración psicológica, pero se negaban a denunciar. Puedo recordar un caso que era como emblemático. La chica me decía, 'yo sé perfectamente quien me violó, puedo iniciar la denuncia, ustedes van a ir y detener a la persona, pero en cuanto ustedes lo detengan, la familia de él va empezar a matar a mi familia, porque así es en la comunidad. Si de verdad quieren ayudarme, bríndenme la atención, díganme a dónde ir, todo lo que me tengan que hacer pero no voy a hacer un señalamiento...'<sup>31</sup>*

Esta relación entre violencia y poder desigual entre hombres y mujeres y las consecuencias de la violencia de género han sido explicadas de la siguiente manera:

*"En la actualidad, la violencia contra la mujer es uno de los problemas de salud pública y de derechos humanos más señalados alrededor del mundo. Es una de las manifestaciones más severas de la desigualdad entre hombres y mujeres dentro de la sociedad. Las consecuencias de la violencia frecuentemente son devastadoras para la salud física y el bienestar mental y social de las mujeres, y se prologan a través de los años. Además, sus consecuencias se extienden a los ámbitos social y comunitario, poniendo en peligro el desarrollo de las personas y de los países. En los esfuerzos por mejorar la salud de las mujeres se deben incluir las situaciones de violencia a las que se enfrentan, como prioridad de salud pública."<sup>32</sup>*

<sup>31</sup> Entrevista a IAH, Oaxaca, diciembre 2018

<sup>32</sup> ENSADEMI, 2008, p. 13.



De esta forma, la violencia contra las mujeres se articula con otros ámbitos y problemáticas y responde a las condiciones sociales, culturales y económicas de la población que, además, inciden en su frecuencia, gravedad y modalidades.

En México la información disponible sobre la problemática de violencia de género entre población indígena aún es insuficiente; sin embargo, la ENDIREH 2007 reportó, por ejemplo, que 41 de cada 100 mujeres hablantes de lengua indígena declararon haber sufrido violencia en la pareja. Esta información, al igual que la que se refiere a otras formas de violencia exploradas en dicha encuesta y a la manera en que se presentan los datos, “exhiben serias limitaciones, entre las que podemos señalar: a) la forma en que se seleccionó la submuestra y b) no se especifica en el informe a qué grupos etnolingüísticos pertenecen las mujeres entrevistadas”<sup>33</sup>; más adelante, se levantó la *Encuesta de salud y derechos de las mujeres indígenas* (ENSADEMI, 2008), en la que se registró información entre las usuarias de servicios de salud, bajo una aproximación que incorporó la dimensión cultural en su diseño, desarrollo e interpretación, pues se utilizaron traductoras, estrategias diversas de levantamiento de la encuesta; estudios para el diseño de las preguntas e indicadores diferenciados sobre monolingüismo, pertenencia étnica, generación, etc.<sup>34</sup>

### 3.3 La atención de la violencia en el sistema de salud

En el año 2000, se publicó la *Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar*, la cual por primera vez estipuló los servicios de atención, apoyo y canalización que el personal de salud debería de otorgar para víctimas de la violencia familiar, sobre todo en el caso de mujeres, niños, niñas y adolescentes. En el año 2009, se publica la *NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención*, la cual amplía el ámbito de intervención y obligaciones del personal de salud ante casos detectados o detectables de violencia de género, así como los criterios y las definiciones de violencia a prevenir y atenderse; además de adoptar una clara perspectiva de género, armonizando la norma al marco internacional de los DSyR.

La NOM-046 es el instrumento normativo más importante para el sistema de salud en el ámbito no sólo de la atención a víctimas de la violencia de género, sino también de la prevención de la violencia. Además, incluye explícitamente un enfoque de interculturalidad en la prevención y la atención, estableciendo que:

---

<sup>33</sup> Ídem. 14

<sup>34</sup> “En los Altos de Chiapas y en la Chinanteca (Oaxaca) se hicieron grabaciones al aplicar el cuestionario. Estas grabaciones fueron transcritas y traducidas por terceras personas. El siguiente paso será analizar los posibles problemas en la traducción. También se realizaron entrevistas a traductoras para conocer sus puntos de vista acerca de las dificultades que percibieron en su labor; y se llevó a cabo un taller de grupo focal con las encuestadoras con el propósito de que ellas hablaran sobre su experiencia al levantar la encuesta y en particular su percepción de la posible brecha entre lo que las mujeres declaran respecto de la violencia y sus vivencias efectivas” (ENSADEMI, p. 17).



- i. *La prevención representa una estrategia clave para ampliar la cobertura de usuarias atendidas y para reducir la incidencia de violencia contra las mujeres, por ello, la NOM 046 incorpora acciones de prevención en la atención clínica de la violencia de género;*
- ii. *Incluir la perspectiva de las usuarias en la valoración del cumplimiento de la NOM046, especialmente indígenas, con base a las entidades seleccionadas tanto en la conceptualización e identificación de la violencia –que puede ser determinante en su demanda de servicios de salud, así como en la satisfacción de la atención recibida-; así como la participación de otros actores en algunos de los mecanismos de atención previstos por el sector salud;*
- iii. *Considerar las manifestaciones y modalidades de la violencia de género contra mujeres indígenas tanto como una expresión de la desigualdad, como desde la perspectiva del derecho a una vida libre de violencia y de discriminación.*

*Bajo el enfoque anterior puede valorarse si los prestadores de servicios de salud registran y reconocen: las modalidades de la violencia de género en la población usuaria; así como las concepciones y construcciones culturales alrededor de las mismas.*

En marzo 2016, se publica la última reforma a la NOM-046, donde se vincula la aplicación de la norma a las disposiciones de la Ley de Atención a Víctimas y se vuelve explícito el derecho a la ILE en caso de violación, evitando que el personal de salud necesite averiguar los hechos relatados por la víctima:

*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 la misma reforma, se declara el respeto a la objeción de conciencia del personal médico ante el procedimiento de la ILE, al mismo tiempo que se obliga a las instituciones del sistema público de salud en contar con personal de salud debidamente entrenado en ILE y que no sea objetor o, en su caso, la obligación de referir inmediata y oportunamente a la víctima para que pueda acceder a este servicio:

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

*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.*

Finalmente, se afirma la responsabilidad del personal de salud de informar debidamente a la víctima acerca de cómo denunciar los hechos y hacerlas referencias oportunas para el seguimiento y el apoyo a las víctimas por parte de otras instancias pertinentes:

*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 (DOF, 24/03/2016).*

Puesto que el fenómeno de la violencia contra las mujeres constituye un asunto de salud pública y de justicia y cambio en las relaciones entre las personas, el cumplimiento de la NOM046 implica la vinculación del personal de salud con otras dependencias, principalmente de los sectores de procuración de justicia (policías, ministerios públicos, jueces, agencias especializadas en delitos sexuales; procuraduría de defensa del menor, agentes municipales, entre otros); y educación (escuelas y sistemas de educación a distancia; entre otros). Otros actores relevantes pueden ser: instancias de la mujer: estatales y municipales; centros de justicia para la mujer, fiscalías especializadas y el DIF; así como organizaciones de la sociedad civil, entre otros. La clave de la articulación del personal de salud con estos actores relevantes a nivel local es, además de su mandato institucional y normativo, su posición clave para convocar a estas distintas instancias, organizaciones y representaciones a la prevención y atención de la violencia contra las mujeres.

Las acciones de articulación con los distintos actores e instancias relevantes a nivel local van dirigidas a la atención y prevención de las modalidades específicas de la violencia de género que competen al sector salud:

- 1) violencia física (golpes, maltrato, lesiones)
- 2) violencia sexual (violaciones, abuso, violencia conyugal, falta de abasto de anticonceptivos, violencia verbal)
- 3) violencia institucional, particularmente la obstétrica
- 4) violencia emocional.

Dentro de estos ámbitos de competencia del sector salud ante casos de violencia de género, la violencia física y la violencia sexual son particularmente relevantes para la aplicación de la ILE.



#### 4. Violencia de género en cifras: Panorama estadístico

Documentar y conocer la situación de protección y/o vulneración de derechos de la población por parte del aparato institucional del Estado para mejorar los servicios, detectar áreas de oportunidad, vacíos persistentes y buenas prácticas replicables, exige contar con información fidedigna, confiable, actualizada y comparable. Los datos recabados para el desarrollo de este estudio permitieron constatar que aún existe un importante desajuste en los procesos de generación de información directa desde los servicios de salud en las entidades federativas. En la Secretaría de Salud, el área que regula, controla y opera las estadísticas y la producción de información en salud es la Dirección de Información en Salud, responsable de la construcción de los sistemas de registro que, a su vez, se alimentan, entre otras cosas, con la información que se solicita periódicamente – cada dos años- a las áreas operativas. El análisis de la información arrojada por los distintos instrumentos aplicados para el desarrollo de este estudio, muestra, por un lado, una tendencia a eliminar variables, sea por vía directa –quitándolos de los instrumentos de registro-; o por vía de los hechos, con la generación de información incompleta, imprecisa e inconstante; o incluso, con la falta de respuesta a las solicitudes de información que se hacen desde distintas dependencias y para diferentes propósitos.

Para documentar la prestación del servicio para interrupción del embarazo en los servicios de salud, se cuenta con los formatos establecidos, tanto por el SUIVE como por la NOM-046 que, en las respuestas obtenidas, son de conocimiento del personal de salud. No obstante, la falta de respuesta de los segmentos sobre el tratamiento de la violencia sexual y específicamente, sobre aplicación de la ILE en casos de violencia sexual, da luz sobre importantes sub-registros (o falta total de registros) para casos de violencia; así como para distinguir el perfil de las víctimas usuarias de los servicios públicos de salud.

Por un lado, es necesario distinguir dos fuentes de información derivadas de dos distintos tipos de atención a la interrupción del embarazo: la ILE aplicada en casos de violencia sexual; y la interrupción voluntaria del embarazo, asociada a la causalidad de no punibilidad por violación. La única entidad donde existe la ILE es la Ciudad de México, que ofrece servicios de salud no necesariamente relacionados con esta causal y cuenta con estadísticas propias que no se registran como aborto, ni siquiera aborto médico, le ha sido asignada otra clasificación que complica mucho hacer análisis comparativos.

Para el resto de las entidades, existen bases de datos en el Sistema del Anexo I de la NOM-046, administrado por la Secretaría de Salud que, sin embargo, no han logrado generar información constante y confiable para documentar la demanda de servicios en relación con la ILE, y al mismo tiempo, la respuesta institucional a esta problemática. Ante estos vacíos, distintas dependencias, como el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud, han implementado distintas estrategias para solventar esas ausencias, como la incorporación del indicador “se han realizado o se han referido casos de interrupción del embarazo”, en los formatos de registro que deben ser llenados por los distintos servicios de salud.



La violencia de género es un problema generalizado en México; de los 46.5 millones de mujeres mayores de 15 años en México, el 66.1% (30.7 millones), ha enfrentado violencia de algún tipo y de cualquier agresor, alguna vez en su vida; y cerca de la mitad (43.9%), ha enfrentado agresiones del esposo o pareja -actual o última- a lo largo de su relación; mientras que el 53.1% ha sufrido violencia por parte de algún agresor distinto a la pareja. La violencia contra las mujeres tiene como su expresión más aguda el feminicidio y el homicidio: Los datos disponibles muestran que entre 2014 y 2016, Guerrero y Oaxaca se contaban entre las 11 las entidades que presentan las tasas más altas en homicidios de mujeres.

Los resultados de la ENDIREH 2016, muestran que la violencia contra las mujeres es un problema de gran dimensión y una práctica social extendida en todo el país, puesto que 66 de cada 100 mujeres de 15 años y más, residentes en el país, ha experimentado al menos un acto de violencia de cualquier tipo, ya sea emocional, física, sexual, económica, patrimonial o discriminación laboral, misma que ha sido ejercida por diferentes agresores, sea la pareja, el esposo o novio, algún familiar, compañero de escuela o del trabajo, alguna autoridad escolar o laboral o bien por amigos, vecinos o personas conocidas o extrañas.

#### 4.1 Las mujeres y la violencia en México<sup>35</sup>

En México se han hecho grandes esfuerzos para producir información que permita conocer las dimensiones y los efectos del problema de la violencia contra las mujeres, a través de diversas instituciones públicas responsables de efectuar encuestas nacionales, como el INEGI, y el Inmujeres, que han contado con el apoyo de diversas instituciones nacionales e internacionales. En 2016, el INEGI realizó la *IV Encuesta Nacional sobre violencia contra las mujeres*, cuyos resultados son la base de este apartado.

En nuestro país, existen dos formas de aproximarse a los datos estadísticos sobre violencia contra las mujeres: los registros administrativos y las encuestas. Los registros administrativos se realizan solamente con la información de las mujeres víctimas de violencia que solicitan atención en algún servicio (médico, de procuración de justicia, legal, etcétera), por lo que no es posible contabilizar a quienes, siendo víctimas, no acuden a solicitar apoyo o atención. La atención a las víctimas de violencia se ofrece en diferentes instituciones a través de servicios generales o especializados, o en colaboración con organizaciones de la sociedad civil. En cada entidad federativa varían las instancias de atención, por lo que, para conocer el número exacto de asuntos atendidos es necesario hacer una indagación directa en cada entidad.

La LGAMVLV establece como parte del proceso de atención a las mujeres víctimas de violencia, la

---

<sup>35</sup> La información de este apartado se basa en el documento INEGI *Estadísticas a propósito del Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer* (25 de noviembre), 23 noviembre, 2017 [http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/violencia2017\\_Nal.pdf](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/violencia2017_Nal.pdf)



creación de un Banco Nacional de Datos e Información sobre Casos de Violencia contra las Mujeres, a cargo de la Secretaría de Seguridad Pública, que tiene como Objetivo General:

*Proporcionar y administrar la información procesada de las instancias involucradas en la atención, prevención, sanción y erradicación de la violencia de género, con el fin de instrumentar políticas públicas desde la perspectiva de género y de derechos humanos de las mujeres.*

Cuando un hecho delictivo deriva en una denuncia penal, que se realiza ante las instituciones de procuración de justicia, el registro de casos se encuentra en la Procuraduría General de Justicia de cada entidad federativa. Las Procuradurías Generales de Justicia reportan al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) información sobre ciertos presuntos delitos registrados en averiguaciones previas iniciadas por las agencias del ministerio público del fuero común. Esta información la reportan también al Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (SESNSP). A su vez, esta información se publica en los Anuarios Estadísticos Estatales del INEGI y mensualmente en el reporte de incidencia delictiva del SESNSP, lo que permite aproximarse a la incidencia de delitos como homicidio, violencia familiar, violación y otros delitos sexuales. Así, la contabilización en registros administrativos se realiza solamente con la información de aquellas mujeres víctimas de violencia que solicitan atención en algún servicio (médico, de procuración de justicia, legal, etcétera), y de este modo no es posible contabilizar a quienes, siendo víctimas, no acudieron a solicitarla.

Los anuarios estadísticos estatales para cada una de las 32 entidades federativas, se realizan en coordinación con los gobiernos locales y contienen la información más reciente disponible, organizada en capítulos que dan a conocer un panorama completo del territorio, la población y economía de la entidad. En el capítulo “Seguridad y orden público” se encuentran los indicadores sobre a) delitos registrados en averiguaciones previas iniciadas por las agencias del ministerio público del fuero común por municipio de ocurrencia según principales delitos; y b) víctimas de robo, lesiones, homicidio y delitos sexuales registrados en averiguaciones previas iniciadas por las agencias del ministerio público del fuero común por municipio de ocurrencia del delito y sexo.

Por su parte, en la *Incidencia delictiva nacional y por estado con perspectiva de género* que presenta mensualmente el SESNSP, se pueden consultar las denuncias presentadas ante agencias de ministerio público para seis delitos del fuero común, como homicidio, lesiones, violación y otros delitos sexuales.

Los datos de *Información delictiva y emergencias con perspectiva de género*, compilados por el SESNSP de enero a diciembre de 2017 sobre delitos relacionados con violencia en sus diversas modalidades, evidencian la magnitud del fenómeno de la violencia. Según, el centro de información del Secretariado Ejecutivo, en el año 2017 se registraron 1,817,061 delitos con un total de 297,229 víctimas identificadas. De éstas, 53.2% son hombres; 32.1% es decir 95,421 mujeres y el 14.7% restante no fue identificado.



Uno de los delitos más graves en contra de las mujeres es sin duda el feminicidio. En ese periodo ocurrieron 671 feminicidios en todo el país, la mayoría de ellos en el estado de Sinaloa (82), seguido de Veracruz (79) y Oaxaca (58). La razón nacional de delitos de feminicidio por cada 100 mil mujeres fue de 1.06; sin embargo, entidades como Sinaloa prácticamente quintuplicaron esa razón (5.33) y Oaxaca la duplicó (2.73). Por su parte, Chiapas tiene la misma razón nacional (1.06) y Guerrero está por debajo (0.70).

Los datos compilados por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR) establecen los 100 municipios con mayores casos de feminicidio en el país y llama la atención que en el mismo aparecen nueve municipios oaxaqueños, tres de Chiapas y uno de Guerrero. Se incluye a continuación una tabla con dichos municipios y la razón de feminicidios que presentan sobre cien mil mujeres.

**Tabla 3. Municipios de Guerrero, Oaxaca y Chiapas incluidos en los 100 municipios con mayor número de feminicidios, 2017**

Entidad Federativa	Municipio	Razón de feminicidios por 100 mil mujeres
Estados Unidos Mexicanos		1.06
Guerrero	Acapulco de Juárez	1.81
Chiapas	Tuxtla Gutiérrez	1.22
	Tapachula	2.11
	Suchiate	15.31
Oaxaca	Huajuapán de León	7.16
	Juchitán de Zaragoza	7.70
	San Pedro Mixtepec	7.73
	Villa de Tutupec	8.30
	Putla Villa de Guerrero	11.13
	Miahuatlán de Porfirio Díaz	11.18
	Huautla de Jiménez	12.73
	Matías Romero	14.92

Fuente: Elaboración propia con base en datos reportados en el sistema de "Información delictiva y de emergencias con perspectiva de género", elaborado por el Centro de Información para el Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Salud Pública, SEGOB. Periodo enero-diciembre de 2017

En relación con las mujeres víctimas de lesiones dolosas reportadas en el sistema, éstas fueron en total 61,035 a nivel nacional, de las cuales Guerrero concentró 1,589; Oaxaca 1,420 y Chiapas 336. Al analizar las llamadas de emergencia recibidas relacionadas con incidentes de violencia de género, vale la pena mencionar que las llamadas por violencia familiar representaron 4.95% del total. Violencia de pareja 1.45%; violencia contra la mujer 0.83%; seguidos de llamadas relacionadas con violación (0.03%); acoso u hostigamiento sexual (0.03) y abuso sexual (0.03%).

Si consideramos exclusivamente las llamadas relacionadas con incidentes de violencia contra la mujer fueron en total 106,706 durante el año 2017. Llama la atención que más del 10% de ellas ocurrieron en Chiapas quien ocupó el segundo lugar, sólo precedido por el Estado de México con 19,459 casos. Por su parte, Oaxaca reportó 2,003 llamadas relacionadas con este tipo de incidentes



y Guerrero 1,324. Esto significa que mientras la razón de llamadas de emergencias de incidentes relacionados con violencia contra las mujeres por cada 100 mil mujeres fue de 168.7 en todo el país; Chiapas lo cuadruplicó con una razón de 405.9. Oaxaca y Guerrero en cambio, se encontraron por debajo de la razón nacional con 94.4 y 71.1 respectivamente.

Cuando analizamos el registro de llamadas por violación, se encuentra un total de 3,576 recibidas en 2017, la mayoría de ellas en el Estado de México (677). De las tres entidades que nos ocupan, Chiapas tuvo un total de 88 llamadas por este delito, Guerrero 61 y Oaxaca sólo 14 lo cual hace pensar en un posible subregistro de información.

Respecto a violencia de pareja, se recibieron 202,177 llamadas en todo el país. Oaxaca por su parte reportó 2,467; Chiapas 924 y Guerrero 902. Las tres entidades se ubican por debajo de la razón nacional que fue de 319.5 en 2017 pues la de Oaxaca fue 116.3; Guerrero 48.4 y Chiapas 33.6. Esto resulta llamativo pues si se considera el elevado número de feminicidios en esas entidades, respecto al bajo registro de incidentes de pareja, es posible que en este ámbito también exista un fuerte subregistro de incidentes de violencia de pareja que no se reportan a través de las llamadas de emergencia.

Finalmente, en el rubro de violencia familiar, se recibieron en 2017 un total de 689,885 llamadas. Oaxaca tuvo 9,241, Chiapas 6,940 y Guerrero ocupa el último lugar con sólo 1,324 llamadas por ese motivo. Este panorama general de delitos y llamadas de emergencia constituye un insumo importante para visualizar con información actualizada, el tipo de delitos y agresiones enfrentadas por las mujeres en estas entidades. Los datos para 2018 presentan muchas coincidencias, sin embargo, no se incluyen dado que el periodo analizado en este estudio corresponde a 2017.

Otra fuente de información importante es el *Sistema de Indicadores de Género (SIG)* del Instituto Nacional de las Mujeres, que permite consultar varios indicadores sobre violencia contra las mujeres en México generados a partir de registros administrativos y de encuestas especializadas (“Lesiones por consecuencia de violencia familiar por grupo de edad según sexo”, por ejemplo, muestra la población atendida en las instituciones de salud, por lesiones a consecuencia de violencia familiar). También están disponibles en línea diversas publicaciones sobre violencia, realizadas por el INMUJERES o por otras instituciones especializadas, que profundizan sobre las causas y consecuencias de la violencia contra las mujeres y la población infantil.

Las encuestas son instrumentos que permiten conocer la incidencia del fenómeno de la violencia contra las mujeres y proporcionan una estimación confiable de la ocurrencia de los eventos cuando no se cuenta con un registro puntual de ellos. Permiten contar con el panorama prevaleciente en todo el país de la problemática; así como con el panorama de las particularidades en las entidades federativas; y permiten contar no sólo con información sobre la proporción de mujeres que han vivido violencia, sino también sobre las características de la misma, su gravedad, modalidades y tipos, ejercidos en contra de mujeres y niñas.



A nivel nacional y por entidad federativa, se cuenta con la ENDIREH 2016, la cual permite un acercamiento a los distintos tipos de violencia contra las mujeres mayores de 15 años--emocional, económica, física y sexual--, y a sus componentes; al tiempo que ofrece datos sobre su ocurrencia en diversos ámbitos: de pareja, escolar, laboral y comunitario; e indaga sobre las características de las mujeres víctimas de violencia y las consecuencias derivadas de estos actos.<sup>36</sup> Los datos de la ENDIREH- 2016 señalan que 66.1% de las mujeres mexicanas de 15 años y más, han sufrido al menos un incidente de violencia emocional, económica, física, sexual o discriminación a lo largo de su vida en al menos un ámbito y ejercida por cualquier agresor. Los tipos de violencia más reportados fueron: violencia emocional (49%); violencia sexual (41.3%); violencia física (34%) y violencia económica o patrimonial o discriminación en el trabajo (29%). También se reporta la violencia contra las mujeres en el ámbito comunitario a lo largo de su vida, donde el 38.7% de las mujeres la ha sufrido, mientras que el 23.3% reportó haberla padecido en los últimos 12 meses.

Resultan evidentes los altos niveles de violencia experimentados por las mujeres en el ámbito de pareja pues 43.9% de ellas reportó haberla experimentado a lo largo de su relación actual o última y 25.6% durante los últimos 12 meses. Por otra parte, la violencia contra las mujeres en el ámbito familiar en los últimos 12 meses representó 10.3%, mientras que la violencia sexual contra las mujeres en el ámbito escolar a lo largo de su vida fue del 10.9 %. Este mismo tipo de violencia en el ámbito laboral a lo largo de su vida fue reportado por 11.2% de las encuestadas y 6.6% en los últimos seis meses. Los principales agresores son los compañeros(a)s de trabajo seguidos del patrón(a) o jefe(a); el 79.1% de dichas agresiones ocurren en las instalaciones del trabajo.

La agresión sexual en el ámbito comunitario a lo largo de su vida fue reportada por 34. % de mujeres y 20.2% en los últimos 12 meses. En el ámbito de la pareja la violencia sexual en contra de las mujeres aparece en 6.5% de ellas a lo largo de su vida y 2.1% en los últimos 12 meses. La violencia sexual en el ámbito familiar representa el 1.1% de los casos. La mayoría de las acciones de violencia ejercida en contra de las mujeres en el ámbito familiar ocurre en la casa de la propia mujer (67.1%).

¿Cuáles son las características de estas mujeres y qué elementos de vulnerabilidad estructural identificamos? La misma Encuesta establece que en 2016 la población femenina de México era de 46.5 millones de mujeres mayores de 15 años, de las cuales el 11.8% tenía entre 15 y 19 años y el 29.0% era mayor de 50 años. La mayoría de estas mujeres fue a la escuela alguna vez en su vida (92.4%); registrándose diferencias en razón de la edad, siendo las mujeres mayores quienes presentan los índices educativos y de escolaridad más bajos. Pese a que en las últimas décadas la cobertura educativa y el acceso a la educación han mejorado, en 2016 el 17% de las niñas entre 15 y 17 años no asistieron a la escuela; mientras que entre las mujeres de 18 y 19 años, el 1.4% nunca ha asistido a la escuela; y del 98.6% que sí lo ha hecho, 42.6% no estudiaba en los 12 meses previos a la Encuesta.

Del total de mujeres de 15 años y más, el 93.3% mantiene o mantuvo una relación de pareja, sea

---

<sup>36</sup> Instituto Nacional de las Mujeres, Sistema de Indicadores de Género, *Estadísticas de violencia contra las mujeres en México*, 2017, 6 pp.



por unión o matrimonio (57.1% están actualmente casadas o unidas y 18.3% separadas, divorciadas o viudas), o se encuentran en noviazgo sin cohabitar (17.9%); y solo 6.5% no ha tenido ninguna relación de pareja.<sup>37</sup>

En las mediciones realizadas se distinguen algunas categorizaciones clave:

- ✓ La violencia total de cualquier agresor (que ha sufrido el 66.1% de las mujeres encuestadas) se refiere a la proporción de mujeres de 15 años y más, que declararon haber sufrido, al menos, un acto de violencia de pareja, de cualquier agresor, alguna forma de discriminación en el trabajo en el último año; y/o haber sufrido discriminación por embarazo en los últimos cinco años.
- ✓ La violencia de pareja es la que involucra a las mujeres de 15 años y más que tienen o han tenido, al menos una pareja a lo largo de sus vidas.
- ✓ La discriminación por razones de embarazo implica a las mujeres de 15 años y más que hayan trabajado en el periodo entre 2011 y 2016; mientras que la discriminación en el trabajo incluye a las mujeres mayores de 15 años que trabajaron como asalariadas (empleadas, obreras o jornaleras) durante los 12 meses previos a la encuesta.

De acuerdo a la ENDIREH 2016, 30.7 millones de mujeres ha sido objeto de actos violentos y discriminatorios alguna vez a lo largo de su vida; y los datos muestran que no se trata de actos aislados sino de un patrón general en todas las entidades federativas, donde más de la mitad de las mujeres ha experimentado agresiones de tipo emocional, sexual, físico o económico; 20.8 millones (el 44.8% de las mujeres), refirió que al menos una de estas agresiones ocurrió en los 12 meses anteriores a la entrevista; y 10.8 millones sufrieron algún tipo de intimidación, hostigamiento, acoso o abuso sexual, desde señalamientos obscenos, acoso callejero, intimidación sexual, manoseos sin su consentimiento o hasta violación.<sup>38</sup>

Esta misma información indica que 43.9% de las mujeres que tienen o tuvieron al menos una relación de pareja –de cohabitación, por matrimonio o por unión de hecho; o una relación de pareja o noviazgo sin vivir juntos- ha enfrentado agresiones de la pareja actual o última a lo largo de su relación; y que 53.1% de las mujeres sufrió violencia por algún agresor distinto a la pareja (compañeros de la escuela o del trabajo, maestros, autoridades o patrones, familiares, conocidos, o extraños), en el trabajo, la escuela o algún lugar público.

**Tabla 4. Prevalencias totales de violencia contra las mujeres de 15 años y más por periodo de referencia según tipo de violencia, 2016. ENDIREH. Datos nacionales**

Total de mujeres de	Período de referencia	Prevalencia total de	Prevalencias totales por tipo de violencia*
---------------------	-----------------------	----------------------	---

<sup>37</sup> INEGI, *Estadísticas a propósito del Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer* (25 de noviembre), p. 2.

<sup>38</sup> *Idem*, p. 4.

15 años y más		violencia contra las mujeres	Violencia emocional	Violencia económica y patrimonial**	Violencia física	Violencia sexual
46,501,740	Alguna vez en su vida	30,751,835	22,801,076	13,485,564	15,794,560	19,216,151
		66%	49%	29%	34%	41.3%
	Últimos 12 meses	20,839,234	14,434,789	8,149,003	5,935,920	10,807,941
		44.8%	31%	17.5%	12.8%	23.2%

Fuente: ENDIREH-2016.

\*Incluye violencia por parte de la actual o última pareja y de otros agresores de los ámbitos escolar, laboral, comunitario y familiar

\*\*Incluye violencia por parte de la pareja, de la familia, discriminación en el trabajo y discriminación por embarazo.

Entre 2015 y 2016, 45 de cada 100 mujeres fue víctima de algún acto violento, principalmente de tipo emocional, sexual y de discriminación en sus centros de trabajo. En la mayoría de casos de violencia sexual, se señaló que los perpetradores fueron diversos y distintos a la pareja.

En la ENDIREH 2016 se agruparon las formas o modalidades de violencia en tres grandes categorías: violencia de pareja; violencia por parte de otros agresores (en la escuela, el trabajo, la comunidad y la familia); y discriminación laboral. A partir de esta categorización puede afirmarse que, aunque, en general, 66% de mujeres ha sido víctima, al menos una vez, de cualquier tipo de abusos, incluyendo la discriminación, al combinarse las distintas dimensiones de la violencia de género, puede observarse que 34.7% de las mujeres ha recibido agresiones; sea de la pareja únicamente (13%); de otro agresor (20%), y una proporción mucho menor entre ellas (1.7%) solo fue discriminada en el trabajo. El otro 31.4% ha sido agredida por distintos agresores, incluyendo su pareja o ex-pareja.<sup>39</sup> Esto refleja que las mujeres se ven sometidas a múltiples agresiones por parte de diversos agresores, desde los más cercanos hasta los extraños o ajenos a sus espacios y relaciones cercanos.

#### 4.2 La vulnerabilidad de las jóvenes

Según la ENDIREH 2016, las mujeres más expuestas a la violencia de pareja o de cualquier otro agresor son las jóvenes y las mujeres entre 20 y 39 años, en especial quienes se encontraban en el rango de 20 a 34 años, pues 70 de cada 100 mujeres de esas edades, había enfrentado al menos un episodio de violencia o abuso. Es particularmente grave la violencia sexual contra mujeres jóvenes entre 18 y 29 años, pues la mitad de ellas ha sido agredida sexualmente. Otro grupo vulnerable ante la violencia sexual son las adolescentes de 15 a 17 años, quienes presentan niveles altos de violencia sexual, emocional y física.

Entre los factores que impactan la vida y las relaciones de pareja y sus dinámicas, está la edad de la primera unión, así como el número de uniones o matrimonios. Una proporción importante de mujeres que se casan o unen a edades tempranas, enfrentan, por un lado, limitaciones a su

<sup>39</sup> *Idem.* p. 7.



desarrollo personal y obstáculos para su autonomía –personal y económica-, pero, sobre todo, la falta de oportunidades y opciones para continuar su formación y enfrentar los patrones de género que continúan confinando a las mujeres al ámbito doméstico y familiar.

De acuerdo a los datos de la ENDIREH 2016:

- ✓ El 28.6% de las mujeres de 15 años y más, en promedio, se unió por primera vez antes de cumplir 18 años; y antes de cumplir 20 años, la mitad ya cohabitaba con su pareja.
- ✓ Antes de cumplir 25 años, el 81.2% ya estaba casada o unida por primera vez.
- ✓ En Chiapas y Guerrero el 40.0% de las mujeres se casaron o unieron por primera vez antes de los 18 años.
- ✓ En Oaxaca y otras seis entidades, poco más de un tercio de las mujeres se casaron o unieron antes de los 18 años.

Las mujeres se casaron o unieron: por propia voluntad (83.6%), porque fue obligada a hacerlo (2.7%), sea por embarazo, porque se la robaron; o porque se arregló su unión a cambio de dinero o bienes. Esta proporción asciende a 4.9% entre quienes se casaron antes de los 18 años. En este rango de edad, 9.2% de las menores se vio obligada a contraer matrimonio porque se embarazó.

Otro factor de vulnerabilidad ante la violencia de género es el número de uniones o matrimonios en la vida de las mujeres. Al respecto, es significativo que, entre las mujeres mexicanas, la mayoría solo ha estado casada o unida una vez (89.6%) y que solo una de cada diez mujeres se ha casado o unido al menos dos veces; sin embargo, esta proporción es mayor entre las separadas o divorciadas, entre las que el 14% tienen más uniones, cifra similar entre quienes se encuentran unidas y quienes enviudaron. Las prevalencias específicas de violencia de pareja tomando como referencia estas dos situaciones, muestran que la violencia de pareja es más frecuente entre las mujeres unidas antes de los 18 años que entre quienes se casaron por primera vez a los 25 años o más. Cerca de la mitad de quienes se casaron antes de la mayoría de edad (48%) ha enfrentado violencia por parte de su pareja; mientras que entre quienes lo hicieron a una edad más avanzada, el 37.7% ha sufrido violencia de pareja; 52.1% de mujeres que se han unido dos o más veces sufre violencia de pareja; y en esa situación se encuentra el 42.9% de quienes solo han tenido una unión o matrimonio.<sup>40</sup>

Entre 2014-2016, Guerrero y Oaxaca se encontraban entre las once entidades con las tasas más altas en homicidios de mujeres; y Guerrero estaba en el grupo de cinco entidades con mayor aumento en la tasa de homicidios; la tasa más alta se registró en 2012, con 13.2 homicidios femeninos por cada 100 mil mujeres; y entre 2015 y 2016 se observó un repunte en la tasa de homicidios de mujeres.<sup>41</sup>

Por su parte, Oaxaca, que había registrado en la década de los noventa y durante cinco años, tasas de defunciones por homicidios de mujeres por encima del 5.0, llegando en 1995 al 6.1, a partir de 1997, durante 15 años mantuvo niveles inferiores a 5.0. Sin embargo, en 2014 registró su nivel más

---

<sup>40</sup> *Idem.* p. 10.

<sup>41</sup> *Idem.* p. 15.



alto, de 6.5 defunciones de mujeres por cada 100 mil y en 2016 de 5.1 por cada 100 mil. Los datos de la ENDIREH 2016 registran también un aumento solo de la tasa de homicidios de mujeres en tres entidades: Chiapas, Nayarit y Oaxaca.<sup>42</sup>

De acuerdo a la información disponible, un alto porcentaje de mujeres mayores de 15 años sufrió algún incidente de violencia por parte de su pareja (esposo o pareja, ex-esposo o ex-pareja, o novio) durante su última relación. Las agresiones emocionales afectan su salud mental y psicológica; también es alta la prevalencia de agresiones para controlar sus ingresos y el flujo de los recursos monetarios del hogar, así como cuestionamientos con respecto a la forma en que gastaba dicho ingreso; mientras que la violencia física provoca daños permanentes o temporales; en esta última se incluye la violencia sexual.

En México, los índices de denuncia de agresiones contra las mujeres son muy bajos debido a la creencia de que se trató de algo sin importancia (lo cual es significativo del fenómeno generalizado de la naturalización de la violencia), a que se piensa que eso puede afectar a los hijos/as; por razones de vergüenza y miedo, porque no sabían que podía denunciar y/o porque no confían en las autoridades.

Otras fuentes de información de gran utilidad son los Registros Administrativos de Salud, de Procuración de Justicia y de los Tribunales de Justicia, los cuales aportan información sobre violencia a partir de lo que las mujeres reportan o denuncian; o de los registros que se levantan cuando las víctimas acuden a los servicios de salud para ser atendidas por lesiones u otros efectos de la violencia en su contra. Se espera que el instrumento enviado a las dependencias proporcione mayor información sobre los casos de violencia atendidos en los servicios de salud.

## **5. Sobre la armonización legislativa en materia de derechos sexuales y reproductivos y la NOM-046-SSA2-2005**

Como se señaló en el primer apartado del documento, es en la Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo (El Cairo, 1994)<sup>43</sup> donde se reconoció a los derechos sexuales y reproductivos (DSyR) como parte de los derechos humanos. Éstos comprenden aquellos derechos humanos ya reconocidos en el ámbito internacional y en las constituciones nacionales, tales como: como el derecho a la vida, el derecho a la salud, el derecho a la educación y a la información, el derecho a la libertad y a la seguridad personal, el derecho a decidir el número y el intervalo de hijos, el derecho a la privacidad y a la intimidad, el derecho a la igualdad y a la no discriminación, el derecho al matrimonio y a fundar una familia, el derecho al empleo y la seguridad social, el derecho a vivir libre

---

<sup>42</sup> *Ídem.*, p. 18.

<sup>43</sup> *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*, El Cairo, Egipto, 5–13 de septiembre, 1994, Doc. de la ONU A/CONF.171/13/Rev.1 (1995)



de tortura y a otros tratos crueles inhumanos o degradantes, incluyendo el derecho a vivir una vida libre de violencia sexual y de género.

Además, en esta misma Conferencia Internacional, la *ssr* fue definida como 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.

De acuerdo con el *Programa de Acción de Amman*, bajo el título *Las INDH y Derechos Reproductivos y de Salud de la Mujeres*<sup>44</sup> para los organismos nacionales de Derechos Humanos en todas las regiones del mundo, los derechos reproductivos y de salud de las mujeres, requieren de las siguientes acciones prioritarias:

*25. Proteger y promover los derechos reproductivos sin discriminación alguna, reconociendo que los derechos reproductivos comprenden el derecho al estándar más alto posible de salud sexual y reproductiva, el derecho de todos a decidir con libertad y responsabilidad el número de hijos y el tiempo que transcurre entre uno y otro, y en asuntos pertinentes a su sexualidad, y tener la información y los medios para poder hacerlo, libre de discriminación, violencia o coerción, como lo manifiesta la Plataforma de Acción de Beijing y en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo;*

*27. Revisar leyes nacionales y reglamentaciones administrativas relacionadas con los derechos reproductivos, como las que regulan la salud familiar, sexual y reproductiva, que incluyen leyes discriminatorias o que criminalizan el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, y proponer recomendaciones para ayudar a los Estados a cumplir con sus obligaciones de derechos humanos; y*

*28. Promover medidas para asegurar el acceso a los servicios e información sobre salud sexual y reproductiva y remover los obstáculos que dificultan dicho acceso, y apoyar el establecimiento de mecanismos de responsabilidad para la aplicación efectiva de las leyes y la provisión de acciones legales cuando las obligaciones han sido violadas.*

En ese mismo sentido, el Comité de Expertas/os (CEVI) del *Mecanismo de Seguimiento de la Implementación* de la Convención de Belém do Pará (MESECVI), en el año 2014, emitió la *Declaración Violencia contra las Mujeres, Niñas y Adolescentes y sus DSyR* donde se reconoce que “la negación de las políticas públicas y los servicios de *ssr* exclusivos para las mujeres, a través de normas, prácticas y estereotipos discriminatorios, constituye una violación sistemática de sus derechos humanos y las somete a la violencia institucional del Estado, causándoles sufrimiento físico y psicológico”.<sup>45</sup>

---

<sup>44</sup> Disponible en:

<https://nhri.ohchr.org/EN/ICC/InternationalConference/11IC/Background%20Information/Amman%20PoA%20FINAL%20-%20SP.pdf>

<sup>45</sup> Disponible en: <http://www.oas.org/es/mesecvi/docs/CEVI11-Declaracion-ES.pdf>.



Se declara “que el acceso a los servicios de salud en general, y a los servicios de interrupción del embarazo en particular, debe ser confidencial y la objeción de conciencia del personal de la salud no puede resultar en ningún caso en una vulneración de los derechos humanos de las mujeres”. Además, se establece:

*“Garantizar la salud sexual y reproductiva de las mujeres y su derecho a la vida, eliminando el aborto inseguro y estableciendo leyes y políticas públicas que permitan la interrupción del embarazo en, por lo menos, los siguientes casos: i) cuando la vida o salud de la mujer esté en peligro, ii) cuando exista inviabilidad del feto de sobrevivir, y iii) en los casos de violencia sexual, incesto e inseminación forzada, así como garantizar que las mujeres y adolescentes tengan acceso inmediato a métodos anticonceptivos económicos, incluyendo la anticoncepción oral de emergencia, eliminando con ello los efectos discriminatorios en las mujeres de denegarles servicios, basados en estereotipos que reducen el rol primario de las mujeres a la maternidad y previenen que tomen decisiones sobre su sexualidad y reproducción”<sup>46</sup>.*

La mayoría de los Estados de América Latina y el Caribe, ha ratificado los Tratados Internacionales de Derechos Humanos en donde se reconocen los DSyR implícitamente. La ratificación de estos Instrumentos Internacionales genera una obligación internacional para los Estados de cumplimiento obligatorio.

A pesar de estos avances en relación a los marcos normativos internacionales y nacionales que protegen los derechos de las mujeres, tanto en materia de sexualidad, reproducción y acceso a una Vida Libre de Violencia, los datos de violencia presentados en el apartado previo, muestran la magnitud de la problemática.

¿Cuál es la respuesta que frente a ello están ofreciendo las diversas instituciones y dependencias públicas responsables de su atención? ¿De qué manera las legislaciones estatales caracterizan y atienden tales problemáticas? A continuación, se incluye el análisis de las legislaciones estatales en materia de violencia, respecto de los delitos relacionados con violencia familiar, sexual y DSyR, a fin de identificar las áreas de oportunidad para avanzar en el reconocimiento de derechos de las mujeres, así como la aplicabilidad de la NOM-046-SSA2-2005. El objetivo es dar un panorama general de aquellos tipos, modalidades de violencia y delitos que se relacionan con la libertad sexual y reproductiva de las mujeres, y que puede a su vez asociarse a la aplicación de la NOM-046.

La información es resultado del monitoreo mensual de la legislación que se lleva a cabo en el Programa de Asuntos de la Mujer y de Igualdad entre Mujeres y Hombres. La manera en la que se estructura es la siguiente: se hace referencia a los tipos y modalidades de violencia, donde se reconoce la violencia sexual, así como la violencia institucional. Ambos casos se pueden relacionar con la interrupción legal del embarazo. En un segundo apartado, se hace referencia a los tipos penales que se asocian a la violencia sexual contra las mujeres, así como el delito de aborto.

---

<sup>46</sup> Disponible en: <http://www.oas.org/en/mesecvi/docs/cevi11-declaration-es.pdf>



### **5.1. Tipos y modalidades de violencia tipificados en la *Ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia***

La violencia contra las mujeres representa la síntesis de un conjunto de elementos culturales, sociales, políticos, económicos y normativos que permiten directa o indirectamente la discriminación por razones de género y que toleran la desigualdad entre mujeres y hombres. En razón de lo anterior, se vulneran de manera sistemática los derechos de las mujeres, constituyendo así un panorama complejo para hacer frente al conjunto de acciones que configuran la violencia contra las mujeres en el amparo de creencias, valores, y construcciones socioculturales de estereotipos y roles de género asignados en función del sexo de las personas.

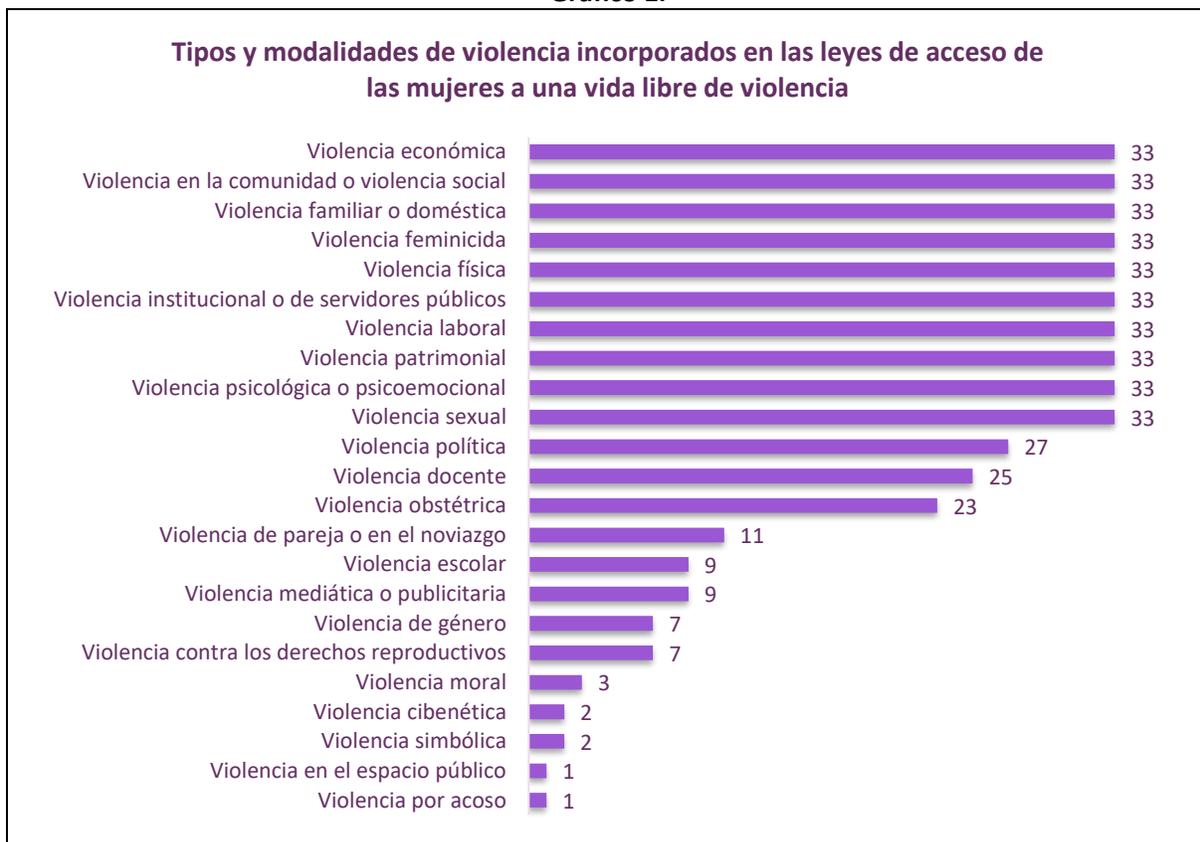
En las Observaciones de la CEDAW 2018, se hace referencia a la Recomendación General Núm. 35 (2017) sobre la violencia por razón de género contra la mujer, que a su vez actualiza la Recomendación Núm. 19, señalando así en el párrafo 24 la adopción de medidas de carácter urgente para prevenir las muertes violentas, los asesinatos y las desapariciones forzadas de mujeres, en particular combatiendo las causas profundas de esos actos, como la violencia armada, la delincuencia organizada, el tráfico de estupefacientes, los estereotipos discriminatorios, la pobreza y la marginación de las mujeres. Asimismo, en el párrafo 38, recordando la Recomendación General Núm. 36 (2017), se refiere al derecho de las niñas y las mujeres a la educación, a que se lleven a cabo medidas para prevenir, sancionar y erradicar todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas en las instituciones de educación pública.

La revisión de las leyes asociadas a la prevención, atención y sanción de la violencia contra las mujeres debe encontrarse planteada en el marco de los instrumentos internacionales que han buscado visibilizar el problema y demandar al Estado la erradicación del mismo. La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVL) se publicó el primero de febrero de 2007, como resultado de la organización y el impulso de colectivos feministas para reivindicar el derecho de las mujeres a una vida sin violencia. En la actualidad, se advierte que la federación y 32 entidades federativas del país ya cuentan con sus respectivas leyes de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia. Cabe destacar que mediante el decreto número 203, de fecha 2 de agosto de 2017, Chiapas publicó la *Ley de Desarrollo Constitucional para la Igualdad de Género y Acceso a una Vida Libre de Violencia para las Mujeres*, así como que se abroga la anterior ley en la materia, y la *Ley para la Igualdad entre Mujeres y Hombres* del Estado de Chiapas.

Por otra parte, se destaca que actualmente la Federación y 31 entidades federativas ya cuentan con reglamento de su respectiva ley de acceso a una vida libre de violencia. Campeche actualmente es la única entidad que no cuenta con reglamento en la materia. Se aprecia que hay 10 tipos y modalidades de violencia que se encuentran previstas en todas las entidades y la Federación, como se observa en el siguiente gráfico:



Gráfico 1.



Fuente: CNDH, monitoreo de la legislación en la materia (fecha de corte: 20 de septiembre de 2018)

Como se aprecia, la violencia sexual y la violencia institucional están incorporadas en todas las entidades federativas, así como en la Ley general. Sobresale que aún son muy pocos casos en los que se han incorporado tipos y modalidades de violencia tales como la cibernética o la simbólica. Destaca también que la tendencia en cuanto a la violencia moral va a la baja, aunque Hidalgo la

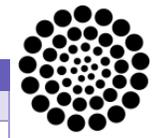


adicionó como tipo de violencia en agosto de 2018. Ahora bien, cuando analizamos qué tipos y modalidades de violencia están incorporadas en las distintas leyes en la materia, se observa que ninguna entidad incorpora el total de las 23 variantes. Actualmente, la Ciudad de México es la entidad que prevé en su ley de acceso un mayor número de tipos y modalidades de violencia, con 18 de ellas. La distribución de los tipos y modalidades de violencia contra las mujeres, previstos en las leyes de acceso de las mujeres a una vida libre de la violencia, es la siguiente:

**Tabla 5. Tipos y modalidades de violencia previstos en las leyes de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia<sup>47</sup>**

---

<sup>47</sup> En esta tabla se muestran todos los tipos y modalidades de violencia que están presentes en más de una entidad federativa. No se incluyen aquellos tipos de violencia que sólo están en una entidad federativa, aunque sí se consideran en el conteo, debido a la extensión de la tabla. Tal es el caso de la violencia en el espacio público y la violencia por acoso, pero sí se consideran en el conteo de Aguascalientes y Guanajuato, como se puede apreciar tanto en los gráficos de páginas anteriores, como en la tabla general.



ENTROS PÚBLICOS  
CONACYT

Federal	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	11	
Aguascalientes	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	15
Baja California	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	13
Baja California Sur	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	14
Campeche	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	13
Chiapas	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	16
Chihuahua	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	13
Ciudad de México	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	18
Coahuila	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	16
Colima	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	13
Durango	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	14
Estado de México	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	15
Guanajuato	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	13
Guerrero	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	11
Hidalgo	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	16
Jalisco	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	13
Michoacán	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	13
Morelos	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	15
Nayarit	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	14
Nuevo León	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	12
Oaxaca	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	12
Puebla	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	12
Querétaro	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	13
Quintana Roo	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	15
San Luis Potosí	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	16
Sinaloa	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	14
Sonora	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	11
Tabasco	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	13
Tamaulipas	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	15
Tlaxcala	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	17
Veracruz	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	14
Yucatán	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	12
Zacatecas*	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	15
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>23</b>	<b>33</b>	<b>33</b>	<b>3</b>	<b>33</b>	<b>33</b>	<b>33</b>	<b>33</b>	<b>11</b>	<b>33</b>	<b>33</b>	<b>25</b>	<b>9</b>	<b>33</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>33</b>	<b>27</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	

\*Nota: Zacatecas regula la violencia digital, se incluyó como violencia cibernética en esta tabla.

Fuente: CNDH, monitoreo de la legislación en la materia (fecha de corte: 20 de septiembre de 2018)



Adicionalmente a lo que se observa en la tabla anterior, es importante mencionar que en junio del 2018 se publicó en la Ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia de Guanajuato la violencia por acoso. Hasta septiembre de 2018 es la única entidad que prevé este tipo de violencia. Por otra parte, el 9 de julio de 2018, Aguascalientes incluyó como una nueva modalidad de violencia la que ocurre en el espacio público.

Si bien, un mayor número de tipos y modalidades de violencia podría interpretarse como una más amplia protección normativa a los derechos de las mujeres, en realidad se requiere revisar con detenimiento cuáles tipos y modalidades requieren impulsarse, por ejemplo, la violencia política, o cuáles podrían ser eliminados, como la violencia moral.

Otra de las dimensiones en que se puede observar la protección de los derechos de las mujeres, en específico de la garantía del Estado para la ILE, tiene que ver con el procedimiento de Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres por agravio comparado que se lleva a cabo en Veracruz.

Con el objetivo de analizar la dimensión normativa de la violencia sexual que es referida como delitos sexuales, se hace la revisión del Código Penal Federal y de los Códigos Penales estatales, para analizar los siguientes delitos sexuales: abuso sexual, violación y feminicidio.

## **5.2. Delitos que vulneran los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres**

### *5.2.1 Respecto al abuso sexual*

La violencia sexual que viven, de manera muy particular, las mujeres, atenta contra su integridad y obstaculiza el ejercicio de sus derechos humanos, por lo que resulta necesario que el Estado Mexicano adopte medidas legales eficaces para hacer frente a la violencia contra las mujeres.

El abuso sexual es definido como cualquier actividad sexual entre dos o más personas sin consentimiento. Puede producirse entre adultos, de un adulto a una niña, niño o adolescente — abuso sexual infantil—, también se considera abuso sexual la imposición de conductas sexuales por parte de una niña, niño o adolescente a otro si el primero es considerablemente mayor. Este delito es de los más graves en razón de que atentan contra la integridad de la persona en su totalidad. Del monitoreo realizado por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se observó que:

- ✓ La conducta típica del abuso sexual está prevista en todos los Códigos Penales de la República Mexicana, aunque con distintos nombres, penalidades y particularidades.
- ✓ La Federación y 28 entidades federativas prevén el delito de abuso sexual como tal (Baja California, Baja California Sur, Campeche, Ciudad de México, Chiapas, Chihuahua, Ciudad de México, Coahuila, Colima, Durango, Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Oaxaca, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Yucatán, Puebla, Veracruz, Querétaro y Zacatecas).
- ✓ Aguascalientes, Nayarit y Nuevo León tipifican el delito como atentados al pudor.
- ✓ Sonora lo sanciona como abusos deshonestos.



Como se observa, desde la denominación del tipo penal aún prevalecen elementos que constituyen discriminación al recurrir a estereotipos o figuras relacionadas como el honor o la honestidad. Se considera que la incorporación de estos elementos en los tipos penales dificulta el acceso a la justicia y revictimiza a las personas.

### 5.2.2 Respecto al delito de violación

La violencia contra las mujeres incluye la de tipo sexual, que además de atentar contra la integridad de las mujeres, entorpece el ejercicio de sus derechos humanos, por lo que resulta necesario que el Estado Mexicano adopte medidas legales eficaces para hacerle frente.

La violación es un delito que atenta contra la libertad sexual, la seguridad sexual, el normal desarrollo físico y psicosexual, y el libre desarrollo de la personalidad y resulta un acto violento que vulnera la dignidad de la víctima.

Del monitoreo realizado por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos se observa que:

- ✓ En la Federación y el total de las entidades federativas prevén el tipo penal de violación.

Si bien el delito de violación está previsto en todas las entidades, se considera relevante analizar algunos de sus supuestos, y de modo específico la manera en que se ha incorporado la violación entre cónyuges, concubinato o pareja. A este respecto, se pudo observar que actualmente 31 códigos penales hacen referencia al elemento de la relación de pareja, aunque no con la misma intención, como se aprecia en la siguiente tabla:

**Tabla 6. Incorporación de la relación conyugal, de concubinato, de pareja o parentesco en el delito de violación**

Hace alusión al parentesco de cualquier tipo	Incorpora la alusión directa al cónyuge, concubino o pareja	Incorpora la alusión de la relación entre cónyuges, concubinato o de pareja como una ATENUANTE	No hace referencias a este rubro
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Colima</li> <li>2. Jalisco</li> <li>3. Quintana Roo</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Federal</li> <li>2. Aguascalientes</li> <li>3. Baja California</li> <li>4. Baja California Sur</li> <li>5. Campeche</li> <li>6. Chiapas</li> <li>7. Chihuahua</li> <li>8. Ciudad de México</li> <li>9. Durango</li> <li>10. Estado de México</li> <li>11. Guanajuato</li> <li>12. Guerrero</li> <li>13. Hidalgo</li> <li>14. Morelos</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Coahuila</li> <li>2. Michoacán</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sonora</li> <li>2. Tabasco</li> </ol>



Hace alusión al parentesco de cualquier tipo	Incorpora la alusión directa al cónyuge, concubino o pareja	Incorpora la alusión de la relación entre cónyuges, concubinato o de pareja como una ATENUANTE	No hace referencias a este rubro
	15. Nayarit 16. Nuevo León 17. Oaxaca 18. Puebla 19. Querétaro 20. San Luis Potosí 21. Sinaloa 22. Tamaulipas 23. Tlaxcala 24. Veracruz 25. Yucatán 26. Zacatecas		

Fuente: CNDH, monitoreo de la legislación en la materia (fecha de corte: 20 de septiembre de 2018)

Es preciso eliminar los supuestos que afectan los derechos de las mujeres, como es el caso de considerar como atenuante cuando la violación se da entre cónyuges, concubinos o pareja.

### 5.2.3. Respecto al delito de aborto

El Comité CEDAW refiere, en las Observaciones 2018, a su recomendación general núm. 24 (1999) sobre la mujer y la salud, y señala en el párrafo 42 que se debe poner más 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. De misma forma, en la elaboración de 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 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.

La interrupción voluntaria del embarazo solamente es legal en una de las 32 entidades federativas que conforman el país, concretamente en la Ciudad de México, siempre y cuando se realice en las primeras 12 semanas de gestación, ya que si se efectúa después se prevé como delito.

El aborto en casos donde el embarazo es producto de una violación no es punible en todo el país. Es decir, se encuentra previsto el aborto no punible en el Código Penal Federal y los códigos penales de cada una de las entidades federativas; sin embargo, los supuestos de la no punibilidad varían en cada entidad. Como parte del monitoreo del delito de aborto, se identificaron siete supuestos de no punibilidad:

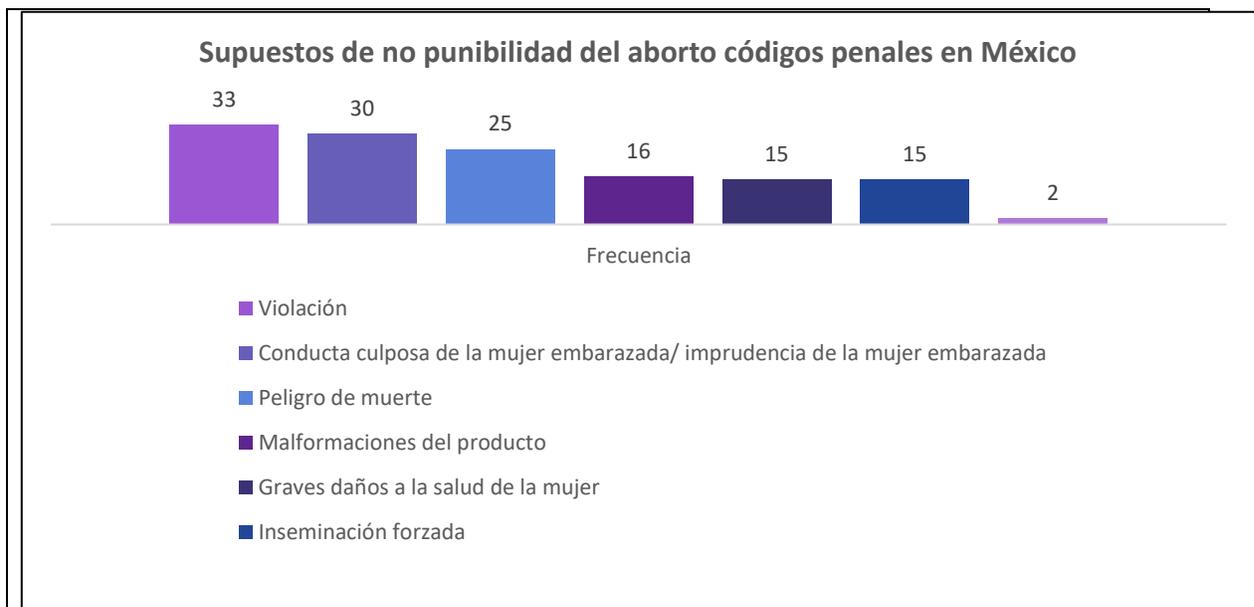
1. Violación
2. Imprudencial
3. Peligro de muerte
4. Malformaciones del producto
5. Graves daños a la salud de la mujer



6. Inseminación forzada
7. Causas económicas

De estos supuestos, únicamente el de la violación está prevista en todos los códigos penales, esto en consonancia con la NOM-046; y como el supuesto que se incluye en un menor número de códigos penales se encuentra las causas económicas, como se observa en el siguiente gráfico:

**Gráfico 2.**



**Fuente:** CNDH, monitoreo de la legislación en la materia (fecha de corte: 20 de septiembre de 2018)

### **5.3. Áreas de oportunidad y desafíos pendientes en relación con los marcos normativos estatales sobre violencia**

Una conclusión inicial de esta revisión es que a 2018, tanto la federación como las 32 entidades federativas del país ya cuentan con leyes de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia. Igualmente es relevante que, en este momento, la Federación y 31 entidades federativas (excepto Campeche) ya poseen un reglamento de su respectiva ley de acceso a una vida libre de violencia.

Resulta relevante que todas las entidades incluyen en sus leyes estatales los delitos relacionados con violencia familiar y violencia sexual; la mayoría incluye también la violencia obstétrica ejercida en los servicios de salud. En total se identificaron 23 variantes de tipos y modalidades de violencia reconocidas en las leyes estatales; sin embargo, ninguna entidad incorpora en ellas, la totalidad de modalidades y tipos reconocidas. La Ciudad de México es la entidad que prevé en su ley de acceso un mayor número de tipos y modalidades de violencia, con 18 de ellas. En el caso de las tres



entidades a las que se refiere este informe, Chiapas tiene 16, Oaxaca 12 y Guerrero 11, por lo cual un área de oportunidad para ellas será la ampliación del tipo y modalidades de violencia reconocidas en cada entidad.

Aunque un mayor número de tipos y modalidades de violencia podría interpretarse como una más amplia protección normativa a los derechos de las mujeres, es necesario revisar con detenimiento cuáles tipos y modalidades requieren impulsarse o cuáles podrían ser eliminados, como la violencia moral.

En relación a delitos relacionados con la violencia sexual, se identificó que el abuso sexual está incluido en todos los Códigos Penales de la República Mexicana, aunque con distintos nombres, penalidades y particularidades. Desde la denominación del tipo penal aún prevalecen elementos que constituyen discriminación al recurrir a estereotipos o figuras relacionadas como el honor o la honestidad, las cuales dificultan el acceso a la justicia y revictimiza a las personas. Modificar dichas denominaciones en las entidades que las incluyen, constituye un área de oportunidad para avanzar en el cumplimiento de derechos de las mujeres.

El delito de violación está previsto en todas las entidades, pero en algunas presenta atenuantes relacionados con la violación entre cónyuges, concubinato o pareja. Esto constituye un área de oportunidad a fin de avanzar hacia una legislación que proteja a las mujeres de este delito, independientemente de la relación existente con el agresor.

La no punibilidad del aborto presenta un panorama diverso. Actualmente seis entidades federativas prevén el mayor número de causales de no punibilidad del aborto (seis en todos los casos). Estas entidades son: Baja California Sur, Coahuila, Colima, Michoacán, Tlaxcala y Yucatán. Las entidades que prevén un menor número de supuestos son: Guanajuato y Querétaro.

En todas las entidades está incluida la no punibilidad del aborto en casos de violación y sólo la Ciudad de México lo permite por cualquier razón antes de la semana 12. Esta no punibilidad en casos de violación, va en consonancia con lo señalado en la NOM-046-SSA2-2005 y constituye el marco central para analizar los resultados del monitoreo respecto al cumplimiento de lo marcado en la NOM, respecto al acceso a la ILE en casos de violación.

Algunas leyes estatales prevén obligaciones específicas para los Servicios de Salud. Por ejemplo, la Ley 203 de Desarrollo Constitucional para la Igualdad de género y Acceso a una Vida Libre Violencia para las Mujeres de Chiapas establece los siguientes derechos de las mujeres y obligaciones de las instituciones de salud:

*Artículo 54.*

*Las víctimas de violencia previstas en esta Ley, tendrán los siguientes derechos:*

*IV. Asistencia médica y psicológica gratuita e inmediata, y en su caso, a sus hijos e hijas, para la atención de las consecuencias generadas por la violencia;*



V. A que se les proporcione anticoncepción de emergencia y medicamentos contra enfermedades de transmisión sexual conforme a lo establecido por el artículo 6.4 de la NOM-046-SSA2-2005;

*Artículo 87.*

*Corresponde a la Secretaría de Salud:*

*I. Brindar a las víctimas, en los hospitales públicos a su cargo, atención integral e interdisciplinaria;*

*II. Crear programas de capacitación con perspectiva de género a través de diplomados, talleres y cursos, para el personal del sector salud, así como vigilar la aplicación de normas oficiales mexicanas vigentes a fin de generar acciones de prevención, promoción, atención y rehabilitación respecto de la violencia contra las mujeres.*

*III. Difundir material informativo en los centros de salud, relativo a la prevención de la violencia contra las mujeres y a las organizaciones de la sociedad civil que se dedican a la salud de las mujeres y el impulso de campañas con perspectiva de género;*

*IV. Coadyuvar con las autoridades encargadas de efectuar investigaciones en materia de violencia contra las mujeres y proporcionar, entre otras, la siguiente información:*

*a) Número de víctimas que se atienden en los servicios a su cargo;*

*b) Situaciones de violencia que sufren las mujeres;*

*c) Tipo de violencia por la cual se atendió a la víctima;*

*d) Efectos causados por la violencia en las mujeres; y*

*e) Recursos erogados en la atención de las víctimas de violencia;*

*V. Canalizar a las víctimas de violencia a las instituciones que les presten asistencia y protección, con apego a lo establecido en sus reglamentos internos;*

*VI. Hacer del conocimiento del Ministerio Público, aquellos casos que se presuma que una mujer ha sido víctima de violencia, de acuerdo con las Normas Oficiales Mexicanas aplicables.*

*VII. Las demás previstas para el cumplimiento de esta Ley.*

Un desafío de las leyes locales es que aún es alta la proporción de las que no están acompañadas de un marco reglamentario y operativo para su aplicación. Otro reto en cuanto al delito de violencia sexual y su prosecución, lo representa el hecho de que, en algunas entidades federativas, los delitos sexuales prescriben después de un cierto lapso de tiempo, lo cual dificulta procurar justicia, por ejemplo, en casos de abusos o violaciones sexuales a menores de edad. Sin embargo, ha habido reformas recientes para modificar el Código Penal y hacer que estos delitos se volvieran imprescriptibles; este es por ejemplo el caso de Oaxaca donde la prescripción a los diez años fue eliminada en 2016.<sup>48</sup> La no proscripción del delito sexual es otra ventana de oportunidad importante para que las 32 entidades federativas adecúen su marco legal.

La aprobación de un marco legislativo favorable a los derechos de las mujeres, es solo un primer paso para que esas leyes se apliquen en la realidad. Esto muestra la necesidad de un proceso permanente de consulta, consenso y compromisos de las distintas instancias encargadas de atender

<sup>48</sup> Entrevista con IBL, Oaxaca, diciembre de 2018.



la problemática en cada contexto para traducir el mandato de la ley en una política y acción concreta. Por ejemplo, tanto la ley general como algunas estatales establecen que durante el procedimiento judicial se brinde la garantía de contar con un traductor para las mujeres que hablan otras lenguas. No obstante, esta disposición difícilmente se cumple en la práctica, bajo el argumento de insuficiencia presupuestal.

## 6. La interrupción legal del embarazo y violencia de género

Como parte de las obligaciones del Estado mexicano derivadas de la suscripción de los marcos internacionales que protegen el derecho de las mujeres a acceder a una interrupción legal y segura del embarazo, particularmente en casos de violación o de peligro para su salud; está la derogación de leyes que criminalicen el aborto, tanto para las mujeres como para el personal de salud cuando hay consentimiento pleno; y el establecimiento de condiciones para que una mujer pueda decidir libre e informadamente la interrupción de un embarazo. La falta de garantías para el ejercicio de estos derechos afecta también otros derechos: a la vida, a no sufrir violencia, a la salud; a la intimidad, a decidir el número y espaciamiento de los hijos, al debido proceso y a la no discriminación, entre otros.

En cualquier caso, la incidencia de embarazos no deseados y en consecuencia, de abortos inseguros debido a la legislación persecutoria y la falta de estos servicios públicos, constituye un problema importante, en México, al igual que en otros países de América Latina, y afecta de forma negativa a las mujeres y sus familias; a los sistemas de salud e incluso, al ámbito económico, como se señalara en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y en el Programa de Acción que de ella derivó. Pese a las evidencias de estos costos, ha habido muy pocos avances en este ámbito y es difícil contar con cifras actualizadas y confiables debido al estigma asociado al procedimiento, las restricciones legales y la falta de estimaciones sobre aborto inseguro o clandestino. Esta ausencia de datos empíricos lleva a la negación del problema y de sus consecuencias.

De acuerdo a lo señalado por Fátima Juárez, investigadora de El Colegio de México:<sup>49</sup>

*Las estimaciones del nivel de aborto son escasas; sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) elabora estimaciones por región (Ahman y Shah, 2010; who/oms, 2007). ...Entre 1995 y 2003, la tendencia de la incidencia mundial de este fenómeno decreció, al pasar de una tasa de 35 por 1000 mujeres en edad reproductiva a 29 por 1000; en contraste, la tasa de aborto permaneció casi constante entre 2003 y 2008 (28 por 1000). Casi la mitad de todos los abortos que ocurren en el mundo son inseguros y en su mayoría (98%) se presentan en países en desarrollo. Las investigaciones sobre el tema han mostrado de forma sistemática que la*

---

<sup>49</sup> Juárez, Fátima, El aborto un problema vigente. Disponible en: <http://www.somede.org/coyuntura-demografica/index.php/numero-3/item/el-aborto-un-problema-vigente-en-mexico>



*mayoría de los abortos inseguros tienen lugar en países pobres, mientras que los realizados en países ricos son seguros (Singh et al., 2009; Sedgh et al., 2012) ...La región de América Latina y El Caribe muestra niveles de aborto más elevados que los de África y Asia (33 comparado con 29 y 28, respectivamente), siendo en su mayoría ilegales e inseguros (95%). En nuestra región existen, asimismo, marcadas diferencias por subregiones en cuanto a la tasa de incidencia de abortos, que varían de 29 por 1000 mujeres en edad reproductiva para América Central, a 32 para América del Sur y a 39 para el Caribe.<sup>2</sup> La tasa de aborto de la región de América Latina y el Caribe representa 4.4 millones de abortos por año (Sedgh et al., 2012). Otro patrón que se ha observado mundialmente es que a mayor restricción de las leyes de aborto, mayor la tasa de incidencia; es decir, las restricciones legales no reducen el número de abortos; sí, en cambio, lo tornan inseguro (Sedgh et al., 2012; Singh et al., 2009; Juárez, 2008). Un ejemplo muy claro es el caso de México, donde históricamente las leyes de los estados han restringido su acceso propiciando que existan abortos inducidos clandestinos. Las tasas de aborto inducido de nuestro país son superiores a las de Holanda, Inglaterra o Túnez, países en donde el aborto se ha legalizado (pp.4-7).<sup>50</sup>*

A falta de datos confiables, distintas estimaciones han establecido que, en México, las tasas de aborto más altas se observan en mujeres jóvenes de entre 20 y 24 años y, en segundo lugar, entre adolescentes de 15 a 19 años; y que, pese a la criminalización, hasta un 54% del total de embarazos no planeados se resuelven a través de un aborto inducido. Estas mismas estimaciones indican que un tercio de las mujeres que se realizan un aborto clandestino enfrentan complicaciones que requieren tratamiento médico; 25% de esas mujeres no reciben la atención hospitalaria que necesitan, ocasionando que el aborto inseguro sea la cuarta causa de muerte materna, pues se calcula que entre 1990-2013, han fallecido 29,822 mujeres por causas de muerte materna que habrían podido evitarse hasta en un 85%. Para 2013, 15% de esas muertes maternas fueron de niñas y adolescentes.<sup>51</sup>

Para calcular la incidencia del aborto en México, se ha utilizado el *Método de Estimación de Aborto por Complicaciones* (AICM por sus siglas en inglés), que es un método indirecto y relativamente confiable, reconocido por la Organización Mundial de la Salud como una de las técnicas más robustas (Juárez et al., 2008; Juárez y Singh, 2012). Con ese instrumento, se ha calculado que, a nivel nacional, el número de abortos inducidos casi se duplicó entre 1990 y 2009, al pasar de 533,000 a 1,025,669; y que la tasa nacional de aborto inducido en mujeres de entre 15-44 años fue de 26 por 1,000 en 1990, y de 38 por 1,000 en 2009, un aumento de 51%, o del 2.7% anual. Estas cifras colocan a México muy por encima de la tasa de incidencia de la región latinoamericana (32 por 1000 vs. 38 para México; en número de abortos, de los 4.4 millones para América latina y el Caribe, cerca de 1 millón corresponden a México).<sup>52</sup>

<sup>50</sup>La OMS definió el aborto inseguro (who/oms, 1993) como el procedimiento para terminar un embarazo no deseado que realiza una persona que carece de las destrezas necesarias, o que tiene lugar en un ambiente carente de las normas mínimas utilizadas en la práctica de la medicina, o ambas.

<sup>51</sup>ILSB, Derechos sexuales y reproductivos, 2014. Disponible en: <https://ilsb.org.mx/dsyr/>

<sup>52</sup>Juárez, Fátima óp. cit.



Hoy, con este mismo instrumento pueden estimarse los niveles de aborto por estado (Juárez y Singh, 2012), lo que permite contar con estimaciones de tasas de incidencia de aborto inducido (y el número de procedimientos) para cada entidad federativa; los datos disponibles muestran que esta tasa varía entre los estados del país, llamando la atención que en las regiones con niveles más altos de desarrollo se presentan tasas de aborto inducido más elevadas; y que las variaciones regionales se relacionan con las desigualdades socioeconómicas.

Siguiendo los hallazgos de Fátima Juárez y otros investigadores, se señala que el incremento de anticonceptivos se ha detenido en México y que la fecundidad sigue descendiendo desde mediados de los setenta, al pasar de 5.6 hijos, en 1976, a 3.4, en 1990, y a 2.17 en 2009. Sin embargo, en ese mismo lapso el incremento en uso de anticonceptivos fue más lento y en años más recientes se estancó, mientras que el número de mujeres con demanda insatisfecha de anticonceptivos se ha mantenido constantemente elevada por más de 10 años, especialmente entre las jóvenes. Con estos resultados puede presumirse que el aborto inducido es común en todas las entidades federativas. Sin embargo, en México el aborto está estigmatizado, los servicios de planificación familiar son inadecuados y el tema sigue siendo sensible, tanto así que las posiciones ideológicas pueden llegar a poner en riesgo tanto la salud de la mujer como el ejercicio de los DSyR de la población.<sup>53</sup>

Como ya se ha referido, México está obligado, de acuerdo al marco internacional de derechos humanos, a despenalizar el aborto en todos los casos y a eliminar las medidas punitivas contra mujeres y niñas que buscan servicios de aborto; así como contra las y los profesionales de la salud que los prestan, si hay consentimiento pleno, lo cual debe complementarse garantizando el acceso a información imparcial, exhaustiva y basada en datos sobre la salud sexual y reproductiva, incluida la información necesaria para prevenir los embarazos no deseados y reducir el aborto inseguro; e información precisa sobre la disponibilidad legal del aborto. No obstante, en México el aborto inducido está fuertemente restringido en materia legal en los 31 estados (excepto en la Ciudad de México), cada año cientos de miles de mujeres mexicanas enfrentan sus embarazos no planeados recurriendo al aborto inducido.

Si bien no todos los estados del país tienen las mismas leyes en cuanto a aborto, en algunos está despenalizado y en otros no. Así, Guanajuato y Querétaro cuentan con las leyes más restrictivas, pues solo lo admiten por violación sexual o si fue provocado por accidente; Michoacán y Yucatán consienten la interrupción del embarazo por razones económicas mientras que la CdMx es la única que lo permite por voluntad de la madre hasta las 12 semanas de gestación. Ningún estado considera todas las posibles causales como legales, como revela un diagnóstico del Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE).<sup>54</sup>

Como la Ciudad de México es la única entidad federativa donde la interrupción del embarazo es legal bajo criterios amplios, la mayoría de los abortos en otras partes del país se practican clandestinamente, muchos bajo condiciones insalubres y métodos inseguros. De esta forma, pese a

---

<sup>53</sup> *Ídem.*

<sup>54</sup> Disponible en: <https://www.elsoldemexico.com.mx/mexico/sociedad/aborto-legal-depende-en-que-parte-de-la-republica-vivas-759046.html>



los avances y logros, siguen presentándose grandes desigualdades por subgrupos de población, ya que los servicios médicos, la orientación y los métodos anticonceptivos necesarios para regular el espaciamiento y número de nacimientos, no siempre están disponibles, sobre todo en las regiones del país que presentan índices más elevados de pobreza y marginación. La clandestinidad de la práctica de abortos, resalta la importancia de la ILE en los servicios públicos de salud, pues lo poco que se conoce sobre la práctica de abortos en México, deriva de estudios cualitativos, de caso y etnográficos.

Pese a la ausencia de datos, es probable que la introducción del misoprostol, una de las dos principales sustancias que se usan más frecuentemente en el esquema de aborto con medicamentos, que tiene un precio relativamente bajo en las farmacias mexicanas y que, utilizado correctamente puede ser eficaz para interrumpir un embarazo temprano,<sup>55</sup> haya facilitado el acceso al aborto seguro para muchas mujeres, aunque también es igualmente probable que no fuera accesible para las mujeres de zonas rurales, para todas las que desconocen su existencia y formas de conseguirlo, así como para aquellas sin capacidad de adquirirlo. Nuevamente, factores socioeconómicos y culturales se interponen en el acceso de las mujeres a un aborto seguro.

De acuerdo a los estudios realizados por Fátima Juárez y otros, los abortos entre mujeres urbanas tienen mucha mayor probabilidad de ser inducidos mediante misoprostol (31–37% vs. 9–17% entre mujeres rurales); y las proporciones probables de abortos bajo procedimientos quirúrgicos realizados por médicos también siguen el patrón esperado y varían desde solo 6% de los abortos en mujeres rurales pobres hasta 44% de los obtenidos por mujeres urbanas no pobres. Por otro lado, los resultados de este estudio señalan que los abortos de mayor riesgo—los no inducidos por misoprostol, que son autoinducidos o realizados por proveedores tradicionales— conforman cerca de dos tercios del total de abortos entre las mujeres rurales pobres.

Las interrupciones legales del primer trimestre de gestación que se realizan en la Ciudad de México, en contraste, son procedimientos seguros practicados en instituciones médicas siguiendo los lineamientos generales de organización de los servicios de salud de la Secretaría de Salud del gobierno local, que establecen los prerrequisitos de una consejería objetiva acerca del procedimiento antes de realizarlo; y requieren que después del procedimiento se brinde consejería sobre opciones anticonceptivas, para asegurar que las mujeres puedan evitar embarazos no planeados. Aquí, los procedimientos de ILE son gratuitos para las mujeres residentes; y por medio de una pequeña cuota de recuperación, también son accesibles para mujeres de otros estados. En las instituciones privadas de la Ciudad de México se debe pagar el procedimiento.

*En 2008, el primer año completo de implementación de la ley, un total de 13,404 mujeres se sometieron a un procedimiento de ILE en las instituciones públicas del Distrito Federal; este número aumentó a 16,945 en 2010; y a 20,319 en 2011.47.4 Para el año 2009, las instituciones públicas reportaron 16,475 procedimientos. Aproximadamente 67% de estos procedimientos fueron abortos inducidos por misoprostol; 32% mediante aspiración manual endouterina*

---

<sup>55</sup> Juárez, F. et.al., 2016, p. 12



*(AMEU); y solamente 1%, a través del método más invasivo de legrado uterino instrumental (LUI), también conocido como dilatación y curetaje.<sup>56</sup>*

En cualquier caso, lo que sí ha podido documentarse es que las restricciones legales al aborto no evitan que suceda, pero sí provocan la práctica clandestina, que no permite garantizar la seguridad del procedimiento. La complicación más común es el aborto incompleto, con hemorragia abundante, que puede ser una seria amenaza para la salud de la mujer de no recibir atención médica inmediata; y son menos comunes las complicaciones más graves (infecciones, choque séptico y perforación uterina). En México, se estima que 36% de los abortos inducidos resultan en complicaciones que requieren atención médica (Juárez, et.al., p.14).<sup>57</sup>

Así, la proporción estimada de abortos con complicaciones aumenta a mayor pobreza y residencia rural, desde 26% en abortos entre mujeres urbanas no pobres, hasta 45% entre mujeres rurales pobres. Ello refleja la estrecha relación entre el grado del riesgo de un aborto clandestino y los medios económicos de la mujer para pagar el procedimiento y para acceder a personal médico capacitado. En México, las mujeres con mejores condiciones económicas pueden minimizar los riesgos a su salud pagando precios más altos por abortos más seguros. Las estimaciones señalan que “para *todos* los tipos de aborto, incluidos los inducidos por misoprostol, los abortos menos costosos son los que se llevan a cabo entre mujeres rurales pobres; y los más costosos, entre mujeres urbanas no pobres”.

De igual forma, las proporciones de mujeres con complicaciones que necesitan atención médica pero no la reciben, varían desde 10% de mujeres urbanas no pobres que presentan complicaciones, hasta casi la mitad (45%) de mujeres rurales pobres. Entre las mujeres que sí reciben atención médica, los profesionales entrevistados estimaron que 60% la obtiene en hospitales públicos; y que la gran mayoría de mujeres pobres que acude a hospitales, recibe atención en instituciones públicas (9 de cada 10), tanto en áreas urbanas como en rurales, lo que muestra la importancia del sistema de salud gubernamental en la provisión de este componente esencial de los servicios de salud reproductiva.<sup>58</sup>

*A nivel estatal, Baja California Sur tiene la más alta tasa de hospitalización del sector público (10.2 casos por 1,000 mujeres) y Yucatán, tiene la más baja (2.9 por 1,000). Otro indicador, la relación estimada por los expertos entre el número de mujeres atendidas por complicaciones en hospitales públicos y el número total de abortos en el país, sugiere que 16% de las mujeres mexicanas que tuvieron abortos inducidos fueron atendidas en hospitales por complicaciones en 2009. La proporción estimada de todos los abortos que son atendidos por complicaciones en el Distrito Federal, es la más baja (12%), mientras que las proporciones para las regiones 5 y 6, son las más altas (18% y 20%, respectivamente). Este indicador muestra claramente que*

<sup>56</sup> *Ídem*, p.13

<sup>57</sup> El término *complicación* por aborto se refiere a todas las consecuencias adversas, desde las menos severas [aborto incompleto y hemorragia abundante y prolongada] hasta las más severas [sepsis y perforación uterina]

<sup>58</sup> Juárez et. al, 2016, p.19.



*el número de abortos atendidos en relación con el total que ocurren, es menor en el Distrito Federal. Además, es probable que las complicaciones atendidas en la Región 1 se aproximen al total de complicaciones que ocurren en el Distrito Federal, dado que las capitalinas tienen el mejor acceso a los servicios hospitalarios del país (Juárez et. Al., p.19).*

Por otro lado, la tasa de atención hospitalaria por aborto inducido en 2009 en la Ciudad de México, indica que muchas mujeres continuaron prefiriendo ocultar sus abortos en ese período, y recurrieron a procedimientos clandestinos no regulados y, por lo tanto, inseguros. Esta persistencia de la preferencia de no acudir a los servicios organizados de ILE posiblemente esté ligada al estigma fuertemente asociado al aborto en México (*ídem*, p.20).

Una de las principales barreras de acceso a la ILE es que ésta es considerada como un delito con causales de exclusión de responsabilidad penal o no punibilidad, las cuales varían en cada entidad federativa. Las legislaciones locales establecen las causales, procedimientos y tiempos para solicitar una ILE, e igualmente las penas mínimas y máximas tanto para las mujeres que interrumpen su embarazo como para el personal de salud que auxilie a una mujer en proceso de abortar, el cual puede ser acusado de complicidad. Se prevén penas que van de uno a tres años de cárcel en Chiapas y Guerrero, así como de dos a cinco años de cárcel en el caso de Oaxaca. Igualmente pueden ser acreedores de suspensión del ejercicio profesional por el mismo tiempo que dure la pena (GIRE, 2018:12).

Estas duras sanciones previstas en la ley, son uno de los factores que generan en el personal de salud temor de atender a una mujer que llegue a los servicios con aborto en proceso, independientemente de cómo éste haya ocurrido. También genera una actitud de desconfianza y hostilidad hacia las mujeres que se traduce en el tipo de atención brindada e igualmente, en múltiples casos de denuncia ante las autoridades.

Por otra parte, coloca a las mujeres en un lugar de vulnerabilidad y temor a acudir a los servicios de salud en caso de presentar un aborto, incluso si éste ocurre de manera espontánea o las mujeres no sabían que estaban embarazadas. Los informes de GIRE (2018, 2015) dan cuenta de un gran número de casos en todo el país de mujeres acusadas ante el ministerio público y criminalizadas por presentar un aborto en evolución.

Esta legislación restrictiva y diferenciada genera además una situación de discriminación para las mujeres en México porque la posibilidad de ejercer derechos está definida por la entidad donde vive. Como se señaló en el apartado previo de la normatividad local, es muy claro que la única entidad federativa donde está permitida la interrupción legal del embarazo por voluntad de la mujer hasta la semana 12, es en la Ciudad de México.



### 6.1 Legislación local en Guerrero, Oaxaca y Chiapas en relación con la interrupción legal del embarazo

De las tres entidades seleccionadas para este estudio, sólo Guerrero cuenta con causal por salud. El aborto por violación es la única causal legal existente en todo el país y en algunas entidades hay otras causas de no punibilidad, tal como se mostró en el apartado de marco normativo. Las causales de aborto establecidas en estas tres entidades son:

- ✓ Chiapas: violación, peligro de muerte, alteraciones genéticas o congénitas graves en el producto
- ✓ Guerrero: violación, imprudencial o culposo; alteraciones genéticas o congénitas graves en el producto; salud, inseminación artificial no consentida
- ✓ Oaxaca: violación, imprudencial o culposo; peligro de muerte; alteraciones genéticas o congénitas graves en el producto.<sup>59</sup>

Posterior a la reforma constitucional de 2007 en la Ciudad de México mediante la cual se aprobó la ILE en las primeras doce semanas, tuvo lugar una serie de reformas constitucionales en varias entidades para consagrar el derecho a la vida desde la concepción. En dos de las tres entidades analizadas (Oaxaca y Chiapas) ocurrió esto, mientras en Guerrero no está considerado y por tanto no hay mención específica a ello.

En Oaxaca el artículo 12 de la Constitución Estatal (actualizado el 09 de noviembre de 2009), establece que:

*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.*

Del mismo modo, en Chiapas fue reformada la Constitución Estatal en 2010 a fin de reconocer la vida desde el nacimiento. El artículo 4 (actualizado el 20 de enero de 2010), establece que:

*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.*

Literalmente las constituciones de cada una de estas entidades señalan lo siguiente respecto a las circunstancias en las cuales no es punible el aborto.

#### **Chiapas**

Artículo 181.

---

<sup>59</sup> GIRE, *Óp. Cit*, p.62.



*No es punible el aborto cuando el embarazo sea consecuencia de violación, si este 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 este 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.*

### **Guerrero**

#### Artículo 159.

*Excluyentes de responsabilidad específicas 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.*

### **Oaxaca**

#### Artículo 316.

*No es punible el aborto en los siguientes casos: i. cuando el aborto sea causado solo por imprudencia de la mujer embarazada; ii. cuando el embarazo sea el resultado de una violación y decida la victima por sí o por medio de sus representantes legítimos la expulsión del correspondiente producto, con intervención médica y dentro de los tres meses, contados a partir de esa violación; iii. Cuando de no provocarse el aborto, la mujer embarazada corra peligro de muerte, a juicio del médico que la asista, oyendo este el dictamen de otro médico, siempre que esto fuere posible y no sea peligrosa la demora; iv. Cuando el aborto se deba a causas eugenésicas graves según el previo dictamen de dos peritos.*

Ahora bien, aunque la causal por violación está contemplada en todas las legislaciones locales, lo cierto es que los requisitos para acceder a la ILE son diferentes en cada entidad y los procedimientos marcados para ello, se constituyen en una barrera real de acceso a este derecho. Estas restricciones no contemplan los contextos en los cuales ocurren la mayoría de estas violaciones, especialmente en el caso de las menores de edad quienes están más expuestas a situaciones de violencia reiterada al interior de sus familias y entornos cercanos. De este modo, muchas de las violaciones enfrentadas por las mujeres y especialmente por las menores, no son denunciadas ante el Ministerio Público.



Cuando se les exige a las mujeres que presenten la denuncia antes de solicitar la interrupción del embarazo y en algunos casos incluso antes de enterarse del embarazo, se les coloca en una situación de profunda dificultad para acceder a este derecho, especialmente por las restricciones de las 12 semanas. Del mismo modo, cuando se les colocan una serie de trabas administrativas para mostrar que se trata de un caso de violación o cuando se retrasan los procedimientos en los servicios de salud para ejecutar los procedimientos requeridos dentro de los plazos marcados por la ley, se atenta contra la posibilidad real de ejercer este derecho y de hacerlo en condiciones de seguridad en los servicios de salud pues en muchos casos la realización de dichos trámites termina por exceder el plazo de las 12 semanas y significan negación del servicio.

*El plazo de 12 semanas no toma en consideración la edad de la víctima, los riesgos para su vida y salud que un embarazo implica, su estado físico y psicológico, ni las circunstancias bajo las que finalmente denunció a su agresor. Además, en casos que involucran niñas y adolescentes las autoridades tienen la obligación de aplicar el principio de interés superior de la infancia para garantizar el acceso a servicios de salud a los que tiene derecho (GIRE, pp.69-70).*

Por otra parte, dado que la interrupción debe ser autorizada por un juez de control, esto constituye una barrera adicional y un tiempo extra para las mujeres quienes además deben acreditar el embarazo mediante una institución de salud. Las prácticas sexistas también intervienen en la violencia de género e intrafamiliar que afecta diversos planos de la vida personal y social de las mujeres; y ante el maltrato y la falta de comunicación con el personal de salud, pueden incluso aumentar los efectos negativos en los tratamientos; mientras que, por otro lado, la falta de apoyo para acudir a los servicios de salud afecta las relaciones interpersonales, en la familia y con los servicios de salud. Así, las mujeres indígenas presentan condiciones diferenciadas en salud, tanto por no utilizar los servicios médicos por barreras de acceso diversas como por estar inmersas en contextos socioculturales que afectan su bienestar. Igualmente ocurre algo parecido en el caso de las menores de edad.

Ahora bien, existe una serie de normatividades y recomendaciones que señalan la importancia de garantizar a las mujeres el acceso a la interrupción del embarazo, así como facilitar el acceso al mismo reduciendo los trámites y procedimientos administrativos para ello. El Comité de Derechos del Niño recomendó en mayo de 2015 a México:

*Revisar y armonizar la legislación federal y estatal con miras a despenalizar el aborto y asegurar el acceso al aborto legal al menos en los casos de violación, incesto y peligro para la vida y salud de las niñas, y que ese acceso al aborto legal no requiera de autorización especial por parte de un juez o un ministerio público. El Estado parte deberá asegurar el acceso a servicios de cuidado post aborto, independientemente de que el aborto haya sido legal. Asimismo deberá garantizar el interés superior de las adolescentes embarazadas y asegurar*



*que sus puntos de vista sean siempre escuchados y respetados por el personal de salud en la decisión sobre el aborto.<sup>60</sup>*

Por otra parte, el gobierno mexicano aceptó en marzo de 2014, la recomendación del Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas con motivo de la segunda evaluación del mecanismo de Examen Periódico Universal<sup>61</sup> EPU, la cual señala la necesidad de: “Fortalecer los servicios de salud sexual y reproductiva para garantizar que las mujeres que reúnen los requisitos para practicarse un aborto legal puedan acceder a servicios seguros, oportunos, de calidad y gratuitos en todos los estados del país”.

Adicionalmente, la Ley General de Víctimas establece en su artículo 29 que “Las instituciones hospitalarias públicas del Gobierno Federal, de los estados, del Distrito Federal y de los municipios tienen la obligación de dar atención de emergencia de manera inmediata a las víctimas que lo requieran, con independencia de su capacidad socioeconómica o nacionalidad y sin exigir condición previa para su admisión”. Igualmente establece en su artículo 30 que los servicios de emergencia médica, odontológica, quirúrgica y hospitalaria incluyen los servicios de interrupción voluntaria del embarazo en los casos permitidos por la ley y con respeto a la voluntad de la mujer. Tal derecho está establecido también el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.

*El 9 de enero de 2013 se publicó la Ley General de Víctimas, en virtud de la cual se establecen las obligaciones de las autoridades en materia de cumplimiento de los derechos de las víctimas del delito y de violaciones de derechos humanos. Entre dichas obligaciones se establece la de las autoridades de salud de proporcionar los servicios de ILE como una medida de atención médica de urgencia para las víctimas de violación sexual, sin que medie requisito alguno.*

*Dado lo anterior es necesario que, de conformidad con el principio pro persona, las autoridades sanitarias interpreten la nom-046-SSA2-2005 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención (NOM 046) de conformidad con la Ley General de Víctimas y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; es decir, que presten los servicios de ILE como atención médica de emergencia, sin la necesidad del cumplimiento de un plazo ni de la autorización como requisito previo. Al eliminar las barreras de acceso a los servicios de salud se ofrece una mayor*

<sup>60</sup> Naciones Unidas, Comité de los Derechos del Niño, Concluding observations on the combined fourth and fifth periodic reports of Mexico [CRC/C/MEX/CO/4-5], 69º periodo de sesiones (2015), párrafo 50 (c). Disponible en <<http://bit.ly/1L1JnNn>> [consulta: 10 de julio de 2015] (Traducción elaborada por GIRE).

<sup>61</sup> GIRE presentó un informe alternativo al Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas con información sobre la situación de los derechos reproductivos en México, entre los cuales se señaló la necesidad de que el Estado garantice el acceso a causales legales de aborto. Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos, Resumen preparado por la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos con arreglo al párrafo 15 b) del anexo de la resolución 5/1 del Consejo de Derechos Humanos y al párrafo 5 del anexo de la resolución 16/21 del Consejo [A/HRC/WG.6/17/MEX/3], 17º periodo de sesiones (2013), párrafos 77 y 78. Disponible en <<http://bit.ly/1TOz6Gk>> [consulta: 21 de julio de 2015].



*protección a los derechos humanos de las mujeres víctimas de violación sexual, en atención a lo establecido por la Constitución. Asimismo, la LGV goza de un ámbito de aplicación mayor que una norma técnica de salud, en virtud de lo dispuesto en el artículo 133 de la Constitución federal. Se entiende que las instituciones de salud están obligadas a brindar los servicios de interrupción del embarazo en los casos de violación sin poder solicitar a las mujeres algún requisito previo, tal y como una autorización o una denuncia (GIRE, p.76).*

## **6.2 Sentencias de la Suprema Corte de Justicia de la Nación en materia de interrupción legal del embarazo y aborto**

En este contexto, resultan de suma importancia las recientes sentencias de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN), en relación a la posibilidad de garantizar derechos en materia de igualdad, no discriminación, salud, dignidad y vida de las mujeres.

Particularmente interesa destacar la sentencia en el caso “Fernanda”, asesorado por GIRE y frente al cual la SCJN analizó y aprobó un amparo de revisión, en 2018. Se trata de un caso contra el Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso y los Servicios de Salud de Oaxaca por negar la ILE por violación debido a huelga de personal. La mujer interrumpe su embarazo en la Ciudad de México y la juez determina que no procede su caso porque ya no existe la condición de embarazo. Se lleva el caso a revisión, se va a la instancia regional en el Primer Tribunal Colegiado del Centro Auxiliar de la cuarta región radicado en Xalapa y ésta decide mandar el amparo a la SCJN por considerar que se trata de un caso de interés general en materia de derechos a las mujeres.

La quejosa reclama:

- ✓ De la Directora del Hospital General:  
*Los actos crueles e inhumanos, equiparables a tortura, por la negación del servicio de salud relacionada con la interrupción del embarazo producto de una violación sexual.*
- ✓ De la Secretaria de Salud del Estado de Oaxaca y del Gobernador del Estado de Oaxaca:  
*La deficiente conducción de la política pública en materia de Salud que no asegura la prestación de servicios médicos de emergencia aún en la hipótesis de huelga de trabajadores de la Secretaría de Salud.*

La demandante señala que la negativa del servicio de salud a la interrupción legal del embarazo, producto de una violación sexual, implica el sometimiento a tratos crueles e inhumanos equiparables a tortura, y manifiesta haber acudido al Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso, por tratarse de la institución que cuenta con la capacidad para intervenir en el caso. La corte lo acepta y atrae. La decisión de la Juez de sobreseer el caso dado que no había ya materia de reparación pues la quejosa manifestó haber interrumpido su embarazo previamente en la Ciudad de México, presenta elementos similares a los argumentos esgrimidos por el sistema judicial local de Puebla e Hidalgo en dos casos previos de solicitud de ILE por violación.



Este caso de Oaxaca atraído por la corte en 2018, resulta fundamental porque representa un parteaguas en tanto se señala en las argumentaciones que el hecho de haber interrumpido su embarazo en la Ciudad de México no puede ser motivo de sobreseimiento pues la materia del juicio no es el embarazo sino las violaciones a derechos fundamentales. Esto tiene una gran relevancia, especialmente considerando las sentencias previas en dos casos de Puebla e Hidalgo donde se establece un sobreseimiento pues las dos mujeres, una de ellas menor de edad (caso Hidalgo) decidieron interrumpir sus respectivos embarazos productos de violaciones, en la Ciudad de México, antes de cumplir el plazo máximo de 12 semanas establecido en la legislación de dicha entidad. Al no existir embarazo, se consideró en el caso de Puebla que no había ya materia de juicio y en el caso de Hidalgo, luego de más de un año de proceso, la menor y su familia decidieron desistir de la demanda por todo el desgaste emocional que estaba significando.

En ese sentido, el amparo en el caso de Oaxaca contra el Hospital Valdivieso se convierte en un precedente de gran importancia para futuros casos donde se niegue la realización de la ILE en casos de violación, y establece un marco de responsabilidades institucionales que no incluye sólo a la unidad o al/los prestadores de salud que nieguen el servicio, sino también a los servicios de salud en su conjunto. De este modo, elementos como las situaciones de huelga enfrentadas, o la objeción de conciencia de algunos prestadores de salud adscritos a los servicios, no son elementos que justifiquen la negación de este servicio y este derecho.

Dos casos más resultan relevantes para los fines de este análisis: el caso de Marimar en Morelos, resuelto en 2017, el cual se trata de una menor embarazada producto de una violación, a quien le negaron el servicio de ILE en el Hospital General de Cuernavaca, Dr. José Parrés, sin considerar que se trataba de un caso de violación, pero además el producto presentaba malformaciones congénitas lo cual es otra de las causales aceptadas para realizar la interrupción del embarazo. Luego de dos años de proceso, el 4 de abril de 2018 la SCJN falla a su favor, señalando que sí, hubo violaciones a sus derechos reproductivos y ordena la reparación del daño independientemente del tiempo que haya transcurrido desde que fue interpuesta la demanda.

Finalmente cabe resaltar como otro antecedente valioso, el caso de Adriana, una mujer indígena *Meph'a* de Guerrero, sentenciada a 27 años de prisión por aborto, quien fue denunciada por su familia cuando ella presentó un aborto espontáneo, del cual se atendió sola en una vereda cerca de su comunidad. Luego de casi ocho años en prisión, fue liberada en 2014 después de una sentencia de la SCJN, mediante un proceso jurídico llevado a cabo por la organización "Las Libres". Tal sentencia resulta relevante por lo que implica en relación a la liberación inmediata de Adriana, sino también porque se trata de un caso ocurrido en una de las entidades analizadas, colocando sobre la mesa los procesos de criminalización de los cuales son objeto las mujeres en muchas entidades del país.

En estos tres casos es posible observar los impactos de legislaciones restrictivas en materia de derecho a la interrupción del embarazo, así como el modo punitivo en que son tratadas las mujeres en casos de aborto, presumiéndose de antemano su culpabilidad y estableciendo penas que resultan desproporcionadas frente a la manera en que se juzgan delitos de enorme impacto en la



vida social, o permanecen en la impunidad, casos de violaciones graves a derechos humanos por parte del Estado, así como a la vida y la integridad por parte de particulares.

Avanzar en la implementación local de los procedimientos requeridos para garantizar el cumplimiento de las causales de no punición, fortalecer el cumplimiento de la NOM 046 en todas las entidades federativas incluyendo las diversas dependencias encargadas de su aplicación, así como difundir y potenciar el significado de estas sentencias de la SCJN, resulta un área de oportunidad para avanzar en el cumplimiento de los DSyR de las mujeres.

## **7. El cumplimiento de la NOM-046 en los servicios de salud ofrecidos por las Secretarías Estatales de Salud, IMSS-Régimen Ordinario y programa IMSS-Prospera, en los estados de Chiapas, Guerrero y Oaxaca**

Este apartado analiza la información que fue remitida por las dependencias de salud a la CNDH, en relación con el cumplimiento de la NOM 046. Se enviaron cerca de 20 instrumentos y se recibieron diez respuestas de las siguientes dependencias en las tres entidades federativas:

### ***Chiapas***

1. IMSS, Hospital General de Zona No 2, Tuxtla Gtz.
2. Programa IMSS-Prospera, Coordinación estatal
3. Programa IMSS-Prospera, varios hospitales rurales

### ***Guerrero***

4. SSA. Hospital General Raymundo Abarca, Chilpancingo
5. IMSS, Delegación estatal
6. Programa IMSS-Prospera, Coordinación estatal

### ***Oaxaca***

7. SSO, Delegación estatal
8. Hospital General Aurelio Valdivieso, Oaxaca de Juárez
9. IMSS, Delegación estatal
10. Programa IMSS-Prospera Coordinación estatal.

Como la respuesta dista de haber sido completa, el análisis que aquí se realiza es necesariamente parcializado, sobre todo en el caso de los Servicios estatales de salud pertenecientes a la Secretaría de salud de cada estado. Llama de hecho la atención el haber obtenido la respuesta en los tres estados del programa IMSS-Prospera y de las Delegaciones estatales del IMSS en Guerrero y Oaxaca, mientras que sólo en una de las tres entidades (Oaxaca) contestó la Secretaría de Salud, siendo esta dependencia la cabeza de sector. Esta laguna en la información es una limitante del diagnóstico.



También es de remarcarse que, con la excepción de Chiapas para los hospitales rurales del IMSS-Prospera, la respuesta de unidades hospitalarias fue mucho más limitada de lo que se esperaba, perdiendo así una oportunidad importante de entender los mecanismos operativos de implementación o no implementación de la NOM-046 en estos entornos operativos donde más se proporcionan atenciones médicas que incluyen aquéllas que establece la norma.

El análisis que sigue se organiza, primero, por los seis grandes apartados del instrumento, y después por las respuestas específicas de cada institución en los tres estados que sí contestaron al cuestionario.

### **7.1 Análisis de resultados derivados del instrumento sobre cumplimiento de la NOM 046, remitido a las instituciones de salud**

El instrumento fue diseñado para recabar información en seis grandes temas, rubros o apartados:

1. Política institucional y procedimientos
2. Unidades y personal
3. Población atendida
4. Tratamiento de violencia sexual
5. Prestación de servicios de ILE en casos de violencia sexual
6. Presupuesto

En general, se identifica un fuerte vacío de información en la mayoría de los instrumentos en relación con la información sobre ILE, particularmente los apartados 4 y 5; así como el apartado 6 referente a presupuestos. La mayoría de los instrumentos presenta información sobre la parte institucional, política, programa desarrollado o manual de procedimiento que regula su labor; sin embargo, la calidad de la información es disímil. Algunos poseen información sobre el personal asignado a la dependencia, registro de información y en varios de ellos, casos atendidos durante el año 2017. Sin embargo, es escasa la información sobre intérpretes de lenguas indígenas y captura de información desagregada para población indígena (excepto en el caso del IMSS-Prospera de Chiapas). Pero para efectos de este análisis resulta particularmente relevante la ausencia o el marcado subregistro de información relacionada con casos atendidos por violencia sexual, casos a los cuales se les brindó anticoncepción de emergencia según lo establecido en la NOM 046 y especialmente casos de oferta y solicitud de ILE, así como ILEs efectivamente realizadas en los casos donde ello se ameritaba.

Se evidencia la capacitación y sensibilización del personal como un área de oportunidad futura pues varias de las dependencias señalaron que no contaban con personal capacitado para ello o dejaron el cuestionario sin contestar en este punto. Por otra parte, es interesante observar en algunos casos, el fuerte peso de las alianzas, relaciones o convenios de colaboración con otras dependencias gubernamentales, pero no con organizaciones de la sociedad civil. Las principales instituciones reportadas fueron otros hospitales de referencia pertenecientes a la misma institución Procuradurías, Ministerios Públicos, Instancias de la Mujer, u otras; las mesas estatales de atención



a la violencia, y en algún caso se mencionó el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, en relación a compartir y sensibilizar sobre el Modelo de Atención a la Violencia Familiar y Sexual en los servicios de salud, diseñados por dicha instancia.

### *7.1.1 Política institucional, procedimientos, unidades y personal (apartados uno y dos del instrumento)*

La información recabada en los rubros uno y dos del cuestionario se reporta por tipología de instituciones, ya que el programa IMSS-Prospera y las delegaciones estatales del IMSS-Régimen Ordinario contestaron exactamente lo mismo en los tres estados.

#### *IMSS-Régimen Ordinario y programa IMSS-Prospera de Chiapas, Guerrero y Oaxaca*

Se refiere que no cuentan con un plan de trabajo para la aplicación de la NOM-046 en esta dependencia, pero que actualmente se encuentran trabajando en el *Procedimiento para la detección, atención médica y orientación en casos de violencia familiar, sexual y contra las mujeres* en cumplimiento a la NOM 046-SSA2-2005. Esta nueva normativa se reporta en proceso de revisión en el IMSS-Régimen Ordinario, para adecuar el funcionamiento de las unidades de salud de esta institución, incluyendo al IMSS-Prospera, a la normatividad dictada por la Secretaría de Salud a nivel federal y la NOM-046 en particular.

En el caso del IMSS-Régimen Ordinario se reporta la normatividad interna de dicha institución para brindar la atención médica a las usuarias víctimas de violencia de género, incluyendo la violencia sexual. Específicamente en el caso del IMSS-Prospera, se sigue la circular 483/2015 *Criterios para la prevención, detección, atención y derivación de los casos de violencia familiar y de género en los establecimientos médicos de IMSS-Prospera*, y en el caso de Oaxaca se menciona una circular no. 14, sin mayores detalles; pero una vez adoptados los procedimientos ante mencionados se entiende que esos guiarán el actuar del personal de salud del programa IMSS-Prospera. En el programa IMSS-Prospera de Oaxaca se hizo referencia al Manual nuevo CARA para adolescentes, para trabajar la prevención, detección y atención de la violencia en esta población específica, mientras que en Guerrero se reportó toda la legislación y normatividad existente en el país para la detección y el tratamiento de la violencia de género.

En el IMSS-Prospera se reportaron indicadores y metas específicas en detección y atención de violencias familiar y de género para el año 2017, mencionando los porcentajes alcanzados de cumplimiento de las metas propuestas. Estos números, sin embargo, no queda muy claro a qué universo de trabajo hacen referencia, aun si al parecer se refieren a tamizajes rutinarios realizados para la detección de casos en pacientes ambulatorios u hospitalarios en situación de violencia familiar o sexual. En las Delegaciones estatales del IMSS-RO, no se reportaron indicadores, ni metas.

Actualmente, en el IMSS-Régimen Ordinario la atención médica a pacientes víctimas de violencia familiar, sexual y contra las mujeres se realiza de acuerdo con el Procedimiento para otorgar atención médica en las unidades de medicina familiar clave 2640-003-002 (2012); Procedimiento para la atención médica del paciente en el servicio de urgencias en las Unidades Médicas



Hospitalarias de segundo nivel de atención clave 2660-003-045 (2013); el Procedimiento para otorgar atención psicológica en las unidades médicas hospitalarias del IMSS clave 2660-003-048 (2013); el Procedimiento para otorgar Atención Médica en la Consulta Externa de Especialidades en Unidades Médicas de Segundo Nivel de atención, clave 2660-003-052 (2017); el Procedimiento para la planeación, recepción, otorgamiento de citas y atención médica en consulta externa de especialidades en las unidades médicas hospitalarias de tercer nivel de atención, clave 2430-003-016 (2012). En otras palabras, el IMSS actualmente otorga atención de acuerdo a sus procedimientos estándares de atención, sin ninguna especificidad en cuanto a la atención especializada que niñas, adolescentes y mujeres víctimas de violencia de género y violencia sexual puedan requerir. Tampoco cuentan con procedimientos estandarizados para informar a las usuarias su derecho a denunciar o a la existencia de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas. Lo que sí, tienen contemplado es que, en caso de violencia sexual, el médico tratante proporcione información a las usuarias sobre ITS y VIH-sida y, previo consentimiento informado, se otorgue la profilaxis respectiva.

Para el caso de detección oportuna de casos de violencia familiar o sexual y la valoración de riesgo, se reporta más bien en los tres estados cómo serán los mecanismos de detección, atención y referencia, una vez que se aprueben y se implementen los nuevos procedimientos. Se reporta que se contempla personal de salud en los servicios de urgencias y atención médica continua de las unidades médicas de primero y segundo nivel, así como personal administrativo (trabajo social, asistente médica y TAOD), los cuales deberán identificar indicadores de violencia en las mujeres y con base en ellos aplicar una cédula de detección de atención a la violencia (CDAV). Asimismo, se contará con una escala para medir el grado de violencia (EMGV), que se aplicará a las pacientes que presenten estos indicadores y consideran la evaluación de estado mental y de riesgo de auto lesión o suicida.

Finalmente es importante mencionar que el programa IMSS-Prospera es la única institución que reporta tener un sistema de registro para casos de violencia detectada y atendida, desagregado no sólo por sexo, sino por grupos de edad, etnicidad, tipo de violencia y tipo de agresor. También es la única institución que reporta contar con traductores en lenguas indígenas en algunas de las regiones con números consistentes de hablantes; sobre todo en el caso de Chiapas, donde los hospitales rurales de este programa también cuentan con traductores.

Ni el IMSS-RO, ni el programa IMSS-Prospera reporta algún tipo de financiamiento para la aplicación de la NOM-046. Se reporta que en relación con el Apéndice 2 de la norma y una vez aprobados e implementados los Procedimientos arriba mencionados, será el epidemiólogo el encargado de la compilación del registro de usuarios/as y su envío a la SSA.

En vinculación, las tres Delegaciones reportan haber realizado acciones de coordinación con el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la SSA, a través de una reunión de orientación, con la finalidad de compartir el modelo de atención aplicado en la SSA a partir de la NOM-046. Llama la atención que las Delegaciones estatales del IMSS-RO, no cuenten con convenios o mecanismos de referencia con otras instituciones gubernamentales especializadas, aun si en el caso de Oaxaca se reportó tener un directorio de organismos gubernamentales para la atención especializada y la referencia de víctimas.



El programa del IMSS-Prospera sí se vincula con el sector gubernamental cuando a nivel estatal ha logrado crear esos mecanismos. Por ejemplo, en Guerrero tienen mecanismos de referencia con los Servicios Estatales de Salud y la Secretaría de la Mujer (SEMujer), para referir al Servicio Especializado para la Atención a la Violencia Intrafamiliar (SEPAVI) para atención multidisciplinaria (Psicólogo, Médico y Trabajo Social) y para derivar a víctimas a refugio temporal. Caso negativo con organizaciones de la sociedad civil. También el Hospital de Zona del IMSS-RO de Tuxtla Gutierrez sí tiene mecanismos claros de vinculación y referencia con varios organismos de apoyo en la región. Al parecer, entonces, es el mismo programa IMSS-Prospera en cada entidad federativa o las unidades hospitalarias del IMSS-RO que buscan sus propios mecanismos de articulación y referencia, según sus propias necesidades; en lugar de derivar pacientes de acuerdo a convenios establecidos por las Delegaciones estatales. Por otro lado, es llamativo que en ninguno de los tres estados el IMSS-RO o el programa IMSS-Prospera presenten vínculos con organizaciones de la sociedad civil que sean especializadas en la atención de estas problemáticas.

Para el caso de unidades de salud con que la institución contó en 2017 para la atención de la violencia familiar y sexual, las tres Delegaciones estatales contestaron de la misma forma, reportando todas sus unidades que, suponemos están presentes en el territorio nacional (ya que no se especifica en ningún caso la ubicación geográfica de las unidades enlistadas): Unidades de Medicina familiar, de primer nivel (n=35); Hospitales de Subzona, Zona y Regional, de segundo nivel (n=35); y 25 Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAЕ), de tercer nivel. Por su lado el programa IMSS-Prospera también indica todas sus unidades de primer y segundo nivel en cada estado para la detección y atención a niñas, adolescentes y mujeres víctimas de violencia de género y violencia sexual. En ambos casos y en las tres entidades, lo anterior indica que la atención en el rubro de violencia de género se da dentro de las unidades médicas de la institución y del programa y no por unidades especializadas para tal fin. Este dato se corrobora adicionalmente, por el hecho que el IMSS-RO no reporta datos de personal encargado de proporcionar atención especializada. Sin embargo, el IMSS-Prospera sí reporta personal especializado, incluyendo además del personal médico, a personal de psicología y a trabajadores/as sociales.

Las tres delegaciones contestaron de la misma manera en cuanto a la realización de actividades de promoción y prevención mediante acciones de difusión y sensibilización, como avisos por correo electrónico, sobre todo cada 25 de mes y en todas sus unidades. El IMSS-Prospera por su lado, reportó actividades de información y sensibilización acerca de la violencia a nivel comunitario con la población atendida, como actividades que se implementan de manera regular.

### *Secretaría de Salud*

En cuanto a esta institución, solo contestó el instrumento la Secretaría de Salud de Oaxaca, por lo que no se está en condición de hacer comparaciones entre las entidades federativas. Para evitar repeticiones, ver las respuestas de esta institución, así como del hospital de la misma institución, véase más adelante los incisos 7.2.3 y 7.2.4.



### 7.1.2. Población atendida, violencia sexual y prestación de servicios de Interrupción legal del embarazo (apartados 3-5 del instrumento)

Una primera conclusión que salta a la vista a partir de la información proporcionada por las instituciones, es el bajo número de casos detectados registrados, así como la diversidad de captura entre ellas.

En el caso de Oaxaca el total de casos de violencia reportado por las instituciones en toda la entidad fue 2209, incluyendo servicios de salud de todo el Estado, IMSS Prospera e IMSS ordinario, como se detalla en la tabla a continuación:

**Tabla 7. Casos de violencia registrados por las instituciones de Salud. Oaxaca, 2017**

ENTIDAD	INSTITUCION	VF	VS	TOTAL CASOS
OAXACA	IMSS Prospera	461	35	496
	IMSS ordinario	0	0	0
	SSO Valles centrales	598	63	661
	SSO Istmo	219	9	228
	SSO Tuxtepec	22	3	25
	SSO Costa	273	21	294
	SSO Mixteca	400	1	401
	SSO Sierra	92	9	101
	SSO Hosp Valdivieso	1	2	3
	TOTAL		2066	143

Fuente: Elaboración propia con base en las respuestas recibidas de las instituciones.

Resulta más llamativo aún que el Hospital Aurelio Valdivieso, el más importante del Estado y con la mayor capacidad resolutive, sólo reporta haber atendido tres casos de violencia en total. Uno de ellos violencia familiar y dos por violencia sexual.

En Guerrero por su parte, se registraron 1118 casos, la mayoría de los cuales corresponden al Hospital General Raymundo Abarca de Chilpancingo. Es llamativo en este caso que el IMSS ordinario no registre ningún caso de violencia y el IMSS prospera sólo ocho, todos en un hospital regional de Costa Grande. Igualmente, relevante no contar con información proporcionada por los servicios de salud, especialmente por el peso y cobertura que tiene la Secretaría de Salud de Guerrero en la prestación de servicios en toda la entidad, a diferencia de Oaxaca y Chiapas donde el IMSS Régimen Ordinario e IMSS Prospera tienen una cobertura importante de la población en dichos estados.

Por otra parte, el alto número reportado por el Hospital Raymundo Abarca, hace pensar que seguramente los otros hospitales de resolutiveidad y cobertura semejante, tendrán números también altos, pero no tenemos acceso a ellos pues no hubo respuesta de la SESAEG.

**Tabla 8. Casos de violencia registrados por las instituciones de salud. Guerrero, 2017**

ENTIDAD	INSTITUCION	VF	VS	TOTAL CASOS
GUERRERO	IMSS Prospera	8	0	8
	IMSS ordinario	0	0	0
	SESAEG Hosp Gral Raymundo Abarca	1007	103	1110
	TOTAL	1015	103	1118

Fuente: Elaboración propia con base en las respuestas recibidas de las instituciones.

En Chiapas por su parte se reportaron 117 casos en total, de los cuales 87 corresponden a violencia familiar y 30 a violencia sexual. Todos ellos fueron reportados por el IMSS Prospera quien además envía reportes de algunos Hospitales regionales, cuyos datos se incluyen en la tabla siguiente pero no se consideran para los totales pues ya están reportados en el formato del IMSS Prospera.

**Tabla 9. Casos de violencia registrados por las instituciones de Salud. Chiapas, 2017**

ENTIDAD	INSTITUCION	VF	VS	TOTAL CASOS
CHIAPAS	IMSS Prospera	87	30	117
	IMSS ordinario	0	0	0
	Hosp IMSS Tuxtla	NR	NR	NR
	Hosp IMSS Bochil	0	0	0
	Hosp IMSS Prospera 04 Guadalupe Tepeyac	1	0	1
	Hosp IMSS Prospera Mapastepec			12
	Hosp IMSS Prospera Ocozocuaula	2	0	2
	Hosp IMSS Prospera San Felipe Ecatepec	18	3	21
	Hosp IMSS Prospera Venustiano Carranza	18	3	21
	Hosp IMSS Prospera Ocosingo5	5	2	7
	TOTAL	87	30	117

Fuente: Elaboración propia con base en las respuestas recibidas de las instituciones.

En relación al número de casos detectados y a la prestación de servicios de anticoncepción de emergencia e ILE se desglosan a continuación cada uno de estos hospitales:

*IMSS Bochil*: no reporta ningún caso de violencia familiar ni violencia sexual atendido en 2017. No presenta información numérica respecto a la población atendida en ese mismo año y manifiesta haber realizado 665 tamizajes de rutina para detección de violencia de los cuales ninguno resultó positivo. Debido a lo anterior no reporta ninguna mujer referida a instancias de justicia ni en



tratamiento por lesiones. Manifiestan contar con medicamentos de anticoncepción de emergencia (Levonogestrel comprimido 0.75 mg, caja con dos tabletas) y utilizaron 21 unidades de las 25 con las cuales contaban. Todo el apartado 5 del instrumento, relativo a ILE, está en blanco y no se notificó ningún caso en los formatos SUIVE o de registro de la NOM 046.

El *Hospital Rural 04 de Guadalupe Tepeyac* está ubicado en la carretera Las Margaritas y reporta un caso de violencia familiar atendido en ese periodo, pero ninguno de violencia sexual. Se trata de un caso de una mujer, pero no se desagrega si es indígena o no. Se realizaron 97 tamizajes de rutina de los cuales uno resultó positivo y se reporta como atendido. La unidad cuenta con Levonogestrel para ser utilizado en anticoncepción de emergencia, pero no reportan haber utilizado ninguna de las dos dosis con las cuales contaban. No se reporta ningún dato en todo el apartado cinco, excepto un caso notificado en el Formato de registro de la NOM 046.

El *Hospital Rural Prospera de Mapastepec*, ubicado en el municipio del mismo nombre, atendió 12 casos de violencia en 2017 pero no desagrega si se trata de casos de violencia familiar o sexual. Todos son mujeres, pero no tenemos mayor información sobre edad o pertenencia étnica. En total, 924 tamizajes de rutina fueron realizados en dicha unidad, de los cuales 12 resultaron positivos, ninguno se reporta como atendido y ninguno fue derivado a las instancias de procuración de justicia. Contaron con medicamento para anticoncepción de emergencia (Levonogestrel comprimido), 24 unidades de las cuales utilizaron cinco. Todo el apartado de ILE está en blanco, excepto las instancias a las cuales se refieren a las mujeres (DIF y Procuraduría de la Defensa de la Mujer). No han reportado ningún caso ante el SUIVE ni en el registro de formato de la NOM 046. Lo que sí incluyen es acciones para promover la NOM 046 entre ellos, un curso de derechos humanos a personal y capacitación en perspectiva de género, violencia y NOM 046 a personal médico.

El *Hospital Rural 32 de Ocosingo*, atendió cinco casos de violencia familiar y dos de violencia sexual. Todos ellos corresponden a mujeres indígenas y uno se refiere a una adolescente entre 12 y 15 años de edad. No resulta clara la información sobre los tamizajes pues señalan haber realizado 6-7 de los cuales siete resultaron positivos, dos recibieron tratamiento por lesiones y ninguna fue enviada antes instancias de procuración de justicia. El Hospital reporta contar con tratamiento de anticoncepción de emergencia, particularmente 10 unidades de post day, de las cuales utilizaron dos en 2017. En el apartado cuatro hay una contradicción con el apartado 3 del instrumento pues reportan haber atendido siete casos de violencia sexual, de los cuales dos en menores de 15 años, en dos se proporcionó anticoncepción de emergencia en un periodo de 24 horas. De esos casos uno corresponde a una menor de 15 años y otro a una mujer indígena. En relación con la ILE, no se reporta ninguna solicitud ni procedimiento de atención. Todo el resto del apartado cinco (ILE) está en blanco. No reportaron casos al SUIVE ni al Formato de Registro de la NOM 046.

El *Hospital IMSS Prospera de Ocozacoautla*, reporta dos casos de violencia familiar, ambos en adolescentes menores de 15 años. Se realizaron 1157 tamizajes de rutina de los cuales se detectaron estos dos casos ambos atendidos y reportados antes instancias de procuración de justicia, según lo señalado en el formato. Señalan contar con espacios adecuados para la atención de casos de violencia, así como medicamentos para ofertar anticoncepción de emergencia. Reportan contar con 12 unidades de Levonogestrel, de los cuales utilizaron cinco en 2017. Parece haber una



contradicción en las respuestas pues en la población atendida se reportan dos mujeres por violencia familiar pero posteriormente se reportan las mismas dos como casos de violencia sexual. No reportan solicitudes ni realización de Interrupciones legales de embarazos. Todo el apartado cinco referido a ILE se reporta en ceros, incluyendo el apartado de personal capacitado, objetor, etc. los dos casos aparecen como reportados en el SUIVE 1-2000 y en el formato de registro de casos de atención de la NOM 046.

El *Hospital Regional del IMSS Prospera ubicado en Venustiano Carranza* reporta contar con 15 unidades de Levonorgestrel tab de 0.75 g (caja con dos tab), de los cuales utilizaron seis en 2017. De los dos casos detectados de violencia sexual, uno correspondió a menor de 15 años. Se proporcionó anticoncepción de emergencia en uno de los dos casos detectados, en el plazo de 48 horas. Se reportan cero casos entre mujeres indígenas. En relación con la ILE, no hay información sobre solicitudes y procedimientos realizados; sólo se reporta dos casos atendidos por aborto inducido. No registran ninguna solicitud de ILE y todo el apartado al respecto se responde en blanco, no hay datos de personal objetor ni de capacitaciones.

Las respuestas de esta unidad de salud respecto a las percepciones del personal de salud en relación con las resistencias o dificultades para realizar una, permiten ver la urgente necesidad de proporcionar mayor información al personal sobre el marco legal que regula y permite la interrupción legal del embarazo en los casos marcados por la ley. Las respuestas al inciso 5.14 del cuestionario donde se solicitaba enlistar las Causas/interpretaciones legales para considerar no procedente la ILE por orden de importancia, fueron:

- a. \_\_\_ No tenemos conocimiento si es Legal en nuestro Estado
- b. \_\_\_ Ningún ginecobstetra del hospital está de acuerdo o lo considera una opción (no está claro si están obligados)
- c. \_\_\_ No hay personal capacitado en orientación sobre este tema.
- d. \_\_\_ La mayoría del personal médico y de enfermería considera no ético realizar un aborto inducido a menos que exista justificante médico.

Todas ellas señalan un área de oportunidad futura para la divulgación, promoción y cumplimiento del marco legal que regula la NOM 046 y la ILE. Entre las instancias con las cuales se reportaron vinculaciones para acciones de canalizar casos fueron: \_DIF Municipal; DIF ESTATAL y Procuraduría de Defensa de la mujer.

Sí se reportan notificación de 1 caso en el SUIVE y 21 en el Formato de Registro de la NOM 046.

El *Hospital IMSS Prospera de San Felipe Ecatepec* reporta 18 casos de violencia (no se especifica si familiar o sexual, aunque se presume que familiar pues posteriormente se presentan los de violencia sexual). De esos, 10 corresponden a mujeres indígenas. En total se realizaron 1500 tamizajes de rutina, de los cuales cinco resultaron positivos y denunciados ante instancias de justicia; uno fue referido a un refugio y nueve usuarias recibieron tratamiento por lesiones. El hospital reporta tres casos de violencia sexual atendidos en 2017, en todos se oferto anticoncepción de emergencia (hormonales orales) de los cinco en existencia con los cuales contaba. El apartado cinco correspondiente a ILE está en blanco, excepto el porcentaje de personal capacitado (60%) y



objectores (30%). No es claro si el porcentaje de objectores es sobre el total del personal o en relación a los capacitados. En el total de los casos atendidos en el año (18) se dio aviso al Ministerio Público, pero no se registraron en el SUIVE ni en el Formato de Registro de la NOM 046.

*Registro de casos ante el SUIVE, solicitudes de interrupción legal del embarazo y realización de dicho procedimiento*

Sin duda llama la atención el bajo registro de casos ante el SUIVE-2000 y en el sistema de notificación de la NOM 046. Oaxaca no registró casos en ningún formato y reporta no haber recibido solicitudes de ILE y por lo tanto no se proporcionaron. Guerrero por su parte registro en el formato de la NOM 046, 1889 casos, de los cuales 1881 corresponden al Hospital Raymundo Abarca y 8 al IMSS Prospera. Al igual que Oaxaca, no reporta haber recibido solicitudes de ILE ni practicar ninguna en las instituciones que respondieron. Las únicas solicitudes de Interrupción legal de embarazo solicitadas y realizadas corresponden al IMSS Prospera de Chiapas y es esta institución la única que en Chiapas reporta haber capturado 17 casos en el SUIVE y 117 en el sistema de registro de la NOM 046, como se observa en los siguientes cuadros.

En resumen, a partir de la información proporcionada por las instituciones, se concluye que, en el año 2017 en dichas instituciones de Guerrero, Oaxaca y Chiapas, sólo fueron solicitadas y efectivamente realizadas, dos interrupciones legales del embarazo en los términos que la ley lo permite. Es un número realmente bajo si se consideran los datos de otras fuentes respecto a violencia sexual en dichas entidades.

**Tabla 10. Registro notificación de casos de violencia e Interrupciones Legales del Embarazo solicitadas y realizadas. Oaxaca, 2017**

ENTIDAD	INSTITUCION	SUIVE	NOM 046	ILE SOLICIT	ILE PROPORC
OAXACA	IMSS Prospera	NR	NR	0	0
	IMSS ordinario	NR	NR	NR	NR
	SSO Valles centrales	NR	NR	0	0
	SSO Istmo	NR	NR	0	0
	SSO Tuxtepec	NR	NR	0	0
	SSO Costa	NR	NR	0	0
	SSO Mixteca	NR	NR	0	0
	SSO Sierra	NR	NR	0	0
	SSO Hosp Valdivieso	NR	NR	0	0
	TOTAL	NR	NR	0	0

Fuente: Elaboración propia con base en las respuestas recibidas de las instituciones.

**Tabla 11. Registro notificación de casos de violencia e Interrupciones Legales del Embarazo solicitadas y realizadas. Guerrero, 2017**

ENTIDAD	INSTITUCION	SUIVE	NOM 046	ILE SOLICIT	ILE PROPORC
GUERRERO	IMSS Prospera	0	8	0	0
	IMSS ordinario	0	0	0	0
	SESAEG Hosp Gral Raymundo Abarca		1881	NR	NR
	TOTAL	0	1889	0	0

Fuente: Elaboración propia con base en las respuestas recibidas de las instituciones.

**Tabla 12. Registro notificación de casos de violencia e Interrupciones Legales del Embarazo solicitadas y realizadas. Chiapas, 2017**

ENTIDAD	INSTITUCION	SUIVE	NOM 046	ILE SOLICIT	ILE PROPORC
CHIAPAS	IMSS Prospera	14	117	2	2
	IMSS ordinario				
	Hosp IMSS Tuxtla	0	5	NR	NR
	Hosp IMSS Bochil	0	0	NR	NR
	Hosp IMSS Prospera 04 Guadalupe Tepeyac	0	0	NR	NR
	Hosp IMSS Prospera Mapastepec	0	0	NR	NR
	Hosp IMSS Prospera Ocozocuautla	2	2	NR	NR
	Hosp IMSS Prospera San Felipe Ecatepec	0	0	NR	NR
	Hosp IMSS Prospera Venustiano Carranza	1	21	NR	NR
	Hosp IMSS Prospera Ocosingo5	0	0	NR	NR
	TOTAL	14	117	2	2

Fuente: Elaboración propia con base en las respuestas recibidas de las instituciones.

### 7.1.3 Financiamiento (apartado 6 del instrumento)

Para obtener información acerca de presupuestos asignados y ejercidos por las distintas instituciones del sector salud en las tres entidades federativas, se siguieron los siguientes pasos metodológicos:



1. Se consultó sobre asignación de presupuesto a las acciones sustantivas de la NOM-046 incluido en el rubro seis del instrumento enviado a los estados y dependencias indicadas; sin embargo, ni Guerrero ni Chiapas respondieron sobre el tema. Solamente Oaxaca da información parcial. Aunque incompleta, es interesante observar que etiqueta recursos para acciones de la Norma 046 establecidas en el Programa de Prevención y Atención del Violencia Familiar y de Género (PPAVFG), mediante su registro y reportes de avance en la plataforma Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (SIAFFASPE)<sup>62</sup>. Se hizo uso de dicho mecanismo<sup>63</sup> presupuestarios (SIAFFASPE), porque permite identificar si en el PPAVFG, se etiquetaron recursos para acciones específicas de la NOM 046, y si así fuera, cómo se ejercieron y con cuáles metas, indicadores y fuente de financiamiento.
2. Se ingresaron solicitudes de información vía INAI en las instituciones siguientes y por cada una de las tres entidades federativas mencionadas para el Instituto Mexicano del Seguro Social; el programa IMSS-Prospera y las Secretarías de Salud

La información solicitada fue la siguiente:

- Presupuesto asignado y ejercido
- Contratación y disponibilidad de personal asignado o que cumpla funciones para la aplicación de la NOM 046-SSA2-2005.
- La explicación de cuál o cuáles son los procedimientos para contar con suficiencia presupuestaria, para que cumpla funciones para la aplicación de la NOM 046-SSA2-2005.

Se careció de respuesta<sup>64</sup> en ambos mecanismos de acceso a la información, las entidades argumentando que no se asignan recursos específicos para el cumplimiento de la NOM 046-SSA2-2005. Con la excepción de Oaxaca que en SIAFFASPE orientó recursos para algunas acciones.<sup>65</sup>

Es de llamar la atención sobre lo que las respuestas de Oaxaca pueden hacer suponer, al revisarlas usando la información de indicadores y metas del PPAVFG establecidas en el AFASPE de los tres estados (ver Anexo 2.). Por un lado, es factible que todas las entidades federativas programen recursos para los indicadores comprometidos, no obstante, no respondieron al cuestionario, y ninguna dio a conocer tal información como respuesta a las solicitudes de acceso.

---

<sup>62</sup> La plataforma Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (SIAFFASPE) es la herramienta para registrar la información de planeación y programación del Programa de Prevención y Atención del Violencia Familiar y de Género (PPAVFG).

<sup>63</sup> Tanto las solicitudes como las respuestas se hallan en resguardo por si fueran requeridas.

<sup>64</sup> Para el caso de la solicitud relativa a la Contratación y disponibilidad de personal asignado o que cumpla funciones para la aplicación de la NOM 046-SSA2-2005, el IMSS Guerrero y Oaxaca notificaron prórroga a través de la Plataforma Nacional de Transparencia (con fecha de entrega, posterior a la elaboración de este informe).

<sup>65</sup> Ver Anexo 3.



De igual manera, es de resaltar que los tres indicadores que Oaxaca reporta con recursos etiquetados en el instrumento, vinculándolos a la aplicación de la NOM 046, también se establecen en el AFASPE de Guerrero (obtenido vía INAI), pero no en el de Chiapas. En este último caso, es factible que esta ausencia se vincule al exiguo presupuesto que en Chiapas se asignó al PPAVFG en general. Un elemento interesante de la respuesta de Oaxaca al instrumento es que permite sugerir que, para próximas asignaciones sí existe el instrumento de política pública que permitiría fortalecer presupuestariamente la aplicación de la NOM 046 en esta entidad.

Se revisó exhaustivamente el PPAVFG, específicamente en el Convenio Específico en Materia de Ministración de Subsidios para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (AFASPE) en consideración de que es el instrumento por el cual se etiquetan recursos para acciones de promoción y prevención establecidas en programas de salud federales e implementados por las Secretarías de Salud locales. Los hallazgos fueron los siguientes:

Los tres estados reciben recursos financieros y en insumos<sup>66</sup> (Anexo 1), Guerrero fue la entidad que etiquetó significativamente más, en contraparte Chiapas etiquetó pocos recursos.

Al revisar el peso en la distribución entre los seis programas de la unidad responsable--el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR), el resultado nuevamente coincide en que a Guerrero se le da un peso mucho mayor en el total de recursos determinados en el CNEGySR: Guerrero recibió el 13.7%, Oaxaca el 2.42 % y Chiapas el 1.20%.

De igual manera en los Convenios AFASPE sí, se establecen los indicadores y metas (Anexo 2) lo cual es fundamental para la orientación presupuestaria. Se observa que Chiapas no incluye en el Convenio la NOM-046-SSA2-2005, mientras que Guerrero y Oaxaca incorporan el indicador *Número de personal médico operativo capacitado y sensibilizado en la aplicación de la NOM 046 respecto del personal médico operativo programado*. Por su parte Guerrero, incluye además el indicador *Número de visitas de supervisión realizadas para la adecuada operación de la NOM-046-SSA2-2005 en los servicios esenciales y especializados de salud respecto de las visitas de supervisión programadas*.

En los documentos APÉNDICE I<sup>67</sup> y APÉNDICE II del Convenio Específico, se plasma por su lado el presupuesto asignado del Seguro Popular. En el APÉNDICE II<sup>68</sup> se destinan recursos por conceptos de gasto para los programas. Es así como Chiapas registra recursos para la difusión de un tríptico con el tema de *¿Qué debo hacer ante una violación sexual?*, especificando que es por el Programa de Violencia. Guerrero asigna recursos para la contratación de personal con perfiles pertinentes (trabajador social y psicólogo) que podrían cumplir funciones de la NOM 046; además, resalta la contratación de personal de promotores para apoyo de traductores, personal de campo que puede fortalecer acciones comunitarias e interculturales para la gestión de la NOM 046. Finalmente, llama

---

<sup>66</sup> Para profilaxis pos violencia sexual, establecidos en la NOM-046-SSA2-2005 *Violencia familiar, sexual y contra las mujeres*.

<sup>67</sup> El APÉNDICE I es el instrumento para validar el mecanismo de la compra consolidada de insumos, los cuales al año 2017 se concentraba en vacunas, anticonceptivos entre otros. Disponible en <http://www.spps.gob.mx/spps/convenios-afaspe.php>

<sup>68</sup> Disponible en <http://www.spps.gob.mx/spps/convenios-afaspe.php>



la atención que no se incluye dicho apéndice para el estado de Oaxaca, por lo que es una oportunidad perdida para etiquetar presupuesto a la aplicación de la norma en esta entidad.

Para una adecuada implementación de la NOM 046 es fundamental la asignación de recursos que solventen cada uno de sus componentes. Como se evidenció, operan una serie de mecanismos de gestión programática que permitirían tal fin. Sin embargo, la etiquetación de recursos para la NOM-046 resultó ser prácticamente nula, a excepción de los insumos transferidos directamente desde la Federación a las Secretarías de Salud estatales, y de algunas acciones observadas en los estados.

El modelo presupuestario en su diseño no contempla las normas de atención, sino que va por dos vías, una es la red de atención (a través del abasto de insumos y recursos materiales y personal de salud) y otra es los programas de política pública. Si se concluye que este esquema continuará, con mayor o menor énfasis, el desafío es fortalecer la Norma 046 bajo ese encuadre.

Los resultados de este informe permiten identificar múltiples campos de acción. Una situación total es el poco uso de instrumentos de etiquetación de recursos que articulan la Norma 046 con la política pública más inmediata; a modo de ejemplo el Programa de Prevención y Atención a la Violencia Familiar y de Género (PPAVFG) en AFASPE, aun cuando estos permiten generar, ampliar o fortalecer acciones relativas a la norma.

A excepción que estuviera contemplada en el indicador del PPAVFG en AFASPE *Porcentaje de casos de violación sexual atendidos de manera adecuada y oportuna con respecto a las que acudieron a los servicios de salud después del suceso*, la ILE es la intervención que careció de cualquier componente de planeación, ya sea asignación de recursos, o como componente de metas e indicadores. Esta situación es de suma gravedad siendo una Norma que tiene como nodo, el derecho de las mujeres a suspender un embarazo causado por un acto de violencia extrema.

No se informó de asignación presupuestaria alguna, cuando, para aplicar la ILE, deben asegurarse insumos para que se vuelva una posibilidad real para las mujeres víctimas de violencia sexual, y un servicio en funciones por los establecimientos de salud. Por otro lado, tampoco se reportaron otras vías o modalidades que den cuenta de una suficiencia presupuestaria de la norma en cuestión, que pueden ser los bienes en salud para la operación de las redes de atención (caso de compras consolidadas de medicamentos y material de curación, regularización y ampliación de personal).

De igual manera, el proceso de planeación 2019-2024 en curso, es una oportunidad para robustecerla desde la política pública, incorporando elementos de la norma en un lenguaje programáticos y relacionarlos a metas e indicadores. La asignación de presupuesto es de las maneras más concretas para garantizar los derechos humanos en general y para el caso de las mujeres, son parte de las recomendaciones específicas del Comité CEDAW<sup>69</sup> y de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, de igual manera de la Recomendación General 14. del Comité del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en consecuencia y conforme al mandato del Artículo 1 Constitucional, es insoslayable

---

<sup>69</sup> Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW).



que la integración del presupuesto federal, contemple una aplicación cabal de la NOM 046, como este informe da cuenta, hay instrumentos técnicos de los cuales echar mano.

## 7.2. Resultados por cada cuestionario respondido

A continuación, se reportan las principales respuestas obtenidas por cada dependencia que contestó el cuestionario, presentando primero las respuestas de Chiapas, después las de Oaxaca y al final las contestaciones de Guerrero.

### *IMSS-Prospera, Coordinación estatal Chiapas*

Llama la atención y se destaca, la información proporcionada por la Coordinación del IMSS-Prospera en Chiapas, en relación a usuarias indígenas atendidas y la desagregación de las metas anuales, casos atendidos, personal disponible por región, entre otros.

De las dependencias que han contestado el instrumento, es la única que reporta contar con traductores-intérpretes indígenas. La desagregación por regiones se incluye en el siguiente cuadro:

**Tabla 14. Personal intérprete de lenguas indígenas, Programa IMSS-Prospera, Chiapas, 2017**

Institución	Unidad	Región	Nivel de atención	Lengua	Número de traductora/es
IMSS Prospera	Delegación estatal	Altos	1o y 2do	Tzolzil-Tzeltal	85
		Norte	1o y 2do	Tzolzil-Tzeltal	75
		Selva	1o y 2do	Chol, Tzeltal y Tojolabal	86
		Fronteriza	1o y 2do	Tojolabal, Tzeltal, Canjobal	65
		Centro	1o y 2do	Zoque-Tzotzil	27
		Sierra	1o y 2do	Mame	10
		Total traductores-intérpretes en la entidad			

Fuente: Elaboración propia con base en las respuestas recibidas de las instituciones.

Igualmente, relevante resulta la información sobre ILEs realizadas en 2017 (n=2), y las razones para este número donde básicamente se indica desconocimiento por parte del personal respecto a la normatividad al respecto.

De los 117 casos de violencia familiar y sexual registrados por el IMSS-Prospera en Chiapas, 69 mujeres, es decir 58.9%, corresponden a mujeres indígenas. De 30 casos de violencia sexual detectados, 21 correspondieron a mujeres indígenas y a 17 de ellas se les proporcionó anticoncepción de emergencia en las primeras 25 horas según se reporta en el instrumento. Del total de casos de violencia sexual en el estado, detectados por el IMSS-Prospera (n=30), cinco correspondieron a menores de edad.



Es importante destacar que del total de personal perteneciente al IMSS-Prospera y reportado como disponible para atender violencia familiar y sexual, los cuales suman 1,901 (aunque suponemos que ello incluye todo el personal, no sólo el especializado en atención de la violencia familiar y sexual) sólo 1% está capacitado en ILE. Igualmente, de 517 unidades en la entidad, sólo 14 reportaron casos de violencia familiar y sexual en el formato de vigilancia epidemiológica SUIVE-1200, lo cual nos habla de un subregistro importante de información y permite suponer que el número de casos de violencia de este tipo contra las mujeres, es mucho mayor.

**Tabla 15. Personal adscrito al IMSS-Prospera, Chiapas reportado como disponible para atención de violencia familiar y sexual, 2017**

Institución	Unidad	Número	Perfil	Observaciones
IMSS Prospera	Delegación estatal	10	psicólogos	En los 10 hospitales
		20	trabajadores sociales	En los 10 hospitales
		80	médicos familiares	En los 10 hospitales
		80	enfermeras	En los 10 hospitales
		150	promotores de acción comunitario	En la Delegación
		561	médicos de UMR	En las 7 regiones
		1000	enfermeros de UMR	En las 7 regiones

Fuente: Elaboración propia con base en las respuestas recibidas de las instituciones.

*IMSS, Hospital General de Zona No. 2, Tuxtla Gtz.*

El hospital General de Zona No 2 del IMSS-Chiapas, está ubicado en la ciudad de Tuxtla y atiende población de toda la entidad por ser un hospital resolutivo de la red de servicios del IMSS. La persona responsable de responder el instrumento fue el director del hospital.

En relación con el primer bloque de información referente a política institucional, mecanismos y lineamientos, comenzamos señalando que este hospital no cuenta con un plan de trabajo específico en relación a la aplicación de la NOM 046. Se reporta que a partir de septiembre de 2018 se instaló el Comité de Bioética y que ya se tiene elaborado el plan de trabajo para 2019, lo cual haría pensar que de 2017 (fecha seleccionada para este informe) a finales de 2018, ha habido un proceso de avance paulatino hacia la construcción de una política institucional en materia de atención a la violencia familiar y sexual en dicho hospital.

En relación al presupuesto asignado para este eje de atención a la violencia familiar y sexual, reportan no haber contado con un presupuesto específico para ello. Respecto al registro de información se señala contar con un sistema de registro de información sobre casos de violencia, el cual captura las variables sexo, edad, nombre del paciente, estado civil pero no lengua que habla. Su llenado y coordinación está a cargo del departamento de trabajo social.



En materia de convenios y acciones de coordinación o concertación realizadas para dar cumplimiento a la NOM 046, reportaron tener convenios las siguientes dependencias gubernamentales:

**Tabla 16. Principales instituciones con quienes se realiza labores de coordinación y referencia para la atención a la violencia familiar y sexual, IMSS HGZ2. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, 2017**

Nombre de la dependencia con quien se colabora	Tipo de institución	Principales acciones de coordinación realizadas en 2017
Fiscalía de la Mujer de Chiapas	Gubernamental	Atención médica, psiquiátrica y psicológica.
Procuraduría General de la República	Gubernamental	Aviso a Ministerio Público y solicitud de Médico Legista.
Centros de Integración Juvenil.	Gubernamental	Atención médica, psiquiátrica, psicológica y manejo de adicciones.
Instituto de salud del Estado de Chiapas	Gubernamental	Referencia y contrareferencia de usuarias.
Clínica de la mujer, Tuxtla Gutiérrez, Chis	Gubernamental	Referencia y contrareferencia de usuarias.
Hospital Materno Infantil Dr. Pascacio Gamboa.	Gubernamental	Referencia y contrareferencia de usuarias.

Fuente: Elaboración a partir de información proporcionada por la dependencia mediante el instrumento enviado.

No se cuenta con mecanismos de referencia y coordinación con organizaciones de la sociedad civil u otro tipo de dependencias no gubernamentales.

En relación con los procedimientos de detección oportuna de posibles casos de violencia familiar o sexual y de valoración del riesgo; se mencionan los servicios de urgencias de ginecología, urgencias de pediatría y urgencias adultos. Adicionalmente, el servicio de consulta externa de especialidades. La valoración del riesgo se realiza mediante entrevista y consulta directa o indirecta (no se desagrega en el instrumento información sobre procedimientos ni tópicos abordados). Para la atención médica de usuarias víctimas de violencia familiar o sexual se utilizan los servicios médicos especializados en urgencias, ginecología, pediatría, psicología y psiquiatría.

Para dar aviso al Ministerio Público de posibles casos de violencia, se utiliza el formato oficial institucional de aviso al Ministerio Público las primeras 24 horas. Para informar a las usuarias sobre su derecho a la denuncia, el instrumento reporta que se realiza entrevista directa con ella, se da aviso al ministerio público y se hace referencia a instancias de justicia. No cuenta la dependencia con procedimiento estandarizados para informar a las usuarias sobre la existencia de la Comisión Ejecutiva de atención a Víctimas ni de la Comisión Ejecutiva Estatal.

Respecto a los procedimientos para informar a las usuarias sobre posibles ITS y prescribir profilaxis contra VIH-Sida según evaluación de riesgo, se señaló que sí se cuenta con ellos. Los mecanismos reportados fueron pláticas en consulta externa y vigilancia epidemiológica en pacientes embarazadas con VIH.



El personal con el cual contó la dependencia para brindar atención médica a usuarias víctimas de violencia familiar o sexual fue el siguiente: 20 trabajadoras sociales quienes laboran en cinco turnos y atienden los siete días de la semana 24 horas; dos psicólogos quienes laboran de lunes a viernes (uno por turno matutino y vespertino) y un psiquiatra en el turno matutino de lunes a viernes. Se incluyen médicos, pero no se indica el número, los turnos ni su distribución para la atención de casos de violencia (por ejemplo, si existe personal específico para hacer las exploraciones físicas, brindar profilaxis para prevención de VIH, brindar PAE, etc.).

No se cuenta con personal traductor o intérprete de lenguas indígenas en la unidad, por lo cual no se responden las preguntas respecto a las funciones que cumplen. Respecto a las labores de promoción y prevención de la violencia contra las mujeres a nivel local y/o comunitario; se señalaron pláticas, talleres y actividades de difusión en general, pero no se describe con mayor detalle en qué consisten ni a quienes va dirigida.

El instrumento no señala ninguna información sobre población atendida (rubros 3.1 a 3.7) por lo cual no se sabe cuántas usuarias fueron atendidas en esta unidad, cuantos tamizajes se realizaron, cuántos casos fueron detectados ni mucho menos el porcentaje remitido a instancias de justicia.

En relación con el apartado cuatro sobre el tratamiento de violencia sexual, se señala que sí existen espacios de privacidad y confidencialidad para la atención, e igualmente que se cuenta con medicamentos de anticoncepción de emergencia; sin embargo no se provee información sobre el número total de medicamentos para anticoncepción de emergencia e ILE con los cuales contó la dependencia en 2017, ningún dato relacionado con número de casos atendidos por violencia sexual, casos en que se otorgó la anticoncepción de emergencia, tiempos para proporcionarla ni ninguna característica de las usuarias que solicitaron ILE.

Es relevante mencionar que este hospital no respondió ninguna de las preguntas relacionadas con ILE (puntos 4.3 a 5.28) excepto los apartados 4.12-4.14 relacionados con los procedimientos para registro de evidencias médicas en casos de violación; y el punto 5.27 donde se indica el número de casos atendidos por violencia y registrados bajo el formato Registro de Atención de Casos de Violencia Familiar o Sexual de la NOM-046, el cual además llama la atención por ser un número excesivamente bajo (cinco casos reportados en todo el año 2017).

Finalmente, el instrumento no incluye ninguna información sobre presupuesto.

#### *Servicios de Salud de Oaxaca (SSO)*

La Secretaría de Salud de Oaxaca contestó el cuestionario evidenciando la existencia y conocimiento del marco normativo y los procedimientos a aplicarse en la dependencia para la atención a mujeres en situación de violencia familiar y sexual, así como de las vinculaciones existentes con dependencias gubernamentales (el Centro de Justicia para las Mujeres y la Secretaría de la Mujer de Oaxaca) para referir y brindar servicios a mujeres víctimas de violencia y concertar acciones de prevención de la violencia de género, así como con organismos de sociedad civil (GES-Mujer, Mexfam e IPAS-México) para la sensibilización y capacitación del personal operativo y la referencia



legal de mujeres. Asimismo, se reporta el haber recibido financiamiento de AFASPE para este rubro (poco más de un millón de pesos para 2017), mismo que se utilizó en casi su totalidad. Sin embargo, llama la atención la gran brecha entre metas de cobertura y metas alcanzadas por el programa, aun habiendo ejercido el presupuesto asignado, en particular en: a) la aplicación del formato de detección, cuya meta programada para 2017 fue de más de cien mil, cuando se aplicaron menos de 17mil instrumentos; y b) el número de mujeres atendidas en los servicios especializados para la atención de la violencia de género donde la meta era de más de 11mil y se atendieron sólo 1,601 mujeres. Hay además una discrepancia adicional en la información reportada entre el número de formatos aplicados y el número de tamizajes rutinarios aplicados en unidades de primer y segundo nivel de atención, donde este número bajó a 8,848 en 2017. Lo anterior denota que sólo se alcanzó a lo máximo un 15% de las metas en cuanto a detección y atención de casos.

En cuanto al sistema de registro, se reporta que sólo se desagrega por sexo, mientras no se registra la información por edad, lengua indígena o estado civil; lo anterior, aun cuando Oaxaca es el estado con el número absoluto y porcentaje de HLI más altos del país y la problemática de la violencia necesita entenderse de manera diferencial si se trata de niñas o adolescentes víctimas y si la mujer está unida o no.

Se reporta una amplia cobertura de servicios especializados para la detección y atención de violencia familiar y sexual, con doce unidades de primer nivel, 19 hospitales básicos comunitarios y 14 hospitales generales ubicados a lo largo y ancho del estado; atendidos por 91 psicólogos/as. Sin embargo, no se cuenta con personal traductor no obstante el perfil marcadamente indígena de Oaxaca y no se cuenta con ningún servicio específico en este ámbito para niñas y adolescentes.

En cuanto a actividades de promoción y prevención de la violencia contra las mujeres a nivel local y/o comunitario, los SSO señalaron ferias, carteles, folletería y murales como acciones de difusión; pláticas, talleres y estrategias de reeducación para hombres que ejercen violencia y mujeres que viven violencia, y foros locales. No se especifica con claridad en qué consisten estas acciones, ni a quiénes van dirigidas.

Los SSO reportaron 1710 mujeres atendidas en 2017 de los cuales sólo 106 fueron casos de violencia sexual; 685 de esos casos fueron denunciados ante instancias de justicia. Hay fuertes discrepancias en los casos reportados entre jurisdicciones; mientras, en promedio, se reporta un caso de violencia sexual por diez casos detectados de violencia familiar en la mayoría de las seis jurisdicciones, en la jurisdicción cinco-Mixteca, de 401 casos detectados, solo uno corresponde a violencia sexual. Lo anterior, denota seguramente un muy alto subregistro, sobre todo de casos de violencia sexual. Llama también la atención que solo dos de esos 1,710 casos fueron referidos a refugios.

En referencia a la atención en casos de violencia sexual, los SSOs declararon haber proporcionado anticoncepción de emergencia en 1735 ocasiones; sin embargo, reconocieron que no tienen contabilizados cuántas de esas intervenciones se hicieron para mujeres que sufrieron violencia sexual, sino que se reporta el dato general 2017 para toda la población atendida. Se reporta también que no hay información desagregada para niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual, ni para mujeres indígenas.



Finalmente, los SSOs no proporcionaron información alguna con respecto a la ILE, reportando cero casos y dejando en blanco la gran mayoría de las preguntas. Lo anterior es revelador, considerando que se trata de la instancia rectora del Sector Salud en Oaxaca y que existe una instancia específica dentro de los SSO que se encarga de la implementación del programa en contra de la violencia de género. Al parecer, esto denota que, en la entidad, no se ofrece la ILE en casos de embarazos por violación sexual ni se proporciona esta atención, incumpliendo una obligación del Estado y violando los DSyR de las mujeres víctimas de violencia sexual. En el cuestionario, se mencionó que los SSO recibieron una queja por violación a los DH de, se presume, las usuarias; pero no tenemos información si fue con la CNDH o con la Defensoría de los DH de los Pueblos de Oaxaca.

Finalmente, y de manera relevante, no se contestó la información concerniente a otras instituciones del sector público, aun si la Secretaría de Salud es cabeza de sector y el Departamento de Equidad de Género y Salud Reproductiva de los SSO tendría que tener acceso y registrar esta información a nivel interinstitucional. Esta laguna refleja una vez más el estado de fragmentación existente en el sistema público de salud en el país y, en específico en esta entidad federativa.

#### *Hospital Valdivieso, SSO*

El Hospital General Aurelio Valdivieso de los Servicios de Salud de Oaxaca, está ubicado en la ciudad de Oaxaca de Juárez. Es el hospital con mayor volumen de atención en todo el estado, por lo que su inclusión en el estudio es de mucho interés para esta investigación. Sin embargo, las autoridades contestaron de manera muy parcial solo en dos rubros del cuestionario, dejando el 90% del mismo vacío. A la pregunta de si el hospital cuenta con un plan específico para la aplicación de la NOM-046, se contestó afirmativamente a partir de 2017, a través de la emisión de tarjetas informativas por parte del área de trabajo social. Sin embargo, no se explica cómo funciona este procedimiento, qué información contiene, ni a quién se informa, aun si se puede deducir que no se trata de información que se recopila para los registros del hospital, ya que en otra pregunta sobre si se cuenta con un sistema de registro para casos de violencia detectados en la unidad, se contesta que no. En este primer rubro del cuestionario, llama la atención que no se mencione ninguno de los documentos emitidos a nivel normativo para la atención a mujeres en situación de violencia familiar y sexual. Aún más revelador es que se contestó que el hospital no tiene procedimientos estandarizados para informar a la usuaria sobre su derecho de denunciar hechos de violencia, acerca de los riesgos de contraer ITS y sobre la prescripción de la profilaxis contra VIH-sida en casos de violencia sexual.

Se contestó positivamente acerca de la anticoncepción de emergencia, pero no se reportan los nombres de los medicamentos, ni las cantidades disponibles, ni las ofertadas.

No se informó acerca de si el hospital tiene personal que proporciona atención a víctimas de violencia familiar y sexual, se contestó que no se cuenta con traductores, ni con atención especializada para NNA; esto aun si los únicos casos que se reportan de población atendida para 2017 (n=3) son niñas menores de 12 años, dos de las cuales víctimas de violencia sexual, una siendo indígena. Al preguntar expresamente si en el registro de evidencias médicas en casos de violación, se realiza una exploración vaginal previo consentimiento informado de la víctima, se contestó que no, por lo que no sabemos si no se realiza exploración vaginal o si sí se realiza, pero sin



consentimiento informado. Asimismo, se respondió negativamente a la pregunta acerca de si esta exploración se realiza con testigo no familiar; mientras a la pregunta si se preservan evidencias médicas, se contestó de manera ambigua, marcando ambas casillas de "sí" y de "no", por lo que no tenemos una respuesta válida para esta pregunta.

Los apartados sobre ILE y financiamiento se dejaron completamente vacíos. Mientras es entendible que el hospital no tenga un presupuesto específico para la aplicación de la NOM 046, es realmente preocupante que no se haya reportado información alguna sobre demandas de ILE, atención de ILE y/o personal capacitado para atender ILE, considerando que el Valdivieso es el hospital más importante de estado, con el mayor volumen de atención, con la capacidad para atender ILE y que, de acuerdo a información anecdótica, hasta hace unos años era justamente esta unidad la que proporcionaba atención de ILE a niñas, adolescentes y mujeres en casos de embarazos por violación.

#### *IMSS-Régimen Ordinario, Delegación estatal Oaxaca*

La Delegación estatal de Oaxaca del IMSS-Régimen Ordinario contestó el cuestionario sin incluir información cuantitativa sobre atención en casos de violencia familiar y sexual, demanda y oferta de ILE dentro de su población derecho-habiente o demandas/quejas interpuestas contra la institución en 2017. Tampoco proporciona información sobre presupuesto, ni sobre el personal médico que atiende a usuarias víctimas de violencia familiar y sexual, personal objetor de conciencia, personal capacitado expresamente o dedicado a atender ILE. Tampoco incluye información acerca de las unidades de salud de la entidad federativa que proporcionan los servicios para la atención de la violencia familiar y sexual por nivel de atención y tipo de servicio (en lugar, se proporciona la información nacional).

Reportó que por lo pronto no cuenta con un plan de trabajo específico para la aplicación de la NOM-046; por lo tanto, no tiene indicadores ni metas a cumplir. Se menciona que los procedimientos que se siguen son aquéllos contenidos en sus procedimientos generales de atención, definidos por tipo de unidad y por nivel de atención, sin tener lineamientos específicos para estas detecciones y atenciones. Se reporta a lo largo del cuestionario que el IMSS-RO está elaborando un *Procedimiento para la detección, atención médica y orientación en casos de violencia familiar, sexual y contra las mujeres*, para adecuarse a la normatividad dictada por la Secretaría de Salud a nivel federal y la NOM-046 en particular. Se hace mención que dicho procedimiento está en revisión y que contendrá formularios que llenará el personal médico y que se utilizarán para reportar casos a la Secretaría de Salud, pero no se especifica cuándo se aprobará dicho procedimiento, si es de nivel federal, o para cuándo se iniciará a aplicarse.

Se contestó que el IMSS no cuenta con mecanismos estandarizados para informar a las usuarias sobre sus derechos a denunciar hechos de violencia de los que son víctimas, ni para informar sobre la existencia de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas a nivel federal o estatal. Por otro lado, sí se reporta que la institución tiene procedimientos estandarizados para informar a sus usuarias sobre posibles ITS, prescribir profilaxis contra VIH-sida de acuerdo al perfil de riesgo detectado por el médico tratante. Sin embargo, nuevamente se hace mención al *Procedimiento para la detección, atención médica y orientación en casos de violencia familiar, sexual y contra las mujeres* como el



mecanismo estandarizado, lo cual es contradictorio ya que en otras respuestas se hizo hincapié que dicho instrumento está en revisión, por lo que se entiende que todavía no se aplica.

Se informa que el IMSS realiza actividades continuas de promoción y prevención de la violencia contra las mujeres a nivel local y comunitario a través de las Áreas de Atención y Orientación al Derechohabiente, entre las cuales se le recuerda al personal del IMSS que cada 25 del mes deben de realizar acciones en este ámbito. Sin embargo, no se menciona en qué consisten estas acciones, ni con quiénes se realizan. Se reporta que el IMSS se ha adherido a la campaña "Nosotros por ellas", pero no se especifica con detalle en qué consiste esta campaña, cómo y con quiénes se promueve. Sí se reporta que se han creado directorios con las instancias estatales de la mujer de centros de atención a mujeres víctimas de violencia, directorios que se encuentran disponibles para la referencia. Sin embargo, no se incluye información acerca de los alcances de la distribución de este directorio en el caso de las unidades de salud del IMSS en el estado de Oaxaca. Asimismo, se reporta que la institución implementa un curso *Actívate por los Derechos Humanos* que se imparte de manera obligatoria al personal de nuevo ingreso; sin embargo, no se menciona si el curso se ha impartido a todo el personal que actualmente labora en el IMSS en el estado, ni qué módulos contiene dicho curso, para poder valorar su pertinencia para la problemática de la detección, atención y referencia de niñas, adolescentes y mujeres adultas víctimas de violencia de género, familiar y/o sexual. Finalmente se menciona la existencia de otro taller *Herramientas para la Igualdad* que está a disposición del personal; en este caso, tampoco se incluye información acerca de sus contenidos para poder valorar su pertinencia, ni con quiénes se implementa dentro del personal de salud que labora en el IMSS de Oaxaca.

En el rubro de atención a casos de violencia sexual, se reporta que se cuenta con anticoncepción de emergencia en las unidades de salud (misoprostol y mifepristona), pero no se incluyen cantidades disponibles o utilizadas, ni en general, ni, menos para atender a mujeres que sufrieron violencia sexual. En casos de violación, se reporta que sí se realiza la exploración vaginal con consentimiento informado y con la presencia de testigos no familiares, pero curiosamente se contestó que no se preservan las evidencias médicas legales, incumpliendo en esta labor que es vital para el cumplimiento de la NOM-046 en estos casos.

Por último, es llamativo que no se proporcione información acerca de demandas/quejas en contra de la institución en 2017, aun si sí se mencionan con detalle los pasos a seguir en casos de recomendaciones al IMSS por violaciones a los derechos humanos de usuarias en la atención a la violencia.

#### *IMSS-Prospera, Coordinación estatal Oaxaca*

El Programa IMSS-Prospera depende del IMSS, aun si tiene su propia coordinación estatal cuyo coordinador respondió el cuestionario. La población atendida es muy diferente ya que abarca población no derecho-habiente que, en el caso de Oaxaca, se ubica en su mayoría en regiones predominantemente rurales e indígenas.



Al igual que la Delegación estatal del IMSS-Régimen Ordinario, la Coordinación del IMSS-Prospera reportó que no cuenta con un plan de trabajo específico para la aplicación de la NOM-046; aun así, se incluyen metas específicas en la detección de casos de violencia familiar y de género, mencionando una meta de casi 50mil casos de los cuales se alcanzó el 57% en 2017. Estos números no queda claro a qué universo de trabajo hacen referencia, aun si al parecer se refieren a tamizajes rutinarios realizados para la detección de casos en pacientes ambulatorios u hospitalarios en situación de violencia familiar o sexual. En todo caso, queda la duda a qué se refieren estas metas, ya que metas e indicadores son parte de un programa, un plan o una política específica que aquí está ausente.

El IMSS-Prospera refiere la utilización de la nueva guía CARA para la prevención y detección de casos de violencia a adolescentes y el Anexo 14 Herramienta de detección para violencia familiar o de pareja (20-59 años) a quienes el personal médico detecta indicios de posible violencia durante la consulta. Al igual que con la respuesta del IMSS-Régimen Ordinario, se hace mención de la elaboración del *Procedimiento para la detección, atención médica y orientación en casos de violencia familiar, sexual y contra las mujeres*, para adecuar las acciones del programa IMSS-Prospera a la NOM-046. Y, al igual que el IMSS se reporta que el programa no cuenta con un presupuesto específico para la política institucional de atención a la violencia familiar y sexual.

Un dato que llama la atención es que, a diferencia de la Delegación estatal del IMSS-Régimen Ordinario, el programa IMSS-Prospera contestó que sí cuenta con un sistema de registro de usuarias de servicios de salud en materia de violencia contra las mujeres; sistema cuya responsabilidad de llenado es del personal médico tratante (o en su caso del personal de psicología o de trabajo social) y que desagrega no sólo no sexo, sino también por edad, lengua indígena, estado civil, tipo de violencia y tipo de agresor. Esto se refleja en el número de casos detectados en 2017 que vienen desagregados. Se informó de 496 casos detectados totales, de los cuales 338 en mujeres. De manera muy relevante, se reporta que el 32% de todos los casos se dieron en niñas, niños o adolescentes de 15 años o menos. Asimismo, el 12% de las mujeres detectadas eran indígenas, lo cual puede indicar subregistro, considerando que la proporción de población hablante de lengua indígena es del 33% en Oaxaca y el IMSS-Prospera opera en la gran mayoría de las regiones indígenas del estado.

De los casi 500 casos detectados, sólo 35 o un 7% fueron por violencia sexual; sin embargo, no se reportó ningún caso atendido con anticoncepción de emergencia, ni de demanda u oferta de ILE. Lo anterior, aun si se declaró contar con este fármaco, pero sin especificar cantidades disponibles o usadas. Todo el apartado sobre ILE fue contestado en cero, incluyendo en personal capacitado para ILE, indicando que en el IMSS-Prospera no sólo no se demanda o no se oferta la ILE (por lo menos de acuerdo a los registros 2017), sino que no cuenta con personal que la pueda aplicar.

También se mencionan a todas las unidades de primer y segundo nivel del programa para realizar acciones de detección y atención de casos; en otras palabras, como parte de la atención médica rutinaria que ofrece el programa a su población atendida y no como parte de una estrategia específica para la aplicación de la NOM-046. El programa cuenta con algunos traductores en lengua indígena para el caso de una variante del zapoteco y otra del mixteco y con personal especializado entre médicos generales, personal de psicología, enfermería y trabajo social para la atención a



usuarias víctimas de violencia familiar o sexual, aun si no se especifica en qué unidades labora este personal.

Finalmente, se reportan entre las acciones preventivas aquéllas que se desarrollan en la Semana Nacional del Adolescente que incluyen sesiones de prevención de la violencia, así como del número de teléfono para orientación legal y atención psicológica.

*SSA. Hospital General Raymundo Abarca, Chilpancingo, Guerrero*

El Hospital General “Dr. Raymundo Abarca Alarcón” se encuentra en la ciudad de Chilpancingo, estado de Guerrero. El cuestionario fue resuelto por una coordinación, sin especificar cuál.

Mencionan que el hospital sí cuenta con un Plan de trabajo para la aplicación de la Norma 046 desde el año 2000, misma que fue modificada en el 2005. Dicho plan contiene dos indicadores: uno, atención psicológica, que como meta programada para 2017 hace referencia a 6 pacientes por psicóloga, alcanzando solo un 3.5; dos, consultas de seguimiento, fijándose como meta para el 2017 realizar 12 consultas por psicóloga, logrando solo 7. En cuanto a la pregunta de qué documento aplican actualmente para la atención de mujeres en situación de violencia, hacen referencia a la NOM 046. En relación al financiamiento recibido para el desarrollo de dicho plan, no mencionan ningún tipo de monto ejercido. Sí cuentan con un sistema de registro de usuarios/as en materia de violencia contra las mujeres, registrando datos como edad, sexo, lengua indígena y estado civil. El área encargada de dicho registro es el Servicio especializado para la prevención y atención a víctimas de violencia familiar y de género (SEPAVI) y el área de Planeación del hospital.

En cuanto a la coordinación con otros organismos, se hace alusión a un convenio del 2016 con dos organismos gubernamentales, el Centro de Justicia para las Mujeres y el Refugio, mientras no mencionan ninguno con organizaciones de la sociedad civil. En cuanto a los mecanismos de detección oportuna de posibles casos de violencia familiar o sexual, mencionan la Herramienta de detección de violencia familiar, que consiste en sensibilización mediante talleres a población abierta y capacitación al personal de salud. Por su parte, la valoración de riesgo la realizan mediante formato de evaluación, según situación específica de violencia, peligrosidad del agresor, y la herramienta para evaluar la capacidad de respuesta de la usuaria ante los eventos violentos. Mencionan que dan aviso al Ministerio Público vía telefónica, para que este acuda a dar atención directa al servicio de urgencias del hospital.

En relación a mecanismos estandarizados para informar a las usuarias acerca de su derecho a denunciar hechos de violencia, hacen mención de consejería especializada y reportan contar con la AE, retrovirales y antimicrobianos, para prescribir profilaxis contra el VIH-sida en caso de ser necesario. En cuanto a unidades y personal disponible para la aplicación de la NOM-046, se menciona que además del hospital, se cuenta en el estado con el Hospital General de Chilapa. Entre el personal que proporcionó atención médica a usuarias víctimas de violencia se reportan 1 médica, 1 médico, 2 trabajadores sociales y 3 psicólogos. De estas dos unidades de salud, únicamente el hospital de Chilapa cuenta con una persona para traducción de la lengua tlapaneco. Mencionan también, que solamente en la región centro y en una unidad de primer nivel, se cuenta con una persona especializada para la atención de niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia familiar



o sexual. En cuanto a las labores de promoción y prevención, realizan pláticas, talleres, promoción en ferias de la salud, entrevistas en radio, desfiles, publicidad fija y móvil.

El número total de personas atendidas por situaciones de violencia familiar y sexual en este hospital en el año 2017 fueron un total de 1110 casos, 1007 para violencia familiar y 103 de violencia sexual, sin desagregar la información por características la población atendida. Refieren que, en 2017, el número de procedimientos de tamizaje rutinarios para la detección de casos en pacientes deambulatorios u hospitalarios de violencia familiar o sexual fue un total de 1881. De estos, 1117 son mujeres mayores de 15 años de edad; 1110 usuarias recibieron tratamiento por lesiones y solo una fue referida a refugios; ningún caso fue denunciado ante instancias de justicia. Para el tratamiento de violencia sexual, afirman que sí cuenta con espacios que garanticen la privacidad y confidencialidad de las víctimas y que cuentan con medicamentos de anticoncepción de emergencia. Sin embargo, únicamente describen los tipos de medicamento: PAE, atripla y antimicrobiano; no especifican cantidad disponible ni utilizada. Proporcionan también el número de casos detectados de violencia sexual en dicha dependencia (n=103), sin dar mayores especificaciones.

En cuanto a la prestación de servicios de ILE en casos de violencia sexual, el único dato obtenido es el número de avisos que las unidades médicas de su dependencia dieron al Ministerio Público en 2017 mediante el formato del Apéndice 1 de la NOM-046, un total de 1881. La sección de financiamiento se encuentra en blanco.

#### *IMSS-Régimen Ordinario, Delegación estatal, Guerrero*

La información fue proporcionada por el Coordinador de Prevención y Atención a la Salud, con sede en Acapulco, Guerrero. Se refiere que no cuentan con un plan de trabajo para la aplicación de la NOM-046 en esta dependencia, pero que actualmente se encuentran trabajando en la elaboración del *Procedimiento para la detección, atención médica y orientación en casos de violencia familiar, sexual y contra las mujeres* en el IMSS en cumplimiento a la NOM 046-SSA2-2005. Por tanto, no reporta ningún tipo de financiamiento el desarrollo de la misma. Mencionan que en relación con el apéndice 2 de la Norma, será el epidemiólogo el encargado de la compilación del registro de usuarios y usuarias y su envío a la SSA. Realizaron acciones de coordinación con el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la SSA, a través de una reunión de orientación, con la finalidad de compartir el modelo de atención aplicado en la SSA. No cuenta con convenios o mecanismos de referencia con otras instituciones gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil especializadas.

Para el caso de detección oportuna de casos de violencia familiar o sexual y la valoración de riesgo, dentro de Procedimiento que está en elaboración pero que todavía no se aplica, contemplan personal de salud en los servicios de urgencias y atención médica continua de las unidades médicas de primero y segundo nivel y administrativo (trabajo social, asistente médica y TAOD), deberán identificar indicadores de violencia en las mujeres y con base en ellos se aplicará una cédula de detección de atención a la violencia (CDAV). Asimismo, se cuenta con una escala para medir el grado de violencia (EMGV), que se aplicará a las pacientes que presenten estos indicadores y consideran la evaluación de estado mental y de riesgo de auto lesión o suicida.



Actualmente, la atención médica a pacientes víctimas de violencia familiar, sexual y contra las mujeres se realiza de acuerdo con los procedimientos estándares que se usan para la atención médico dentro del organismo, de acuerdo al nivel de atención, la tipología de la unidad de salud y las características específica de la atención a otorgarse (médica, psicológica, urgencias o consultas). No cuentan con procedimientos estandarizados para información a las usuarias su derecho a denunciar; al igual que en relación a la existencia de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas. Tiene contemplado también que, en caso de violencia sexual, el médico tratante proporcione información a las usuarias sobre ITS y VIH-sida y, previo consentimiento informado, se otorgue la profilaxis respectiva.

Para el caso de unidades de salud con que contó en 2017 para la atención de la violencia familiar y sexual, hacen mención de todas sus unidades en el territorio nacional: Unidades de Medicina familiar, de primer nivel, un total de 35; Hospitales de Subzona, Zona y Regional, de segundo nivel, también 35; y 25 Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE), de tercer nivel. No proporciona dato de personal encargado de proporcionar atención especializada. Reportan que llevan a cabo labores de promoción y prevención mediante avisos por correo electrónico, y cada 25 de mes, en todas sus unidades realizan acciones de difusión y sensibilización.

No proporcionan ningún dato de población atendida por situaciones de violencia familiar y sexual durante el año 2017. Afirman que cuentan con espacios que garanticen privacidad, respeto y confidencialidad a las víctimas y con los medicamentos de anticoncepción de emergencia, como el misoprostol y la píldora del día siguiente. Indican cero casos detectados de violencia sexual en su dependencia durante el 2017, y afirman que al registrar las evidencias médicas den caso de violación, sí realizan exploración genital previo consentimiento, en presencia de un testigo o familiar y no preservan evidencias médico legales.

No muestran ningún tipo de dato sobre la prestación de servicios de ILE en casos de violencia sexual. Mencionan que las instancias de referencia en casos de violación y violencia familiar son los hospitales de zona, subzona y regionales con atención médica ginecoobstétrica. Describen también las acciones realizadas en esta dependencia para dar seguimiento a recomendaciones en materia de derechos humanos, las cuales son: Gestionar el registro de las víctimas señaladas en las recomendaciones, ante el Registro Nacional de Víctimas, con la finalidad de que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral que administra la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas; b. Brindar la atención médica y psicológica necesarias, con la finalidad de que se restablezca su salud física y emocional; c. Implementar acciones de no repetición, tales como capacitación y difusión en materia de derechos humanos, normas oficiales mexicanas aplicables y demás normatividad vigente al caso en concreto; Otorgar vista al Órgano Interno de Control en el IMSS, así como la colaboración con autoridades como la Procuraduría General de la República; Exhortar al personal médico a certificarse o recertificarse ante los Consejos de Especialidades Médicas; Implementar acciones para la mejora de la prestación de los servicios, en las unidades médicas involucradas. No se proporcionó información en cuanto a financiamiento.



### *Programa IMSS-Prospera, Coordinación estatal Guerrero*

El programa IMSS-Prospera en Guerrero es de recién creación y tiene una cobertura muy limitada, en comparación con el programa en Chiapas y Oaxaca. El instrumento fue contestado por el Gerente Delegacional.

Desde enero 2016, se cuenta con un plan de trabajo específico para la aplicación de la NOM 046 con el siguiente indicador: Número de casos de detección de violencia, poniendo como meta al 2017 un total de 789 casos y logrando un total de 577. En relación al documento que aplican actualmente en su dependencia para a la atención a mujeres víctimas de violencia familiar y sexual, hace referencia a una multiplicidad de leyes y normas a nivel federal, principalmente: Ley General de Salud.1984 DOF 2-04-2018; Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. (2017); Ley General Para Prevenir y Eliminar la Discriminación. (2013); Ley General de Víctimas. (2013); Ley General Para la Igualdad de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. DOF; Reglamento de la Ley General Para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia. DOF; Norma Oficial Mexicana. Nom-046-SSA2-2005. Violencia Familiar, Sexual y Contra Las Mujeres. Criterios Para la Prevención y Atención.DOF.16-04-2009; Causes 2018. Secretaria de Salud; Programa Nacional Para la Igualdad de Oportunidades y No Discriminación Contra las Mujeres 2013 -2018. (PROIGUALDAD). INMUJERES, 2018; Programa de Acción Específico: Prevención y Atención a la Violencia Familiar y de Genero 2013-2018. Secretaria De Salud, 2015; Programa de Atención Integral a Víctimas. 2014-2018. DOF. 16 de Julio De 2015; Guía de Práctica Clínica, Referencia Rápida Para La Detección y Atención a la Violencia de Pareja de la Violencia Sexual En El Primer y Segundo Nivel de Atención. CENETEC. Secretaria de Salud. No mencionan ningún tipo de financiamiento para el desarrollo del plan ya mencionado.

Cuenta con un sistema de registro de usuarias y usuarios en el que captura información referente a sexo, edad, lengua indígena y estado civil. El responsable de dicho registro es la Gerencia delegacional.

Las instituciones gubernamentales con las que tiene convenios o mecanismos de referencia son los Servicios Estatales de Salud (SES) y la Secretaria de la Mujer (SEMUJER). Los convenios en mención, con los SES es la derivación al Servicio Especializado para la Atención a la Violencia Intrafamiliar (SEPAVI) para atención multidisciplinaria (Psicólogo, Médico y Trabajo Social) y con SEMUJER, la derivación para el apoyo con refugio temporal a personas afectadas. Caso negativo con organizaciones de la sociedad civil.

En relación a los mecanismos de detección oportuna, mencionan que realizan un tamizaje rutinario y en los casos probables, una entrevista a la usuaria; también aplican la Herramienta de detección (HDV-01P). Para la valoración de riesgo, refieren a que consideran todas las manifestaciones del tipo de violencia, sea física, psicológica y sexual con los posibles factores desencadenantes. En caso positivo, el procedimiento con el cuentan las unidades para dar aviso al MP es el siguiente: se elabora el aviso a Ministerio Publico y se anexa copia a expediente Clínico; El reporte al Ministerio Publico es obligatorio las siguientes condiciones: Lesiones que ponga en peligro la vida, provoque daño a la integridad corporal, incapacidad médica o la existencia de riesgo de traslado. Cuando sea



menor de edad o incapaz legalmente de decidir por sí misma Se cuenta con un Directorio de Referencia para Víctimas de Violencia.

Refieren positivamente que sí cuentan con procedimientos estandarizados para informar sobre el derecho de las víctimas a denunciar, y es el siguiente: los médicos dan consejería sobre su derecho denunciar los hechos de violencia que se Presenta la usuaria y en la existencia de centros de apoyo disponibles. Los pasos a seguir para su atención, protección y respeto su decisión. Cuenta también con procedimientos para posibles casos de VIH, mediante una prueba rápida y una ELISA, ambas se derivan a la SSA para el otorgamiento de Profilaxis.

En relación a las unidades con que contaban en 2017 para la atención de la violencia familiar y sexual, mencionan las siguientes:

**Tabla 17. Principales unidades que en 2017 prestaban atención en casos de violencia familiar y sexual. Guerrero, 2017**

Nombre de Unidad	Nivel de Atención	Municipio ubicación	
Hospital Rural La Unión	2°	La Unión de Isidoro Montes de Oca	
Unidad Médica Rural 06 Juntas de los Ríos. Unidad Médica Rural 07, Barranca de Marmolejo Unidad Médica Rural 08, Feliciano Unidad Médica Rural 09, Troncones Unidad Médica Rural 10, Cedral	1°		
Unidad Médica Rural 01, Vallecitos de Zaragoza Unidad Médica Rural 02, San José Ixtapa Unidad Médica Rural 04, Pantla	1°		San José Ixtapa
Unidad Médica Rural 03, Coyuquilla Norte Unidad Médica Rural 05, Fermín Maciel	1°		Petatlán
Unidad Médica Rural 11, Jazmín Cuahtémoc Unidad Médica Rural 12, Paso de Vaca Unidad Médica Rural 13, Platanillo Unidad Médica Rural 14, Galeana de Abajo Unidad Médica Rural 15, Nueva Cuadrilla	1°		Coahuayatlá

Fuente: Elaboración a partir de información proporcionada por la dependencia mediante el instrumento enviado.

Y el personal que en el 2017 proporcionó atención médica a usuarias víctimas de violencia familiar o sexual, es el siguiente:

**Tabla 18. Personal proporcionó atención médica en casos de violencia familiar y sexual. Guerrero, 2017**

Número	Perfil	Observaciones
1	Psicólogo	Se brindó atención a los casos positivos
2	Trabajadores sociales	



19	Médicos	15 Médicos Generales de Unidades Médicas Rurales y 4 de H.R. La Unión de Consulta externa
19	Enfermeras	15 enfermeras de Unidades Médicas Rurales y 4 de H.R. La Unión

Fuente: Elaboración propia con base en las respuestas recibidas de las instituciones.

No proporcionan datos de sobre unidades que cuenten con traductores indígenas. Hacen mención que en la región Costa Grande, en el Hospital Regional La Unión, cuenta con cuatro personas especializadas para la atención de niños, niñas y adolescentes. En relación a la labor de promoción y prevención de la violencia, describen acciones realizadas por el personal de Acción Comunitaria mediante talleres de prevención de la violencia, conformación de grupos de adolescentes en los Centro Rurales, y mediante un Re Comunitaria en materia de violencia de género para informar, orientar, detectar y canalizar casos a las Unidades Médicas.

Para el apartado de población atendida, para el 2017 reportan ocho casos de personas atendidas por situaciones de violencia familiar en jurisdicción 05, Costa Grande. Por otro lado, en las características de la población atendida, refiere a un total de 577 mujeres. Para el caso de número de procedimientos de tamizaje rutinarios realizados en 2017, indican un total de 577. Un total de ocho mujeres de 15 años y más resultaron positivos; cero usuarias referidas a refugios y ocho usuarias recibieron tratamiento por lesiones en casos detectados. Ningún caso fue denunciado ante instancias de justicia. Sobre el número total de medicamentos para anticoncepción de emergencia, hace referencia que, en Hospital Regional de La Unión, cuenta con Levonogestrel 0.75 mg., en envase de dos tabletas, para 2017 reportan un total de cantidad disponible de 30 y cantidad utilizada, también de 30.

Para el apartado de prestación de servicios de ILE en casos de violencia sexual, no proporciona información. Únicamente hace mención que 100% del personal que brinda atención en casos de violencia familiar y sexual, se encuentra capacitada, y el 70% son *objetores de conciencia*. Asimismo, indican que el número de casos registrados bajo el formato de Registro de Atención de Casos de Violencia Familiar o sexual de la NOM-046 son un total de ocho. El apartado de financiamiento se encuentra en blanco.

### **7.3 Resumen principales resultados en relación a la demanda y provisión de servicios de ILE en el marco de cumplimiento a la NOM 046**

A dos años y medio de la reforma a la NOM-046, es pertinente valorar su aplicación, en particular en cuanto a la demanda y provisión de los servicios de ILE en casos de violación en los servicios públicos de salud y en entidades federativas con porcentajes importantes de población indígena; como es el caso de Chiapas, Guerrero y Oaxaca. La valoración del cumplimiento de la NOM-046 implica tanto a proveedores de servicios de salud como a autoridades de las jurisdicciones sanitarias, los hospitales, las clínicas y los centros de salud; sin embargo, el énfasis en la demanda y aplicación de la ILE, hace necesario concentrar la valoración en hospitales de amplia cobertura y dentro de ella, distinguir usuarias indígenas y menores de edad.



La información obtenida para este estudio –o la falta de ella- reflejan el incumplimiento de la obligación del Estado en la atención a las víctimas de violencia sexual a través de la aplicación de la NOM046 en los servicios de salud, que no responden con acciones que garanticen, no sólo la atención integral prevista en casos de violencia sexual, sino el desarrollo de estrategias de difusión de información sobre estas medidas, de modo que las usuarias puedan demandar el servicio. Los datos obtenidos en este estudio coinciden con hallazgos previos en el sentido de los efectos de una actitud generalizada entre los proveedores de servicios de salud: “si no me preguntan o no me lo piden, no digo nada”. A partir de los datos consignados en los instrumentos aplicados para la realización de este diagnóstico de aplicación de la ILE en las tres entidades seleccionadas, se mencionan entre las razones para esta falta de difusión y oferta efectiva de opciones y servicios de salud en casos de violencia sexual: “la falta de claridad en las atribuciones del personal médico”; el “desconocimiento de los alcances de la aplicación de la NOM046” y, de manera más difusa, la presencia de personal objetor de conciencia cuyo número alcanza –en las instancias de salud que respondieron esta pregunta- entre el 50% y el 70% del personal.

De acuerdo a las respuestas enviadas, los servicios de salud cuentan, en general, con espacios que garantizan la privacidad, la confidencialidad y el respeto a las víctimas de violencia sexual al aplicarse los procedimientos de tamizaje, atención y referencia; así mismo y como ya se ha referido, cuentan con abasto de medicamentos de contracepción de emergencia y con conocimiento de los procedimientos, plazos y mecanismos que se deben implementar para la detección, atención, el registro y la referencia de víctimas de violencia sexual, tanto dentro del propio sector salud, como a las instancias de procuración de justicia.

Las respuestas obtenidas sobre los llamativamente pocos casos de violencia atendidos en 2017 sólo pueden reflejar, sin embargo, que en los servicios de salud no se hace una detección adecuada de posibles casos de violencia sexual ni en las consultas de emergencia, ni en las consultas externas, regulares o en otros momentos en los que se podría tener acceso a víctimas declaradas o detectadas. Esta falta de respuesta y apego a los mandatos de la NOM046 se agravan, en perjuicio de las víctimas por otras prácticas frecuentes en los servicios de salud que, si bien no fueron registradas en los instrumentos respondidos por las instancias requeridas en este estudio, sí han sido señalados tanto por las usuarias, como por organizaciones de la sociedad civil e incluso, por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR), a nivel federal. Entre las prácticas señaladas que incumplen el mandato de la NOM046 están: la dilación, el ‘no se puede porque no hay denuncia’, ‘se necesita autorización del Ministerio Público’ –cuando esta autorización fue eliminada en la última reforma de la Norma en 2016-. El incumplimiento de la NOM046 ha llevado incluso, a la interposición de amparos ante la Suprema Corte de la Nación contra distintas entidades federativas, entre ellas Oaxaca, donde la razón para negar la aplicación de la ILE en un caso de violencia sexual fue que había estallado una huelga.<sup>70</sup>

Considerado desde una perspectiva integral de protección a los derechos humanos de las víctimas de violencia sexual, estas prácticas que, en sí mismas representan una forma de violencia institucional, así sea pasiva, abonan a los círculos de violación del derecho de las víctimas a la interrupción del embarazo cuando se produce por violación que se amplían con la omisión y la mala

<sup>70</sup>Entrevista con la Dra. Aurora del Río Solezzi, CDMX, diciembre 2018.



práctica de las instancias de procuración de justicia. En este sentido, aún es mucho lo que falta por recorrer para cerrar las brechas de implementación del marco normativo y legal en la materia.

De acuerdo a la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV)<sup>71</sup>, todos los Códigos Penales prevén como eximente de responsabilidad y/o de la pena del delito de aborto a las mujeres que interrumpan el embarazo que ha sido consecuencia de una violación, siempre y cuando lo hagan dentro de las primeras 12 semanas de gestación. “No obstante, la mayoría de los ordenamientos son omisos en determinar requisitos, tiempos y autoridades responsables de dar la autorización a la mujer que quiera ejercer ese derecho (inclusive la NOM 046 es omisa al respecto). Dichas omisiones pueden ser un obstáculo a la materialización del mismo...” (p.5) Estos vacíos legales y procedimentales, se conjugan con las expresiones de discriminación y desigualdad que pesan sobre determinados sectores de la sociedad, entre ellos, justamente, los tres que preocupaban de manera especial en este estudio: mujeres indígenas, niñas/niños y adolescentes.

Según la información obtenida para el desarrollo de este estudio, tanto la que se consignó en los instrumentos enviados a los servicios de salud, como los obtenidos mediante entrevistas e investigación documental, los prestadores de servicios de salud comparten, con los responsables de la procuración de justicia un amplio desconocimiento de los derechos de las víctimas de delitos sexuales, que se agrava ante la estigmatización, la resistencia a aplicar los procedimientos, la falta de claridad en los mecanismos de detección y referencia; y los prejuicios generalizados, que resultan en violencia institucional y la revictimización de la población usuaria, como se ha referido. Al respecto, una de las explicaciones es la falta de capacitación o de resultados de la misma.

*“Lo que hemos visto es que el personal de salud no tiene suficiente información, siguen convencidos que el aborto, la aplicación de la ILE, es un tema donde ellos pueden tomar la decisión, en parte porque la capacitación que se recibe no lleva un enfoque que haga ver que el tema es decisión de las mujeres. Por eso decimos que ésa es una falta seria de información, de capacitación y de conocimiento de lo que establece la Norma 046. Lo que se da son capacitaciones muy breves sin sensibilización ni análisis; sólo se les avisa que se modificó la Ley y no se trabaja sobre los contextos donde se aterrizan los programas de atención. A nosotras nos tocaron casos de violencia sexual, que nos mandaban para que hiciéramos el tratamiento de prevención y de anticoncepción de emergencia, muchos funcionarios de salud ni siquiera sabían que existía o cómo funcionaba. No sabían cómo aplicar los procedimientos que les mandaba la NOM”.*<sup>72</sup>

*“Tenemos tres clases de capacitaciones, de las cuales dos han tenido resultados relativamente exitosos; y una que no ha servido para nada. Tenemos una capacitación para enfermeras que laboran en las áreas de urgencias de los hospitales, para que orienten a las mujeres que llegan habiendo sido víctimas de una violación y les digan que exijan al médico*

<sup>71</sup> Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas. Comité de Violencia Sexual. *Primer diagnóstico sobre la atención de la violencia sexual en México*. México, Resumen Ejecutivo, marzo 2016. <https://www.gob.mx/ceav/documentos/primer-diagnostico-sobre-la-atencion-de-la-violencia-sexual-en-mexico>

<sup>72</sup> Entrevista a Valentina Hernández P., Luna Maya, San Cristóbal de las Casas, Chiapas, diciembre 2018.



*tratante...la anticoncepción de emergencia y los antiretrovirales, porque tienen ese derecho y se los tienen que dar. Nada de que no puedo, no sé qué. Nada. Que las usuarias sepan que si el médico quiere que le firmen que se hacen cargo de posibles complicaciones, que le firmen. La otra capacitación es específicamente sobre la ILE; ahí capacitamos a los responsables de programas, a los abogados de las secretarías estatales de salud, a las gineco-obstetras, incluso con ayuda de la organización IPAS. Eso ha sido muy difícil: primero, te mandaban a la ginecóloga objetora de conciencia a sabotearse; después logramos que enviaran a los no objetores. El otro formato de capacitación, que es el más grande y más general, es sobre la aplicación de la norma, con el que se ha transferido mucho recurso. La diferencia es que estos dos, básicamente los hacemos nosotros -el de enfermeras y el de ILE (interrupción voluntaria del embarazo)-; el otro lo hacen los estados, tienen sus facilitadores, aunque algunos los capacitamos nosotros. De los estados mandan las listas; y hemos **capacitado** a casi 20 mil, pero no se ven los resultados. En los servicios siguen sin detectar casos de violencia. Todo el personal se reporta como capacitado en la norma, pero nadie hace nada y a la hora que les preguntan sobre la NOM046, lo más fácil, es decir, 'yo ni la conozco'. Ese personal está en las listas de asistencia y todo. Es un problema serio, algo tenemos que hacer para dejar de estar tirando el dinero. Necesitamos que, a nivel de tropa, de cada centro de salud, los prestadores supieran qué hacer para cuando llegue la joven, la víctima, se la atienda rápido y bien".<sup>73</sup>*

En una entrevista realizada, se nos reportó que la capacitación debe de ser continua y estar acompañada por una ruta crítica de los pasos a seguir para el personal de salud; una ruta práctica, clara y sencilla para que la capacitación pueda dar resultados efectivos:

*"...porque, en verdad, insisto, no es por burocratismo, pero me parece que sí hay que ponerle los pasos muy claros a seguir, porque no leen la norma, no la conocen, no les ha interesado capacitarse en ella. Yo creo que logramos capacitar, a lo mejor, al 20% de los médicos y el resto simplemente no acudió bajo el pretexto de 'no me interesa, no estoy de acuerdo'. Este tiene que ser un tema recurrente de capacitación, de sensibilización...."<sup>74</sup>*

El Programa IMSS-Prospera de Guerrero, por ejemplo, reporta que el 100% de su personal está capacitado en ILE, pero el 70% es objetor de conciencia; mientras al mismo tiempo registra 8 casos en el formato de la NOM046 para 2017. Por su parte, el IMSS-Régimen Ordinario señala que no tiene personal capacitado en la ILE. El programa IMSS-Prospera de Chiapas señala que cuenta con 20 ginecólogos/anestesiólogos capacitados en materia de ILE a través de un curso; y que sólo el 1% de su personal está formado en ILE. El problema de la objeción de conciencia no es nuevo dentro de estos sistemas estatales de salud y tiene una doble consecuencia negativa pues el personal objetor, que es mayoritario, logra atemorizar al personal no objetor, estigmatizándolo y limitando sus posibilidades de actuar. En una entrevista realizada en Oaxaca que relata la experiencia desarrollada hace algunos

<sup>73</sup> Entrevista a la Dra. Aurora del Río Solezzi, CDMX, diciembre 2018.

<sup>74</sup> Entrevista a IAH, Oaxaca, diciembre 2018.



años para poder garantizar la ILE en casos de embarazo a consecuencia de una violencia sexual, el personal no objetor era:

*"...minoritario abrumadoramente; es más, algunos médicos comentaban que eran no objetores pero que no querían aparecer en un listado, no querían que su nombre se conociera. Hay un estigma muy fuerte. Lo que nosotros promovimos en ese tiempo, fue que, a través de las jurisdicciones sanitarias y los directores de hospitales, ellos hablaran de frente con cada uno de sus médicos para estar perfectamente listos ante una situación de éstas. Entonces, el listado que nos enviaron venía de los hospitales, de los hospitales ancla, y nos decían: en algunos casos no vienen los nombres, pero hay médicos no objetores. Pero era, podrían ser, 10 objetores contra uno no objetor. Hoy en día seguramente es peor." <sup>75</sup>*

La baja preparación del personal y los altos índices de personal objetor de conciencia que se reportan en los registros recibidos constituyen una barrera más de acceso a la ILE por parte de las usuarias de los servicios de salud víctimas de violencia sexual; y determinan –si bien no siempre explican– el bajo número de registros de ILE consignados. El siguiente cuadro refleja las diferencias en los registros. La falta de respuesta de los servicios públicos de salud en Guerrero, Chiapas y Oaxaca también es un vacío que se repite en otros contextos, por lo que los datos que se presentan deben considerarse dentro de este panorama de falta de información al que ya se ha hecho referencia.

En las indagaciones de esta investigación, los servicios de salud en las tres entidades federativas registraron 285 casos de violencia sexual y sólo dos casos de ILE aplicadas (cerca del 0.7% del universo detectado). En términos generales, estas cifras reflejan la inoperancia de los servicios públicos de estas tres entidades federativas en la aplicación de la ILE, pues los resultados consignados muestran que no hay prácticas institucionales de detección instaladas; que no hay coordinación para la referencia y contra-referencia de las víctimas de violencia sexual; que no se ofrece a las usuarias información clara y oportuna de sus opciones; que no se administran retrovirales, aunque sí anticoncepción de emergencia y que tampoco hay sistemas de información confiables que permitan reconocer las características de la población usuaria de estos servicios en casos de violencia sexual; con lo cual tampoco hay elementos suficientes para adecuar, corregir o implementar medidas que mejoren el servicio y con ello, el acceso de las usuarias a la protección que se establece mediante la NOM046.

---

<sup>75</sup> Entrevista a IAH, Oaxaca, diciembre 2018.

**Tabla 13. Resumen de resultados sobre casos de violencia sexual, AE y solicitudes de ILE, 2017. Oaxaca, Guerrero, Chiapas.**

Estado	Institución	Casos Violencia Sexual	Anticoncepción de emergencia suministrada	Quejas externas	Preservación de evidencia médico legal	Solicitudes ILE	Registro y referencias
OAXACA	IMSS Prospera	35 sin registro por menores de edad. 0 en menores de 15	0	0	No se preserva	0	No se dan datos sobre probables casos bajo formato SUIVE ni bajo el Registro de Atención de la NOM046
	IMSS ordinario	0	0	0	No se preserva	0	No se dan datos sobre probables casos bajo formato SUIVE ni bajo el Registro de Atención de la NOM046
	Servicios de Salud de Oaxaca.	106 sin registro por edad	283. No hay registro si se suministraron a menores de 15 años ni tampoco de si fueron suministrados a víctimas de violencia sexual	1		0	685 AL MP
	SSO Hosp Valdivieso	2 en menores de 15 años. 1 mujer indígena	No se proporcionó	0	Sí y no	0	NR
GUERRERO	IMSS Prospera	8 bajo formato NOM 046	No hay información	No hay información	No hay información	0	0
	IMSS ordinario	0	No hay información	No hay información	Se hace revisión médica en caso de violación, pero no se preserva evidencia	0	Hospitales de zona, subzona y regional

	SESAEG Hosp Gral Raymundo Abarca	103 sin información desagregada por pueblo indígena	No hay información	No hay información	No se toman evidencias médico-legales	No hay información	No hay información
CHIAPAS	IMSS Prospera	30 de los cuales cinco son menores y 21 casos de mujeres indígenas	22 de los cuales 5 son menores de edad. 17 mujeres indígenas	6	Se procede al resguardo de evidencia médico legal	2 solicitudes. 1 mayor de 20 años, 16 semanas y VIH.	117 avisos a MP bajo NOM046. 14 unidades ambulatorias notificaron casos probables con formato SUIVE.
	IMSS ordinario	No hay información	No hay información	No hay información	Sí	No hay información	5 casos en Registro de Atención NOM 046

La falta de registros para usuarias menores de edad y menores de quince años nos parece especialmente grave, dados, tanto las cifras oficiales disponibles sobre abuso o violaciones a menores, embarazo adolescente y violencia sexual contra niñas y adolescentes, como el hecho de que el no consentimiento no es un requisito para establecer la agresión sexual en menores de 14 años, según algunos Códigos Penales; 12 años o la condición de impúber, según otros más. Esto, ante una problemática que, de acuerdo a la Defensora Especializada en Equidad de Género de la Defensoría de los Derechos Humanos del Pueblo de Oaxaca, es particularmente grave y acuciante y merece una respuesta decidida e integral desde la política pública:

*Que ahora no prescriba... el delito sexual...es un gran avance, permite hacer esta detección y permite contribuir a la reparación de ese proyecto de vida vulnerado, y de salud en el desarrollo psico emocional, sexual, que se vio vulnerado para esta mujer... Falta llegar, en una verdadera investigación, a confirmar estas concepciones que se tienen del ejercicio de la sexualidad por parte de los hombres hacia las mujeres y, sobre todo, desde la infancia que es gravísimo. Es un verdadero riesgo para la infancia, mayoritariamente para las niñas, ... en todos los ámbitos y esto es lo grave: ámbito escolar, transporte público, ámbito familiar. Ni la casa es segura para las niñas. ... Desde que el vecino aprovechó cuando los padres salieron, se mete, se aprovecha, la viola sexualmente... hasta que los padrastos, en la convivencia cotidiana, consideran a su hijastra de que es con quien puedo mantener relaciones sexuales ¿no? Pasando a construcciones en donde las mujeres, para no perder la relación y quedarse desprotegidas en la cuestión económica, no los denuncian; o la falta de credibilidad a las niñas y los niños... Afortunadamente, se ha estado atacando (pero) ha faltado una política estructural estatal que permita trabajar con los maestros. El problema es que muchos maestros cometen este tipo de agresiones sexuales con sus alumnas. Nos ha tocado conocer casos de que es la víctima quien es la culpable de la agresión que vivió. 'Ella me provoca, se acerca'; estos discursos son gravísimos, se han estado trabajando, se han hecho esfuerzos desde la sociedad civil; pero es necesario trabajar mucho más. (La problemática es) muy fuerte. Y además de la vulnerabilidad por género, hay otras formas de vulnerabilidad, como,*



*por ejemplo, una familia que trae a su hija, que estaba siendo víctima de violencia sexual del padre y después del padrastro. El solo hecho de que se cometa una agresión sexual contra una mujer es muy grave. El de la bebé agredida, es una agresión brutal. El gran problema es esta desensibilización que se está cometiendo a nivel social al no generar una pauta de cómo abordar los casos en medios de comunicación. Son temas que se viralizan: se viraliza la agresión sexual, pero no la sanción ni lo negativo de estas conductas. Como dice Marcela Lagarde, se fomenta esta pedagogía de la violencia sexual. Se normaliza y es lo que no debemos permitir y sí sancionar.<sup>76</sup>*

En la medida en que el estudio recoge la información disponible sobre los estados de Chiapas, Guerrero y Oaxaca, la falta de datos sobre usuarias indígenas y casos detectados o atendidos entre este sector de la población, es reflejo de la brecha persistente en su acceso a los recursos públicos de salud y de justicia. Las dificultades que enfrentan mujeres indígenas víctimas de violencia familiar o sexual para la denuncia, por ejemplo, son muy difíciles, casi imposibles, de rebasar; algunas se ejemplifican por la misma Defensora:

*"Pues ahí está la norma y ve cómo le haces, cómo logras que se te aplique... no hay un mecanismo de seguimiento a esa norma; (faltan) recursos económicos. (La mujer) está en la montaña, la agredieron y a duras penas pudo interponer un recurso legal: 'me atacó, tengo miedo que me vuelva a atacar'. (Ella logra denunciar) un maltrato en el Ministerio Público. (Le dicen) 'se acabó, ahí te avisamos'. (Ella) ya no vuelve a regresar, ni si quiera por su legajo de investigación porque no tiene recursos. Y pérdida de tiempo, entonces ¿cómo le va a seguir? Todo está en contra. También el mecanismo de víctimas que no existe, donde tan luego se sepa que una mujer vino, Lo primero sería recursos económicos para hacer el trámite, por lo menos. A partir de ahí, tiene que ir hasta Oaxaca, si tiene el recurso para venir las veces que se necesite... Si no, ahí se acaba."<sup>77</sup>*

La omisión patente en los servicios de salud puede considerarse un acto pasivo de desprotección si se toma en cuenta que es un hecho conocido que el lugar más frecuente de violencia sexual es el hogar y que ésta se perpetra por parte de personas conocidas o familiares, por lo que las consultas regulares y de emergencia pueden constituir, con frecuencia, el único espacio en el que pueden detectarse estas agresiones que, en su gran mayoría no se denuncian.

A la pregunta sobre las razones para la no aplicación de la ILE en los instrumentos dirigidos a las instituciones de salud, las respuestas obtenidas fueron “por desconocimiento de las mujeres”; “porque se requiere capacitación y sensibilización”; “porque no están claras las atribuciones de los servicios de salud”; “porque las mujeres desconocen sus derechos en ese sentido”; “porque no tenemos conocimiento si es legal en nuestro estado”; “porque ningún gineco-obstetra del hospital está de acuerdo”; “porque no hay personal capacitado en orientación sobre este tema”; y “porque la mayoría

---

<sup>76</sup> Entrevista a Ita Bico López, Defensoría especializada de equidad de género, Defensoría de los Derechos Humanos de los Pueblos de Oaxaca (DDHPO), Oaxaca, diciembre 2018.

<sup>77</sup> *Ídem.*



del personal médico y de enfermería no considera ético realizar un aborto, a menos de que exista justificante médico". La mayor parte de los instrumentos no fueron respondidos en este punto.

En las entrevistas, se reafirmaron varias de estas razones. La oposición patente de buena parte del personal médico al aborto y sus prejuicios hacia las mujeres víctimas y hacia la ILE se reiteró como factor determinante que tiene como resultado una revictimización de las mujeres que sufrieron violencia sexual:

*"Yo creo hay muchos prejuicios todavía de los médicos en cuanto a esto y es un claro obstáculo para el acceso a la justicia de las mujeres y para el acceso a la ILE. Aun habiéndoles allanado el camino, diciendo que sea sólo en los casos de violación, ni con eso. Y lo vi en la práctica, decían: '¿estás seguro que es una violación? Porque luego las mujeres mienten. A lo mejor, lo único que quiere es una interrupción, pero no fue una violación.'... Yo que trabajé en la Secretaría de Salud, cuatro años estuve ahí, conocí muy de cerca el ambiente médico; de verdad, es un ambiente muy cerrado, con prejuicios y con una clara oposición al tema del aborto." <sup>78</sup>*

El desconocimiento generalizado de las mujeres sobre sus derechos interactúa con la falta de preparación, el manejo inadecuado de la información, la falta de empatía o de interés, o el franco desconocimiento de la NOM 046 por parte del personal de salud y/o de procuración de justicia; haciendo un efecto sinérgico negativo que se vuelve una barrera importante para encauzar jurídicamente las violaciones sexuales, atenderlas en el sistema de salud de acuerdo a la Norma, y facilitar el acceso a la ILE en caso de embarazo:

*"...un poco de desinformación de los derechos de las víctimas, eso como fuerte, y el hecho de que, en estas instituciones, tanto de procuración de justicia como de salud, pudiera haber personal capacitado y sensible para poder brindar esta información. Y, sobre todo, las implicaciones, porque es el cuestionamiento de ellas (las mujeres víctimas): 'alguien me va a castigar, ¿qué me va a pasar? Ahora, necesariamente, ¿tengo que hacer la denuncia o no la tengo que hacer?' Ahorita mismo, a partir de que hubo la reforma a la norma, si los médicos no la conocen, los MP mucho menos, y las víctimas, aún menos." <sup>79</sup>*

*"El sistema de salud ha fallado en hacerle saber ese derecho (a la mujer). Las mujeres no saben ese derecho; es decir, no lo conocen, porque lo que conocen es la sanción. Por otro lado, el primer paso que se da cuando existe una violación es la denuncia penal ... y el sistema de justicia falla en informarle su derecho y canalizarla. Ahí nos súper consta... Por algunos casos que hemos conocido de violencia sexual sin embarazo, cuando aplicamos los protocolos y preguntamos si fueron canalizadas a COESIDA, (si les proporcionaron) la pastilla del día siguiente, si las canalizaron a una unidad de salud, las peticionarias nos dicen que no. Para las mujeres, la norma no ha tenido la suficiente difusión de manera sencilla, clara, de manera accesible. No ha habido un seguimiento a esa norma, de 'no me quieren atender: ¿adónde acudo?' <sup>80</sup>*

<sup>78</sup> Entrevista a IAH, Oaxaca, diciembre 2018.

<sup>79</sup> *Ídem.*

<sup>80</sup> Entrevista a IBL, Oaxaca, diciembre 2018.



Ante la inacción de los servicios estatales de salud y/o la oposición del personal operativo de salud en materia de ILE y aplicación de la NOM046, lo que ha sucedido es, por una parte, que cuando no es demasiado oneroso, las víctimas son enviadas a la Ciudad de México (incluso con recursos de las propias instancias de salud para el traslado, por ejemplo); o también son canalizadas a organizaciones civiles para que les den acompañamiento y, eventualmente, respondan en situaciones merecedoras de la ILE. En otros casos, los servicios estatales de salud solicitan apoyo a las instancias federales en aspectos como apoyo emocional y seguimiento, que hacen imposible su operación sostenida. Estas solicitudes y en ocasiones, instrucciones, se repiten en las instancias de procuración de justicia que, ante casos de violencia sexual, determinan que la Secretaría de Salud tome conocimiento y atienda casos determinados, excusando la actuación de las instituciones estatales.

La información reunida para este estudio muestra la importancia de la voluntad política y el compromiso de las autoridades para la implementación de la NOM046 ya que, en muchos casos, se ha quedado a nivel de respuesta burocrática: llenado de formatos e informes y una atención apenas superficial, a las víctimas de violencia sexual. La falta de mecanismos institucionales instalados para la operación de las medidas establecidas en la NOM046 y en otras disposiciones de protección y atención a las víctimas de violencia sexual, dentro y fuera de las instituciones de salud, se reflejan en los resultados cambiantes obtenidos en los servicios de salud, incluso dentro de una misma entidad federativa y hasta una misma dependencia.

El corte temporal aplicado para este estudio (2017) no permite medir los cambios en las prácticas de atención de las instancias de salud que respondieron los instrumentos; sin embargo, en Oaxaca, realizamos una entrevista que sí nos permite tener un mínimo de profundidad temporal en cuanto a cómo ha cambiado la aplicación de la NOM046 en cuanto a acceso a ILE en casos de violencia sexual en la entidad; afirmando que, en lugar de mejorar, la situación se ha vuelto aún más problemática en la actualidad:

*"(en ese entonces 2011-2014) había reticencia de los médicos. A mí me tocó muchas veces ir a dar capacitación a la Secretaría de Salud y la gran mayoría se manifestaban objetores. Decían: no, no estamos de acuerdo, yo no lo hago, no lo voy a hacer jamás. Y los médicos no objetores, también había señalamientos hacia ellos ¿no? Y los directores, había muchos que eran objetores. Si el director es objetor y no permite que en sus instalaciones se lleven a cabo los procedimientos, pues eso lo dificulta. Si aun con eso logramos algunos avances, hoy veo que hay más reticencia aún. Para empezar, yo pedí información a la Fiscalía para saber cuántos casos de violación había -casos de Oaxaca de Juárez-, jamás tuvimos información, tuvimos una cerrazón a pesar de haber solicitado por escrito, siguiendo todas las formalidades, no ha habido información. ¿De los MP que hoy trabajan todavía en la Fiscalía, lo que me comentaron es que estos años, en la Fiscalía no hay nada, ni se toca el tema, es un tema tabú, 'cómo una mujer va a venir abortar, si no es permitido?' "<sup>81</sup>*

<sup>81</sup> Entrevista a IAH, Oaxaca, diciembre 2018.



En las diversas fuentes consultadas para el estudio aparecieron elementos que permiten afirmar que las autoridades estatales –tanto de gobierno como de salud- tienen gran influencia en las condiciones de aplicación de la NOM046, al igual que el personal que atiende directamente a las usuarias y que, por tanto, se requiere asegurar que ambos extremos conozcan, apliquen y difundan esta Norma de protección a las víctimas de violencia sexual.

En los gobiernos locales, particularmente en el de Chiapas y Oaxaca, se ha detectado que las autoridades estatales no respaldan actualmente el trabajo en salud sexual y reproductiva; y menos aún, la aplicación de la NOM046, pues hay constancia de que, en administraciones estatales previas, había servicios más eficientes que atendían, incluso, a población migrante e indocumentada, que en una alta proporción es víctima de violencia sexual. Entre las autoridades federales y las organizaciones civiles existe también la percepción de que la aplicación efectiva de la NOM046 enfrenta resistencias institucionales en contextos en los que se declaran alertas de género las que, en general, se asumen como una mala calificación a las autoridades estatales y locales, más que como una medida para hacer aún más eficientes y operativos los mecanismos de protección.

Nuevamente, la capacitación y sensibilización constantes aparecen como un factor clave que puede hacer contrapeso a la alta rotación de personal médico en los servicios locales donde, aunque no se practica la ILE (porque no se cuenta con la infraestructura ni con el personal capacitado para ello); sí pueden hacerse acciones de prevención, detección y referencia que contribuirían a ampliar la cobertura y el acceso de las usuarias víctimas de violencia sexual. En el contexto de las alertas de género, los servicios estatales de salud han solicitado apoyo, particularmente del Centro Nacional de Equidad de Género en Salud, para impartir cursos y capacitaciones que, sin embargo, no se han traducido hasta ahora en la formación de recursos locales que puedan replicar estos procesos. En términos de eficacia y respuesta a las acciones formativas “Guerrero está como en el lugar 12, sobreviviendo; y Chiapas y Oaxaca se pelean el último lugar, y no nada más en estos programas, en todos”.

El mal desempeño en estos rubros ha hecho que el recurso disponible se reduzca: por falta de resultados, así como por falta de comprobación y transparencia en el uso de los recursos transferidos; las entidades cuentan entonces con los “mínimos indispensables”, no porque eso sea lo que se requiera, sino porque no hay pruebas de que el recurso se ejerza para lo que fue etiquetado; de esta forma, la baja operatividad y la falta de transparencia hacen que se vayan recortando los presupuestos y producen un círculo vicioso.



## 8. Conclusiones y recomendaciones

La presentación de las conclusiones y recomendaciones de este documento se ha estructurado a partir de los principales puntos que se establecieron como guía en la sistematización de la información y en el análisis de la misma.

### a. Calidad y confiabilidad de la información

Un primer punto para determinar las condiciones que existen para la aplicación efectiva de la NOM 046 es la existencia de información confiable y actualizada que permita medir ese proceso. Al respecto, puede señalarse que las instituciones de salud en las entidades federativas consideradas, no tienen sistemas de información ni bases de datos con el registro del número, edad o condición de pertenencia étnica de las víctimas de violencia sexual y de violación que recibieron anticoncepción de emergencia y medicamentos para prevenir ITS; ni tampoco sobre el número de casos de violación que resultaron en embarazos no deseados a los que hubiera sido aplicable la ILE. Por otra parte, la información recibida tampoco registra lo que sucede en todos los servicios de salud existentes en los tres estados, pues la mayoría de los registros que se recibieron fueron del IMSS Prospera y del IMSS Régimen Ordinario; mientras que las respuestas de las Secretarías de Salud locales fueron mínimas (solo contestó Oaxaca, además de dos hospitales de los SESSA estatales de Guerrero y Oaxaca, respectivamente) o no llegaron (como en el caso de Chiapas).

En ese mismo sentido, las respuestas obtenidas muestran que las dependencias e instancias de salud registran de forma distinta los datos de atención e incluso, tienen distintos procedimientos en la atención de casos de violencia sexual y violación. Los formatos dispuestos por la NOM046 y el SUIVE se utilizan en algunos servicios pero no en todos, lo cual resulta en una gran heterogeneidad de formatos de registro que dificultan el seguimiento, pese a que el registro de personas atendidas por violencia sexual es muy importante para mejorar la prestación de los servicios; reducir la revictimización mediante la integración de expedientes completos y claros; y para sistematizar los datos que fundamentan medidas de prevención, detección y atención de la violencia sexual en los servicios de salud. El IMSS-RO y el IMSS-Prospera indicaron estar trabajando en lineamientos internos a la institución para adecuar sus labores a la NOM-046; sin embargo, dichos lineamientos no están todavía listos y por lo tanto no se usan. En ese sentido, tampoco en la captura de la información se sigue el formato establecido por la norma. Sin embargo, es importante reconocer que el IMSS-Prospera es la única institución (programa) que sí desagrega la información por edad/grupos de edad y por etnicidad.

Al respecto, se recomienda que:

- Se fortalezcan los procedimientos de registro sistemático de la atención a víctimas de violación y violencia sexual dentro de los servicios de salud designando a personal específico previamente capacitado para el cumplimiento de estas tareas; y capacitando al personal médico y de enfermería que atiende directamente para que, en su caso, pueda proceder a un registro confiable;



- Se incluya en los registros datos que permitan dar seguimiento a los casos –domicilio, edad, pertenencia étnica, tipo y frecuencia de las agresiones, entre otros-
- Se generen mecanismos de registro que permitan detectar posibles casos de violencia sexual contra niñas, niños y mujeres en las consultas regulares, las consultas de urgencia y las acciones diversas de salud que se implementan desde los servicios de salud, para ampliar su cobertura y mejorar la protección a las víctimas de violencia sexual.
- Se asegure que todas las instituciones del Sector Salud conozcan los procedimientos, lineamientos y formatos de registro que plantea la NOM-046 y los utilicen en los registros de atención.

#### **b. La atención a la violencia en el sector salud**

A partir de la información recabada, puede afirmarse que existe una falta de atención a la violencia sexual sistémica en los servicios de salud en las tres entidades seleccionadas. Los datos recogidos muestran que no se hace prevención ni detección y, por tanto, la omisión contribuye a la invisibilización y falta de respuesta a la problemática.

Dentro de los avances detectados, puede observarse que sí se han implementado medidas para contar con instalaciones que garantizan la privacidad y confiabilidad en la atención a las víctimas de violencia y el abasto de medicamentos, especialmente de anticoncepción de emergencia. No obstante, la falta de personal especializado, la alta rotación de personal médico y de enfermería en la atención directa al público; los altos índices de personal objetor de conciencia (se registra entre un 50-70%, ); el desconocimiento de las atribuciones y los mecanismos efectivos de aplicación de la NOM046, hacen que estos avances no impacten en la prevención de embarazos no deseados o la interrupción de los mismos bajo las causales reconocidas con su efecto sobre el derecho a elegir, el derecho a la salud y el derecho a una vida libre de violencia, de las usuarias de los servicios de salud que han sido víctimas de violaciones y violencia sexual.

El subregistro observado de casos de violencia sexual en las tres entidades consideradas (285 casos en 2017) y la bajísima aplicación de la ILE en estas circunstancias (menor al 1%) no corresponden a la incidencia de esta problemática, ni a nivel nacional, ni a nivel de los estados por lo que se observa una subutilización y mala aplicación de los recursos previstos en la NOM046 para la atención a las víctimas de violencia sexual, incluso ante una aproximación tan relativa a la ocurrencia de la violencia sexual, como se demuestra en las 7 quejas públicas registradas en los instrumentos aplicados.

En ese marco, se recomienda que:

- Se impulsen acciones a nivel estatal que den a conocer el contenido y obligatoriedad de la NOM046 entre los prestadores de servicios de salud
- Se identifique con precisión al personal objetor de conciencia y al personal anuente a la aplicación de la ILE en los casos y ante las causales previstas; para que la institución cuente



con el personal suficiente, no objetor de conciencia, para garantizar el derecho al ILE en todos los casos que se requiera.

- Se difunda públicamente el contenido y las medidas de apoyo y protección de la NOM046 para mejorar las condiciones de exigibilidad por parte de los usuarios y usuarias de los servicios de salud
- Se capacite y actualice al personal médico no objetor para especializarlo en la realización de la ILE bajo los métodos menos invasivos
- Se tomen medidas conducentes para que los servicios de salud amplíen sus capacidades y acciones de detección de violencia sexual entre la población usuaria.

### **c. La problemática del VIH y las oportunidades perdidas**

La información recabada permite deducir que posiblemente hay un área de oportunidad perdida para la detección y oportuno tratamiento de casos de VIH entre mujeres, a partir del bajo registro en los casos de violencia sexual. Si no se detectan casos de violencia sexual, especialmente en unidades de salud resolutivas y de gran número de usuarias atendidas como es el caso del Hospital Aurelio Valdivieso de Oaxaca, se pierde la oportunidad de brindar un tratamiento oportuno, marcado en la NOM 046, incluyendo las pruebas de detección de VIH y la oferta de anticoncepción de emergencia. El importante crecimiento en la incidencia de casos detectados entre mujeres, plantea la necesidad de reforzar las acciones de prevención y detección en esta población. En ese sentido tres oportunidades claves para ello en tanto las mujeres acuden a los servicios de salud, son la detección durante el embarazo y la prevención de la transmisión perinatal a partir de ello; así como la detección en los servicios cuando se acude a ellos en casos de violencia sexual. Esto a su vez contribuye a detener el crecimiento de la epidemia entre mujeres.

Al respecto se recomienda:

- Asegurar los mecanismos gerenciales, operativos y financieros para implementar siempre la detección oportuna de todo caso de violencia sexual en consulta o en urgencia en todos los servicios de salud del sector, ofreciendo siempre y de manera gratuita el tamizaje de ITS y VIH-sida, además de la referencia oportuna al tratamiento en cada caso que resulte positivo.
- Fortalecer la capacitación y sensibilización del personal de salud para una intencionada detección de casos de violencia, realización de pruebas rápidas y oferta de tratamiento, dando cumplimiento a lo establecido en la NOM 046 como forma de garantizar a las mujeres víctimas de violencia, y garantizando el acceso a atención oportuna, de calidad y en el marco de derechos.
- Afinar los mecanismos de canalización de mujeres detectadas, a las unidades especializadas de atención –CAPASITS-, para el acceso a tratamiento antirretroviral y un seguimiento especializado por parte del personal responsable de dichos servicios.



**d. La atención a la violencia sexual en sectores específicos de la población: mujeres indígenas, niñas, niños y adolescentes; mujeres afro-mexicanas; diversidad sexual**

A partir de los resultados obtenidos en este estudio, puede afirmarse que en los servicios de salud de las tres entidades seleccionadas (Chiapas, Guerrero y Oaxaca), existen pocas condiciones para ofrecer servicios diferenciados y culturalmente adecuados a: usuarias indígenas (no se menciona que exista en las plantillas personal que traduzca en lengua indígena, salvo en un caso); a menores de edad (especialmente cuando se trata de casos de violación por un familiar o persona cercana); o a adolescentes embarazadas. Estas carencias repercuten en la reproducción de la vulnerabilidad de estos sectores específicos de la población que, además, enfrentan la estigmatización y la discriminación.

Por otro lado, sólo en Oaxaca se reportaron acciones de colaboración con organizaciones de la sociedad civil dirigidas a sensibilizar y capacitar al personal de los servicios de salud, por lo que puede inferirse que estas buenas prácticas de colaboración no están institucionalizadas ni ocurren del mismo modo en las tres entidades seleccionadas. Dado que las organizaciones civiles ocupadas en la promoción de los derechos sexuales y reproductivos suelen tener experiencia y capacidad de acción en la materia de la NOM046, la falta de colaboración entre los servicios públicos de salud y la sociedad civil también redundan en una revictimización y falta de cobertura para las víctimas de violencia sexual, especialmente en estos sectores de la población, como se ha señalado desde organizaciones indígenas y defensoras de los derechos de las mujeres y las niñas.

Ante esta evidencia se recomienda que:

- Se implementen medidas para que los servicios de salud instalados en regiones indígenas cuenten, dentro de su personal, con traductoras en la(s) lengua(s) local(es) capacitadas para la detección de casos de violencia y para orientar a las víctimas sobre sus opciones y las medidas contempladas en la NOM046, incluida la ILE
- Se implementen medidas para que los servicios de salud cuenten con personal capacitado para la atención independiente de menores y adolescentes e incluso, para que cuenten con vínculos con promotores-as juveniles para la prevención de la violencia sexual y el embarazo adolescente, que colaboren en la detección de casos y en referirlos a los servicios de salud
- Se mejoren los registros de casos indicando el dato de pertenencia étnica
- Se mejoren los registros de casos indicando la edad de las víctimas
- Se mejoren los procedimientos de registro y seguimiento a las víctimas de violencia sexual pues, en estos sectores especialmente vulnerables, la ocurrencia puede ser constante
- Se promuevan acciones de colaboración especialmente con escuelas, para detectar casos de violencia sexual, violación y embarazos no deseados entre niñas, niños y adolescentes.

**e. Representaciones sociales hegemónicas sobre maternidad, aborto, sexualidad y violación en los sectores de salud y procuración de justicia, así como en las usuarias**

Esta investigación permite señalar la existencia de representaciones sociales hegemónicas en torno al ejercicio de la sexualidad, sus consecuencias y la maternidad, las cuales son compartidas por la



gran mayoría de las mujeres, el personal de salud y muy probablemente también por el personal de procuración de justicia. Se reportó en los instrumentos contestados por las autoridades en salud un número bajísimo de solicitudes de servicios de ILE por parte de las mujeres y sus familiares, lo cual podría estar indicando desconocimiento de la normatividad existente en torno al tema, resistencias de orden moral o religioso a solicitar dicho procedimiento o una naturalización de la maternidad como la opción a seguir, incluso cuando el embarazo es producto de la violencia sexual.

Un dato revelador de la falta de solicitud se puede rastrear en las quejas a organismos de defensoría de derechos humanos. En la Defensoría de los Derechos Humanos del Pueblo de Oaxaca, se nos reportó que se reciben o inician de oficio hasta 2000 quejas anuales y, en la pesquisa que hicieron a raíz de nuestra solicitud, no encontraron una sola queja de mujeres a las que se les hubiese negado AE o ILE en los servicios de salud de las instituciones públicas de la entidad entre 2013 y 2018. Solo iniciaron de oficio una investigación con respecto a la posible negativa de ofrecer ILE a mujeres que habían sufrido violaciones sexuales, a raíz de un artículo periodístico del 2017.<sup>82</sup> Sin embargo, cerraron el caso después de investigarlo, porque las autoridades en salud respondieron a las solicitudes del organismo afirmando que no habían recibido ninguna solicitud de ILE por violencia sexual en los meses previos.<sup>83</sup>

En tal sentido llaman la atención también algunas respuestas marcadas en los instrumentos, respecto al desconocimiento por parte de los prestadores, del marco legal que rige en cada entidad para la realización de la ILE, de sus atribuciones, competencias y obligaciones como servidores públicos; al igual que el marco legal que protege su accionar para realizar el procedimiento en los casos aceptados por la ley. Esto permite inferir que no se esté brindando a las mujeres, información suficiente y oportuna sobre sus recursos de atención y opciones disponibles en los casos de violencia y esto se agudiza aún más en el caso de niñas y adolescentes, especialmente si no cuentan con una red familiar de respaldo que las apoye en la solicitud de interrupciones legales. Al contrastar con la revisión de casos jurídicos y sentencias emitidas por la Corte en esta materia, salta a la vista que cuando se toma la decisión de iniciar un proceso por violación al derecho a la ILE, el apoyo de la red familiar resulta fundamental en el caso de las niñas y adolescentes, bien para continuar adelante con la denuncia como en la sentencia de Morelos resuelta a favor de la víctima; o por el contrario, en casos como el de Hidalgo donde la familia decidió retirar la denuncia debido a las afectaciones emocionales que el proceso estaba generando en la adolescente víctima de violencia., se nos comentó de un caso de violación a una. Por lo anterior, valdría la pena rastrear con mayor detalle en investigaciones futuras las relaciones entre embarazos en niñas y adolescentes, y casos de violencia sexual que llegaron a los servicios de salud en busca de atención

Podríamos resumir este apartado señalando que la investigación permitió observar que las mujeres no solicitan o solicitan muy poco la ILE, y el personal de salud a su vez, no se las ofrece, a veces por

---

<sup>82</sup> "Niegan abortos legales a víctimas de abuso sexual en Oaxaca", Periódico Noticias, Voz e Imagen, viernes 17 de febrero de 2017 (<https://www.nvinoticias.com/nota/51430/denuncian-servicios-de-salud-de-oaxaca-por-negarse-realizar-abortos-legales>).

<sup>83</sup> Entrevista con IBL, diciembre 2018 y datos Defensoría 2013-18.



desconocimiento, a veces de manera premeditada por convicción. De este modo, resulta insuficiente el reconocimiento jurídico a este derecho y se hace necesaria una mayor difusión tanto entre usuarias como entre personal de salud y de procuración de justicia.

Al respecto se recomienda:

- Fortalecer entre las usuarias la información sobre la NOM 046 y sus derechos en casos de violencia familiar y sexual, incluyendo el derecho a solicitar oportunamente y obtener la ILE.
- Promover espacios de discusión y capacitación con el personal de salud sobre sexualidad, maternidad y derechos, de tal manera que permita desnaturalizar ideas preconcebidas o prejuicios en torno al ejercicio de la sexualidad entre adolescentes, a la naturalización de la maternidad como parte de las normas y roles de género, y garantice el oportuno acceso a detecciones, procedimientos, tratamientos y medicamentos requeridos para dar cumplimiento a lo establecido en la NOM 046.
- Establecer alianzas con otras instituciones del sector salud, procuración de justicia y educación, así como con organizaciones de la sociedad civil, medios de comunicación, entre otros, para la difusión efectiva de derechos de las mujeres, incluyendo el marco legal de interrupción del embarazo en cada entidad federativa.

**f. El cumplimiento de la normatividad como derecho exigible, la promoción y difusión sobre derechos y sus efectos en la aplicación de la NOM046**

La información recabada en este estudio nos permite deducir que existe una brecha muy grande entre lo que la normatividad establece, por un lado, y el conocimiento de la misma y de los derechos que su aplicación implica o su falta de aplicación vulnera, por el otro. El diagnóstico presenta una limitante importante en este rubro, ya que no incluyó recabar información directamente con mujeres. Sin embargo, entre las causas por la no aplicación cabal de la NOM-046, especialmente en cuanto a ILE a consecuencia de un embarazo resultado de una violación--causas que fueron enlistadas por los directivos de las instituciones que estuvieron contestando este apartado del instrumento--comúnmente apareció "el desconocimiento de las mujeres" y "el no conocer sus derechos". Las entrevistas que se realizaron también remarcaron que hay un déficit importante en el conocimiento de las mujeres que tienen derecho a ser atendidas de manera oportuna y adecuada, ofreciendo por parte de los prestadores consejería y referencia legal y psicológica; además de que el personal de salud debe de ofrecer anticoncepción de emergencia, tamizaje de ITS y VIH-sida y, en caso de embarazo, el acceso gratuito y oportuno a la ILE. Si las mujeres desconocen, no pueden exigir la atención a la que tienen derecho; aun si hay que reconocer que el conocimiento por sí solo es necesario y urgente, pero no es suficiente ya que por sí solo no garantiza obtener la atención de manera adecuada, oportuna y digna.

Por otro lado, resulta evidente que el personal de salud, pero también los directivos de las dependencias de salud en los tres estados, desconocen el contenido de observancia obligatoria de la NOM-046 y/o no la aplican vulnerando los derechos de las mujeres víctimas de violencia, sobre todo cuando están en desacuerdo por sus propios valores morales, siendo objetores. La no



aplicación no se limita al no ofrecer la atención en ILE, sino a veces también el AE; además de que es común que no se informen las víctimas sobre sus derechos de denunciar, no se ofrezca consejería psicológica y no se les provea información, atención y/o referencia para el tamizaje en ITS y VIH-sida. Hay una corresponsabilidad institucional en estos incumplimientos que es importante reconocer. Si el personal médico no tiene stock de AEs, no tiene un listado actualizado para referir a las mujeres víctimas para una atención más especializada (incluyendo refugios, Fiscalías especializadas, hospitales donde proveen ILE, etc.) y/o no recibe el apoyo o enfrenta la negativa de sus autoridades inmediatas o mediatas en proveer esta información, la AE o la ILE, la institución se vuelve directamente responsable por el incumplimiento.

Finalmente es crucial abatir el "muro del silencio" que rodea la sexualidad, la violencia sexual y la ILE, de la misma forma como se ha iniciado a abatirlo en relación a la violencia familiar. El silencio es consecuencia de valores y representaciones sociales acerca de la sexualidad y su ejercicio, los ideales de la masculinidad y la feminidad, las expectativas de la maternidad, la definición de lo que es o no es violencia, y la protección de una niñez que se supone desvalida y sin derechos, sobre todo en el ámbito "íntimo" del hogar. Estos patrones son profundamente arraigados en la sociedad mexicana, influenciados por creencias religiosas patriarcales y misóginas y por el machismo cultural que permea las relaciones y el entramado sociales en el ámbito del privado y de lo público; estos valores, creencias, representaciones sociales y prácticas asociadas han hecho un enorme daño a las mujeres mexicanas, incluyendo a las niñas y adolescentes, por lo que es necesario enfrentarlos con información, sensibilización y capacitación integral, continua, permanente, integral y que abarque todos los ámbitos de la vida.

A partir de los resultados del diagnóstico se recomienda que:

- Se capacite y sensibilice al personal médico operativo que tiene las habilidades técnicas para realizar la ILE y proveer la AE, de manera periódica y continua acerca del contenido, los pasos a seguir y la obligatoriedad de la NOM-046; el enfoque de derechos humanos; los DSyR de las niñas, adolescentes y mujeres adultas, incluyendo a mujeres indígenas; los organismos gubernamentales y de sociedad civil existentes en la entidad que apoyan en la atención de la violencia de género y sexual; y el marco legal del aborto permitido en cada entidad, sobre todo en casos de violencia sexual.
- Se capaciten y sensibilicen a los directivos de las unidades médicas que tienen la capacidad de atender ILE, así como los directivos de todas las unidades de salud que proveen AE, de manera periódica y continua acerca del contenido, los pasos a seguir y la obligatoriedad de la NOM-046; el enfoque de derechos humanos; los DSyR de las niñas, adolescentes y mujeres adultas, incluyendo a mujeres indígenas; los organismos gubernamentales y de sociedad civil existentes en la entidad que apoyan en la atención de la violencia de género y sexual; y el marco legal del aborto permitido en cada entidad, sobre todo en casos de violencia sexual.
- Se capaciten y sensibilicen al personal y directivos de las Fiscalías especializadas en violencia de género de las entidades federativas de manera periódica y continua acerca del contenido, los pasos a seguir y la obligatoriedad de la NOM-046; la referencia apropiada a las unidades de salud que proveen atención a víctimas de violencia de género y sexual en la



entidad; el enfoque de derechos humanos; los DSyR de las niñas, adolescentes y mujeres adultas, incluyendo a mujeres indígenas; los organismos gubernamentales y de sociedad civil existentes en la entidad que apoyan en la atención de la violencia de género y sexual; y el marco legal del aborto permitido en cada entidad, sobre todo en casos de violencia sexual.

- Se organicen, elaboren y actualicen de manera periódica directorios de organismos gubernamentales y sociedad civil en los ámbitos del refugio a víctimas, consejería legal y psicológica, atención especializada médica y apoyo en procuración de justicia, para su distribución periódica y continua a todo el personal de salud, directivos de unidades médicas, personal de Fiscalías especializadas y MPs.
- Se realicen campañas en medios masivos de comunicación en español y en lenguas indígenas en las tres entidades acerca de la existencia, contenido, ruta crítica y la obligatoriedad de aplicación de la NOM-046 por parte del sector salud; el enfoque de derechos humanos y los DSyR de las niñas, adolescentes y mujeres adultas, incluyendo a mujeres indígenas; los organismos gubernamentales y de sociedad civil existentes en la entidad que apoyan en la atención de la violencia de género y sexual; los derechos y la ruta crítica a seguir en casos de niñas y adolescentes víctimas de violencia de género y violencia sexual; y el marco legal del aborto permitido en cada entidad, sobre todo en casos de violencia sexual.
- Se impulsen vinculaciones y acciones interinstitucionales con el Sector educativo, el DIF y el Sistema Estatal de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes en cada entidad federativa, para informar, capacitar y sensibilizar en sus respectivos ámbitos de competencia acerca de la problemática (y sus manifestaciones) de la violencia de género y violencia sexual, en particular; los derechos de niñas, adolescentes y mujeres adultas víctimas de estas violencias y las obligaciones de las instituciones públicas de salud y procuración de justicia en atenderlas de manera expedita y oportuna; y las rutas críticas a seguir en caso de ser víctimas.

### **Coordinación institucional y sociedad civil**

Los datos obtenidos en este Estudio muestran que existe muy poca colaboración formal entre las organizaciones de la sociedad civil y los servicios de salud, pero que cuando ésta se presenta, tiene efectos positivos en la sensibilización y capacitación del personal de salud; así como en la adecuación de los procedimientos para la atención de niñas, niños y adolescentes; así como de mujeres indígenas. Al respecto, se recomienda que:

- Se promuevan mayores acciones de colaboración entre los servicios locales de salud, agencias especializadas en atención a violencia de género de procuración de justicia, y las organizaciones de la sociedad civil que trabajan temáticas de violencia, SSR y promoción y defensa de los DSyR, para elevar los índices de detección de casos, acceso a los servicios y, en su caso, referencias para AE e ILE.
- Impulsar acciones de colaboración entre los servicios de salud y las organizaciones de la sociedad civil especializadas en temas de violencia y ssr para ofrecer capacitación y



sensibilización constantes al personal de salud (dada su alta rotación), en materia de derechos sexuales y reproductivos e ILE.

- Promover la colaboración entre organizaciones de la sociedad civil y los servicios locales de salud para impulsar medidas de adecuación de la atención a las características y necesidades de población usuaria víctima de violencia sexual, como niños, niñas y adolescentes, así como mujeres indígenas.
- Impulsar acciones asertivas y documentadas de coordinación entre los servicios de salud y las instancias de procuración de justicia que permitan atender los casos detectados de violencia sexual y violación en ambas ventanillas.

#### **g. Institucionalización personalizada y la implementación de la NOM046**

A partir de los resultados obtenidos en este estudio, puede afirmarse que la institucionalización de la atención a la violencia de género en el sector salud, a partir de la aplicación de la NOM046 aún no ha quedado establecida y que el seguimiento de los procedimientos; la garantía de accesibilidad, confidencialidad y atención personalizada sólo se cumple en aquellos servicios de salud donde existe personal sensibilizado, capacitado y comprometido; así como en aquellos servicios donde los directivos conocen el marco normativo, promueven su cumplimiento y se ocupan directamente de que el personal aplique la NOM046.

Dada la alta rotación en el personal de salud específicamente, entre el que provee los servicios directamente y atiende a las usuarias víctimas de violencia sexual y física; la falta de institucionalidad e incorporación efectiva de estos procedimientos reduce las posibilidades de acceso de las usuarias a la protección contra la violencia sexual y eventualmente, a la aplicación de la ILE, al tiempo que genera desigualdad en las capacidades de atención de los diferentes servicios de salud. La rotación y la falta de permanencia atañe también a los directivos y autoridades que supervisan, dan indicaciones y apoyan estos procesos. El diagnóstico evidenció en este sentido, que hay situaciones de franco retrocesos en algunas entidades federativas (como son los casos de Chiapas y Oaxaca), donde con los cambios de administración y la rotación de directivos, se han perdido rutas críticas establecidas y efectivas en la aplicación de la NOM-046 y la provisión de la ILE.

Ante este contexto, se recomienda que:

- Se generen mecanismos que permitan dar seguimiento desde el ámbito federal y estatal, a las acciones puntuales en materia de violencia sexual e ILE desde el sector salud, a partir de una rendición de cuentas efectiva que detalle las acciones de detección, atención, referencia e intervención realizadas en los ámbitos materia de la NOM046.
- Se establezcan procedimientos, formatos y mecanismos periódicos de registro, seguimiento y valoración de las acciones de detección, atención, referencia e intervención en materia de violencia sexual que sean conocidos por el personal relevante y de los que se dé cuenta al presentar cualquier tipo de informes administrativos, operativos y especiales.



- Las autoridades estatales de salud contemplen recursos de apoyo (formación, capacitación, sensibilización y seguimiento) al personal de los servicios donde se puede prestar servicio de ILE y donde pueden detectarse posibles casos de violencia física y sexual.
- Las autoridades estatales –de salud y de gobierno- implementen mecanismos periódicos de reconocimiento y sanción para los servicios de salud en materia de violencia física y sexual.
- Las autoridades estatales de salud documenten buenas prácticas en materia de atención a la violencia física y sexual en los servicios de salud, las difundan ampliamente y promuevan su adopción en todos los establecimientos de salud de cada entidad
- Se fortalezcan las acciones de información a las usuarias y difusión de las opciones ante casos de violencia sexual y violación, como parte de una estrategia de exigibilidad de aplicación de la NOM046.

#### **h. Accesibilidad y cobertura de servicios en relación con la violencia sexual y la implementación de la ILE**

El diagnóstico evidenció las enormes dificultades que enfrentan niñas, adolescentes y mujeres adultas víctimas de violencia sexual, en recibir atención oportuna, eficaz, adecuada y de calidad en los servicios de salud de las distintas dependencias públicas a las que acuden en las tres entidades. Es fácil de suponerse que estas dificultades y barreras se multiplican en los casos en que las víctimas sean niñas o adolescentes (aún más, cuando no tengan el firme apoyo de sus padres) y de las mujeres indígenas que residen en lugares rurales y aislados y enfrentan barreras lingüísticas y culturales para comunicarse y exigir el respeto de sus derechos.

De por sí, Chiapas, Guerrero y Oaxaca son estados que enfrentan problemas serios de acceso a los servicios de salud, sobre todo para las mujeres indígenas y en los espacios rurales, por las distancias y el aislamiento geográficos, la falta de carreteras o la imposibilidad de transitarlas en la época de lluvia y los desastres naturales recurrentes. A eso, se añade la falta de adecuación intercultural de los servicios disponibles, la gran mayoría de los cuales (con la excepción parcial del Programa IMSS-Prospera, sobre todo en Chiapas) no tienen traductores/as, aun cuando los porcentajes de poblaciones HLI son entre los más altos en el país. Finalmente, existe el problema irresuelto de los costos, ya que, aun si los servicios de urgencia y de consulta son gratuitos en la gran mayoría de los casos por la afiliación al Seguro Popular o la cobertura del IMSS-Prospera, los traslados para servicios especializados (una denuncia, el acceso a un CAPASITS, o la solicitud posible de una ILE) implican traslados a zonas urbanas que las mujeres y sus familiares deben de costear con gastos de bolsillo que pueden ser prohibitivos en las economías de los hogares locales.

El estudio pone en evidencia que las instituciones que contestaron el cuestionario reportan ofrecer sus instalaciones de servicios de salud para la detección y atención de la violencia de género, incluida la violencia sexual, sin reportar, con poquísimas excepciones, servicios de corte especializado. En algunos casos se reportó que los servicios cuentan con consejería psicológica o de trabajo social; en la mayoría de los casos el personal que atiende no tiene conocimiento del tratamiento específico que se da a pacientes víctimas de violencia sexual. Es claro que la presencia de servicios



especializados a nivel psicológico, legal y de refugio se encuentran, en el mejor de los casos a nivel urbano, por lo que las mujeres rurales e indígenas tienen una brecha de acceso mucho mayor. La situación se agrava notablemente con las enormes barreras que enfrentan las niñas, adolescentes y mujeres adultas en el acceso potencial a ILE y posiblemente también con el acceso a la AE; aun si resulta claro del diagnóstico que el problema de acceso a ILE está presente a lo largo y ancho de los tres estados y no sólo en el medio rural. Finalmente, el diagnóstico pone en evidencia no sólo el desconocimiento de la NOM-046 y las causales permitidas para la ILE en casos de violencia sexual entre prestadores de servicios y directivos de unidades y dependencias de salud, sino la falta de personal capacitado para proveer el servicio de ILE y, sobre todo, la voluntad deliberada en la gran mayoría de ellos de no respetar/implementar la norma en cuanto a la implementación de la ILE por ser objetores implícitos o manifiestos; lo anterior, es seguramente la barrera más infranqueable que se está enfrentando en el país y en estos tres estados en cuanto al acceso a la ILE para toda mujer que la necesite.

A partir de los resultados de este estudio se recomienda:

- Capacitar y sensibilizar al personal de salud que labora en todos los niveles de la atención del sector público acerca de la NOM-046, las causales permitidas de ILE dentro de la misma, la ruta crítica de la atención en casos de violencia sexual de acuerdo a la última reforma de la NOM-046, y los derechos de las mujeres indígenas y las niñas y adolescentes en cuanto a la atención en casos de violencia sexual, incluyendo en la provisión de la ILE.
- Sensibilizar a los directivos de las unidades de salud y autoridades de las dependencias públicas acerca de la obligatoriedad de la norma y la necesidad de garantizar personal no objetor dentro de los servicios, incluyendo en regiones indígenas.
- Capacitar a personal de salud no objetor en la atención de la ILE, garantizando su distribución equitativa en cada uno de los tres estados.

#### **i. Financiamiento**

Para el caso de las secretarías y servicios de salud de Chiapas, Guerrero y Oaxaca, la información recabada a través de solicitudes de información vía INAI y/ los instrumentos del diagnóstico, dan cuenta que no se programaron recursos para la Norma 046 como tal, sino que se etiquetaron para insumos, actividades (como capacitación, difusión y supervisión) o personal para su operación a través del Programa de Prevención y Atención del Violencia Familiar y de Género (PPAVFG) 2013-2018. Dicha modalidad de asignación conlleva que la norma carece de un soporte completo en cuanto a recursos financieros y materiales, por ende, está en duda su factibilidad de aplicación cabal. A modo de ejemplo, es así que no se destina recurso de ningún tipo a la ILE, siendo una de las intervenciones centrales de la Norma.

En el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social en sus modalidades de Régimen Ordinario y programa IMSS-Prospera, ninguno de los tres estados mencionados proporcionó información alguna en relación a recursos para cualquiera de los componentes de la Norma o de acciones del



PPAVFG vinculadas a la misma. En consecuencia, permanece la interrogante si efectivamente está contemplada en la prestación de los servicios por dichas instituciones.

A partir de estos resultados se recomienda:

- Hacer uso de los mecanismos de gestión existentes en el ámbito federal y en las secretarías y servicios estatales de salud, que permitan la asignación de presupuesto (recursos financieros y/o en especies) a los componentes de la Norma 046.
- Vincular el cumplimiento de los componentes y acciones de la Norma 046 a indicadores de gestión del presupuesto.
- Revisar los mecanismos de política pública que permiten la aplicación real de la Norma 046, ya sea a través de programas o de la prestación de servicios en las redes de atención o en esquemas mixtos, para planear una asignación de recursos efectiva.
- Utilizar el proceso de planeación 2019-2024, para incorporar la Norma 046 en el diseño de política pública.



## 9. Referencias bibliográficas

Amnistía Internacional-Chile, *El aborto y los derechos sexuales y reproductivos: fundamentos de los derechos humanos*, Santiago de Chile, 2014, 19 pp.

Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, *Primer Diagnóstico sobre la atención a la violencia sexual en México. Resumen ejecutivo*, México, 2016, 32 pp.

COESPO, *Derechos sexuales y reproductivos*, Consejo Estatal de Población, Toluca, Estado de México, 2014, 8 pp.

CONAPO, *Situación de la salud sexual y reproductiva. República Mexicana*, Consejo Nacional de Población, México, 2016, 238 pp.

CONAPO. *Salud Sexual y Reproductiva, Oaxaca*. Consejo Nacional de Población, México, 2016, 16 pp.

Galdós, Silva, Susana, “La Conferencia de El Cairo y la afirmación de los Derechos Sexuales y Reproductivos, como base para la salud sexual y reproductiva” en *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, vol.30 no.3 Lima jul. 2013

GIRE, *Violencia sin interrupción*, Grupo de Información en Reproducción Elegida AC, México, 2017, 2ª edición, 105 pp.

GIRE, *Maternidad o castigo. La criminalización del aborto en México*, Grupo de Información en Reproducción Elegida AC, México, 2018, 72 pp.

Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir, *Derechos sexuales y reproductivos*, 2016.  
<https://ilsb.org.mx/dsyr/>

INEGI, “Estadísticas a propósito del Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (25 de noviembre)”, 23 noviembre, 2017  
[http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/violencia2017\\_Nal.pdf](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/violencia2017_Nal.pdf)

INMUJERES, Cuaderno de Género 17

<http://inmujeres.gob.mx/index.php/biblioteca-digital/cuadernosgenero>

Instituto Nacional de las Mujeres, Sistema de Indicadores de Género, *Estadísticas de violencia contra las mujeres en México*, 2017, 6 pp.

<http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/convenciones/Nota%20violencia.pdf>



Juárez, Fátima, “El aborto un problema vigente en México” en *Coyuntura Demográfica. Revista sobre los procesos demográficos en México hoy*, SOMEDE/El Colegio de México/UNFPA/UAM/UIA/FLACSO/CIESAS/Programa Universitario de Estudios del Desarrollo/INMUJERES/INEGI/SES/El Colegio de la Frontera Norte/CONAPO, México, 2013, núm. 3, pp. 21-28.

Juárez, Fátima, Susheela Singh, Isaac Maddow-Zimet, Deirdre Wulf, “Embarazo no planeado y aborto inducido en México: causas y consecuencias”. Guttmacher Institute- El Colegio de México, México, 2016, 48 pp

Meneses Mendoza, Eloina y María de la Cruz Muradás Troitiño, coords., *Salud sexual y reproductiva. Chiapas*, Consejo Nacional de Población, México, 2017, 140 pp.

Meneses Mendoza, Eloina y María de la Cruz Muradás Troitiño, coords., *Salud sexual y reproductiva. Guerrero*, Consejo Nacional de Población, México, 2017, 140 pp.

Marijke Velzeboer, et. al, *La violencia contra las mujeres. Responde el sector de la salud*, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, 2003, 141 pp.

Rivas, M. Georgina, et.al., “Violencia, anticoncepción y embarazo no deseado. Mujeres indígenas en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas” en *Revista Estudios Demográficos y Urbanos*, Vol. 24, Num. 3 (72), México, 2009, pp.615-655.

[repositorio.gire.org.mx/.../1/Violencia\\_anticoncepción\\_embarazo\\_no\\_deseado.pdf](http://repositorio.gire.org.mx/.../1/Violencia_anticoncepción_embarazo_no_deseado.pdf)

SIPAM, AC, *Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres 2016. Aportes para un balance de las políticas públicas*, SIPAM AC, México, 2017, 93 pp.



## ANEXOS

### Anexo 1

<b>Programa de Prevención y Atención del Violencia Familiar y de Género (PPAVFG)</b>	Recursos Federales pesos	Insumos pesos	TOTAL pesos
<b>Chiapas</b>	94,097.38	53,636.69	147,734.07
Total Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva	8,822,950.18	3,534,016.69	12,356,966.87
% PPAVFG/Total CNEG y SR	1.07	1.52	1.20
<b>Guerrero</b>	9,116,822.57	88,121.70	9,204,944.27
Total Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva	50,669,679.60	16,198,348.26	66,868,027.86
% PPAVFG/Total CNEG y SR	17.99	0.54	13.77
<b>Oaxaca</b>	1,071,489.12	53,636.69	1,125,125.81
Total Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva	28,127,024.45	18,435,727.97	46,562,752.42
% PPAVFG/Total CNEG y SR	3.81	0.29	2.42



Relación de Insumos	Fuente de Financiamiento	CONCEPTO	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	TOTAL (pesos)
<b>Chiapas</b>	Ramo 12 Apoyo Federal	Efavirenz, Emtricitabina, Tenofovir Fumarato De Disoproxilo. Tableta cada tableta contiene: Efavirenz 600 Mg., Emtricitabina 200 Mg., Fumarato De Disoproxil De Tenofovir 300 Mg., Equivalente A 245 Mg. Tenofovir Disoproxil. Envase con 30 tabletas. Descripción complementaria: Atripla clave del cuadro básico 5640, personas mayores de 13 años o mayores de 40 Kg.	2,332.03	23	53,636.69
<b>Guerrero</b>	Ramo 12 Apoyo Federal	Efavirenz, Emtricitabina, Tenofovir Fumarato De Disoproxilo. Tableta cada tableta contiene: Efavirenz 600 Mg., Emtricitabina 200 Mg., Fumarato De Disoproxil De Tenofovir 300 Mg., Equivalente A 245 Mg. Tenofovir Disoproxil. Envase con 30 tabletas. Descripción complementaria: Atripla clave del cuadro básico 5640, personas mayores de 13 años o mayores de 40 Kg.	2,332.03	30	69,960.90
		Abacavir. Solución cada 100 MI Contienen: Sulfato de Abacavir Equivalente A 2 G de Abacavir. Envase con un frasco de 240 ml. Y pipeta dosificadora. Descripción complementaria: Abacavir clave del cuadro básico 4272, personas menores de 13 años o menores de 40 Kg.	578.00	8	4,624.00
		Lamivudina. Solución cada 100 MI Contienen: Lamivudina 1 G Envase con 240 MI y dosificador. Descripción complementaria: Lamivudina clave del cuadro básico 4271, personas menores de 13 años o menores de 40 Kg.	835.10	8	6,680.80
		Lopinavir-Ritonavir. Solución cada 100 MI Contienen: Lopinavir 8.0 G Ritonavir 2.0 G Envase frasco ámbar con 160 MI y dosificador. Descripción complementaria: Kaletra clave del cuadro básico 5276, personas menores de 13 años o menores de 40 Kg.	1,714.00	4	6,856.00
<b>Oaxaca</b>	Ramo 12 Apoyo Federal	Efavirenz, Emtricitabina, Tenofovir Fumarato De Disoproxilo. Tableta cada tableta contiene: Efavirenz 600 Mg., Emtricitabina 200 Mg., Fumarato De Disoproxil De Tenofovir 300 Mg., Equivalente A 245 Mg. Tenofovir Disoproxil. Envase con 30 tabletas. Descripción complementaria: Atripla clave del cuadro básico 5640, personas mayores de 13 años o mayores de 40 Kg.	2,332.03	23	53,636.69

Fuente: Segundo Convenio Modificatorio al Convenio Especifico en Materia de Ministración de Subsidios para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (AFASPE), 2017, de los estados de Chiapas, Guerrero y Oaxaca. Disponibles en <http://www.spps.gob.mx/spps/convenios-afaspe.php>



Anexo 2

Programa	Tipo de Indicador	Numerador	Denominador	Meta Federal	Indicador	Meta Estatal
Programa de Prevención y Atención del Violencia Familiar y de Género (PPAVFG) <b>CHIAPAS</b>	Proceso	Número de herramientas de detección de la violencia aplicadas.	Número de herramientas de detección de la violencia programadas para su aplicación.	2,141,191	Número de herramientas de detección de la violencia aplicadas a mujeres de 15 años y más unidas respecto de las herramientas de detección programadas.	102,531
	Proceso	Número de herramientas de detección de violencia que resultaron positivas.	Número de herramientas de detección positivas.	578,122	Número de herramientas de detección de la violencia familiar y de género que resultaron positivas respecto de las programadas para su aplicación en mujeres de 15 años y más unidas.	102,531
	Resultado	Número de personas víctimas de violación sexual atendidas en las unidades de salud de manera adecuada y oportuna.	Número de personas víctimas de violación sexual que acudieron para su atención en las unidades de salud en las primeras 72 y hasta 120 horas según corresponda.	100	Porcentaje de casos de violación sexual atendidos de manera adecuada y oportuna con respecto a los que acudieron a los servicios de salud después del suceso.	100



Programa	Tipo de Indicador	Numerador	Denominador	Meta Federal	Indicador	Meta Estatal
Programa de Prevención y Atención del Violencia Familiar y de Género (PPAVFG) <b>GUERRERO</b>	Proceso	Número de herramientas detección de la violencia aplicadas.	Número de herramientas detección de la violencia programadas para su aplicación.	2,141,191	Número de herramientas detección de la violencia aplicadas a mujeres de 15 años y más unidas respecto de las herramientas detección programadas.	69,529
	Proceso	Número de herramientas detección de violencia que resultaron positivas.	Número de herramientas de detección positivas.	578,122	Número de herramientas detección de la violencia familiar y de género que resultaron positivas respecto de las programadas para su aplicación en mujeres de 15 años y más unidas.	18,773
	Proceso	Número de personal médico operativo capacitado y sensibilizado en la aplicación de la NOM 046.	Número de personal médico operativo programado para la capacitación y sensibilización en la aplicación de la NOM 046.	4,290	Número de personal médico operativo capacitado y sensibilizado en la aplicación de la NOM 046 respecto del personal médico operativo programado.	360
	Resultado	Número de mujeres de 15 años y más unidas en situación de violencia familiar y de género severa atendidas en los servicios especializados.	Número de mujeres de 15 años y más unidas en situación de violencia familiar y de género severa programadas para su atención en los servicios especializados.	265,227	Número de mujeres de 15 años y más unidas en situación de violencia familiar y de género severa atendidas en los servicios especializados respecto del número de mujeres programadas para su atención.	8,958



Estructura	Número de visitas de supervisión para la operación de la NOM-046-SSA2-2005 realizadas en los servicios esenciales y especializados de salud.	Número de visitas de supervisión para la operación de la NOM-046-SSA2-2005 programadas en los servicios esenciales y especializados de salud.	490	Número de visitas de supervisión realizadas para la adecuada operación de la NOM-046-SSA2-2005 en los servicios esenciales y especializados de salud respecto de las visitas de supervisión programadas.	14
Resultado	Número de grupos formados para la reeducación de víctimas de violencia de pareja.	Número de grupos programados para la reeducación de víctimas de violencia de pareja.	1,136	Número de grupos formados en las unidades esenciales de salud para la reeducación de víctimas de violencia de pareja con respecto a los grupos programados.	48
Proceso	Número de materiales de promoción y difusión elaborados y difundidos.	Número de materiales de promoción y difusión programados para su elaboración y difusión.	4	Número de materiales de promoción y difusión de una vida libre de violencia elaborados y difundidos a la población en general respecto de los programados para su elaboración y difusión.	4
Resultado	Número de grupos formados para la reeducación de agresores de violencia de pareja.	Número de grupos programados para la reeducación de agresores de violencia de pareja.	1,120	Número de grupos formados en las unidades esenciales de salud para la reeducación de agresores de violencia de pareja con respecto a los grupos programados.	80
Resultado	Número de personas víctimas de violación sexual atendidas en las unidades de salud de manera adecuada y oportuna.	Número de personas víctimas de violación sexual que acudieron para su atención en las unidades de salud en las primeras 72 y hasta 120 horas según corresponda.	100	Porcentaje de casos de violación sexual atendidos de manera adecuada y oportuna con respecto a las que acudieron a los servicios de salud después del suceso.	100



Programa	Tipo de Indicador	Numerador	Denominador	Meta Federal	Indicador	Meta Estatal
Programa de Prevención y Atención del Violencia Familiar y de Género (PPAVFG) OAXACA	Proceso	Número de herramientas detección de la violencia aplicadas.	Número de herramientas detección de la violencia programadas para su aplicación.	2,141,191	Número de herramientas detección de la violencia aplicadas a mujeres de 15 años y más unidas respecto de las herramientas detección programadas.	101,075
	Proceso	Número de personal médico operativo capacitado y sensibilizado en la aplicación de la NOM 046.	Número de personal médico operativo programado para la capacitación y sensibilización en la aplicación de la NOM 046.	4,290	Número de personal médico operativo capacitado y sensibilizado en la aplicación de la NOM 046 respecto del personal médico operativo programado.	60
	Resultado	Número de mujeres de 15 años y más unidas en situación de violencia familiar y de género severa atendidas en los servicios especializados.	Número de mujeres de 15 años y más unidas en situación de violencia familiar y de género severa programadas para su atención en los servicios especializados.	265,227	Número de mujeres de 15 años y más unidas en situación de violencia familiar y de género severa atendidas en los servicios especializados respecto del número de mujeres programadas para su atención.	11,284
	Resultado	Número de grupos formados para la reeducación de víctimas de violencia de pareja.	Número de grupos programados para la reeducación de víctimas de violencia de pareja.	1,136	Número de grupos formados en las unidades esenciales de salud para la reeducación de víctimas de violencia de pareja con respecto a los grupos programados.	16
	Proceso	Número de materiales de promoción y difusión elaborados y difundidos.	Número de materiales de promoción y difusión programados para su elaboración y difusión.	4	Número de materiales de promoción y difusión de una vida libre de violencia elaborados y difundidos a la población en general respecto de los	4



					programados para su elaboración y difusión.	
Resultado	Número de grupos formados para la reeducación de agresores de violencia de pareja.	Número de grupos programados para la reeducación de agresores de violencia de pareja.	1,120	Número de grupos formados en las unidades esenciales de salud para la reeducación de agresores de violencia de pareja con respecto a los grupos programados.	16	
Resultado	Número de personas víctimas de violación sexual atendidas en las unidades de salud de manera adecuada y oportuna.	Número de personas víctimas de violación sexual que acudieron para su atención en las unidades de salud en las primeras 72 y hasta 120 horas según corresponda.	100	Porcentaje de casos de violación sexual atendidos de manera adecuada y oportuna con respecto a las que acudieron a los servicios de salud después del suceso.	100	

Fuente: Segundo Convenio Modificadorio al Convenio Específico en Materia de Ministración de Subsidios para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (AFASPE), 2017, de los estados de Chiapas, Guerrero y Oaxaca. Disponibles en <http://www.spps.gob.mx/spps/convenios-afaspe.php>



### Anexo 3

6.1.1 Indique el monto del gasto ejercido en su dependencia por fuente de financiamiento para cada indicador agrupado por meta correspondiente del PAE PP y AVFG 2013-2018, registrada separadamente en cada uno de los cuatro informes de SIAFFASPE 2017 o en algún otro documento de su dependencia. Añadir filas si es necesario.

INDICADOR	Oaxaca	Informe SIAFFASPE 4 pesos
Indicador 3	Número de grupos formados en las unidades esenciales de salud para la reeducación de víctimas de violencia de pareja con respecto a los grupos programados.	376,472.00
Indicador 5	Número de grupos formados en las unidades esenciales de salud para la reeducación de agresores de violencia de pareja con respecto a los grupos programados.	188,216.00
Indicador 6	Número de mujeres de 15 años y más unidas en situación de violencia familiar y de género severa atendidas en servicios especializados respecto del número de mujeres programadas para su atención.	423,486.00
	<b>TOTAL</b>	<b>988,174.00</b>



6.2.1 Indique presupuesto asignado y ejercido por su dependencia separando recursos financieros y recursos en insumos, para la implementación de la NOM 046 para el año 2017.

Oaxaca	Presupuesto asignado	Presupuesto ejercido
Recursos financieros	1,037,661.82	993,124.38
Recursos en insumos	N/A	N/A

6.2.10 Indique presupuesto asignado y ejercido en 2017 para la profilaxis contra VIH/SIDA en 2017, indicando: a) recursos financieros, b) recursos en insumos y c) por fuente de financiamiento en el estado:

Fuentes de financiamiento	Tipo de recursos	Presupuesto asignado	Presupuesto ejercido
Fuente de financiamiento 1Especificar fuente: Ramo 12 2017	recursos en insumos	87,463.99	87,463.99

Fuente: Respuesta de la Secretaría de Salud de Oaxaca al Cuestionario sobre la aplicación de la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005.