

Derechos Reproductivos de la Mujer en Mexico: *Un Reporte Sombra*

www.reproductiverights.org

DERECHOS REPRODUCTIVOS DE LA MUJER EN MEXICO:
UN REPORTE SOMBRA

Publicado por:

Centro Legal para Derechos Reproductivos
y Políticas Públicas

120 Wall Street
New York, NY 10005
U.S.A.

©1997 Centro Legal para Derechos Reproductivos

Cualquier parte de este informe puede ser copiada, traducida o adaptada con el permiso del CRLP, siempre que las copias sean distribuidas gratuitamente o al costo (sin ánimo de lucro) y que el CRLP sea reconocido como la organización autora. Cualquier reproducción comercial requiere previa autorización escrita del CRLP. CRLP apreciaría recibir la copia de cualquier material en que la información de este informe sea usada.

CONTENIDO

Leyes y Políticas Públicas que Afectan los Derechos Reproductivos La Aplicación de Leyes y la Realidad de las Vidas Reproductivas de las Mujeres

A. Derecho a la Salud, Incluyendo Salud Reproductiva y Planificación Familiar (ARTÍCULOS 12, 14 (2) (b), (c), Y 10 (h) DE CEDAW)	<u>Página</u>
1. Acceso a los Servicios de Salud	3
2. Acceso a Servicios de Salud Reproductiva Integrales y de Buena Calidad	5
3. Acceso a la Información sobre Salud, Incluyendo Salud Reproductiva y Planificación Familiar	7
4. Anticoncepción	9
5. Aborto	10
6. Esterilización	12
7. VIH / SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)	14
8. Salud Reproductiva de las Adolescentes	16
B. Relaciones Familiares (ARTÍCULO 16 DE CEDAW)	
1. Matrimonio y Uniones de Hecho	18
2. Divorcio y Custodia	19
3. Matrimonio de Menores	21
4. Derecho al Acceso a la Planificación Familiar sin Consimiento del Cónyugue	22
C. Violencia Sexual Contra las Mujeres (ARTÍCULOS 5, 6 Y 16 DE CEDAW)	
1. Violación y Otros Delitos Sexuales	23
2. Violencia Doméstica	26
3. Violencia y/o Coerción en los Servicios de Salud	29
D. Educación y Adolescentes (ARTÍCULO 10 DE CEDAW)	
1. Acceso a la Educación	30
2. Información y Educación sobre Sexualidad y Planificación Familiar	31
E. Derechos Laborales (ARTÍCULO 11 DE CEDAW)	
Protección a la Maternidad	32

INTRODUCCIÓN

La intención de este documento es la de hacer un “reporte sombra” del informe del gobierno Mexicano al Comité Para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW). Ha sido recopilado y escrito por el Center for Reproductive Law and Policy (CRLP) (Centro Legal Para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas) y el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). Los países miembros del CEDAW han determinado que las ONG tales como el CRLP y el GIRE puedan tener un papel esencial en el suministro de información independiente y confiable en lo que se refiere al status legal y a la vida cotidiana de las mujeres, así como en los esfuerzos hechos por los estados miembros para cumplir con lo estipulado en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (Convención de la Mujer). Además, si las recomendaciones del CEDAW están firmemente basadas en la realidad de la vida de las mujeres, las ONG las pueden usar para presionar a sus gobiernos en la promulgación o implementación de cambios en las leyes y políticas.

La discriminación contra las mujeres existe en todas las sociedades. Esta discriminación requiere que se tomen medidas urgentes. Este informe está enfocado particularmente sobre los derechos reproductivos, las leyes y políticas públicas relacionadas con dichos derechos, y las realidades que afectan a los derechos reproductivos de las mujeres en México. Como tal, este informe busca hacer un seguimiento a la “Mesa Redonda de los Organismos Monitores de los Tratados de Derechos Humanos sobre la Aproximación de los Derechos Humanos a la Salud de las Mujeres con Especial Énfasis en los Derechos Sexuales y Reproductivos” que fue realizada en Glen Cove, Nueva York, en Diciembre de 1996. La intención de esta mesa redonda es mostrar a los organismos monitores de los tratados las dimensiones de derechos humanos de los problemas de salud, enfatizando especialmente la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Tanto la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo en 1994, como la Cuarta Conferencia Mundial Sobre la Mujer en Beijing en 1995 reconocieron que los derechos reproductivos consisten en un grupo de derechos humanos independientes “ya reconocidos en las leyes nacionales e internacionales, en los documentos de derechos humanos y en otros documentos de consenso,” incluyendo la Convención sobre la Mujer. Creemos que los derechos reproductivos son fundamentales para la salud y la igualdad de las mujeres, y que el compromiso de asegurar tales derechos, por los Estados firmantes debe recibir una atención seria.

Este reporte sombra cubre diversos derechos reproductivos fundamentales en relación con las estipulaciones respectivas de la Convención de la Mujer. Cada tema está dividido en

dos secciones distintas. La primera sección sombreada trata de las leyes y políticas mexicanas que se refieren al tema y las estipulaciones correspondientes en la Convención de la Mujer. La información de la primera parte fue obtenida principalmente del capítulo sobre México en *Mujeres del Mundo: Leyes y Políticas que Afectan sus Vidas Reproductivas - América Latina y el Caribe*. Este libro es parte de la serie de informes mundiales que está elaborando el CRLP en colaboración con ONG de nivel nacional en cada país. GIRE colaboró con el CRLP y con DEMUS, Estudio para la Defensa de los Derechos de la Mujer, en el capítulo sobre México. La segunda sección se concentra en la implementación y cumplimiento de estas leyes y políticas – en otras palabras, en la realidad de las vidas de las mujeres. GIRE ha prestado casi toda la información utilizada en esta sección.

Este informe ha sido coordinado y editado por Katherine Hall Martínez para CRLP, con la asistencia de Alison-Maria Bartolone, y por Lucía Rayas, Claudia Giacomán, y Julieta Herrera para GIRE.

Diciembre 1997

**Leyes y Políticas que Afectan Los Derechos Reproductivos
la Aplicación de las Leyes y la Realidad de las Vidas
Reproductivas de las Mujeres**

**A. DERECHO A LA SALUD, INCLUYENDO SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR
(Artículos 12, 14 (2)(b),(c) y 10 (h) de la CEDAW)**

1. Acceso a los Servicios de Salud

Leyes y Políticas Públicas

La Constitución Federal establece el derecho a la protección de la salud y al acceso de todas las personas a los servicios de salud, a través del Sistema Nacional de Salud (SNS).¹ El programa actual del gobierno para el sector salud es el Programa Reforma del Sector Salud 1995-2000 (PRSS).² Los objetivos son:

- promover la calidad y la eficiencia en la prestación de los servicios a través de la descentralización de los mismos;
- ampliar la cobertura de la atención de las instituciones de la seguridad social, facilitando la afiliación de la población no asalariada; y
- otorgar servicios básicos de salud a la población marginada rural y urbana.³

Los programas establecidos para ejecutar la política de salud son:

- el Programa de Promoción y Fomento de la Salud;
- el Programa de Salud Infantil y Escolar;
- el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000 (PSRPF);
- el Programa de Salud de Poblaciones Adulta y Anciana (PSPAA);
- los Programas de Salud para la Población General (PSPG);
- los Programas Regionales; y
- el Programa de Fomento Sanitario.⁴

El SNS está compuesto por los establecimientos de salud públicos y privados.⁵ El sector de los proveedores públicos se divide en el sistema de seguridad social para la población empleada (población asegurada), y el sistema de salud pública para la población no asegurada.⁶

Desde 1980, la inversión en el sector salud ha permanecido constante, aproximadamente en el 2% del producto bruto nacional (PBN).⁷ Los servicios públicos que brinda la Secretaría de Salud se financian mediante una tarifa pagada por el paciente, que varía de acuerdo a los ingresos de la persona y el tipo de servicio que se presta.⁸ En 1992, menos del 10% del presupuesto de la Secretaría de Salud provenía de las tarifas cobradas,⁹ el gobierno federal asume, pues, casi la totalidad del costo de los servicios.¹⁰ El presupuesto del sistema de seguridad social, está financiado por el empleador (70%), el empleado (25%) y por

el gobierno federal (5%).¹¹ El 12.5% del salario de los empleados es deducido como aporte al sistema de seguridad social.¹²

La relación entre el médico y el paciente es materia de regulación estatal y los conflictos pueden ser planteados a través de juicios civiles y penales, entre otros.¹³ La negligencia médica está sancionada por las leyes penales de los diversos estados. Para el Distrito Federal, el Código Penal establece penas agravadas para los homicidios y lesiones¹⁴ causados por profesionales de la salud en ejercicio de sus funciones o con motivo del desarrollo de las mismas.¹⁵

La Realidad

Según el gobierno, aproximadamente 40% de la población está cubierta por el sistema de seguridad social.¹⁶ Sólo el 2% de la población mexicana está cubierto por compañías de seguros de salud privadas.¹⁷ La población que accede a este sistema está constituida fundamentalmente por trabajadores urbanos,¹⁸ mientras que en el área rural solo el 16.7% de la población tiene acceso al sistema de seguridad social.¹⁹ La oferta estatal de bienes y servicios de salud dispone, aproximadamente, del 70% de las camas censables;²⁰ el porcentaje restante corresponde a la oferta de servicios del sector privado.²¹ Los servicios públicos de salud no alcanzan a cubrir a los grupos más vulnerables de la población, que suman aproximadamente diez millones de habitantes.²² En el período comprendido entre 1991 y 1993, aumentó el porcentaje de mujeres que no tiene acceso a servicios médicos de 54% a 59%.²³ Respecto a los recursos humanos, en 1992 había aproximadamente 100,000 médicos empleados por el Estado. En 1995, había 130.4 médicos por cada cien mil habitantes.²⁴ La oferta estatal de bienes y servicios de salud emplea 66% de los médicos y brinda alrededor de 68% de las consultas médicas.²⁵

Las investigadoras Asa Cristina Laurell y Liliana Ruíz²⁶ coinciden con los múltiples diagnósticos realizados del sistema de salud en México, señalando como problema clave su escisión en varios subsistemas — el paraestatal (de seguridad social), el estatal de población abierta y el privado — que a su vez están subdivididos y fragmentados. “Este problema estructural se traduce en una importante estratificación social en cuanto al grado de acceso y al tipo de servicios disponibles a cada grupo que redundan en una desigualdad importante.”²⁷ La falta de recursos se ha convertido en un problema crónico de las instituciones públicas de salud mexicanas en la última década, trayendo como consecuencia precariedad y deterioro de los servicios. Al mismo tiempo, cobra auge lo que algunos investigadores llaman el “complejo médico-industrial”: las compañías de seguros médicos y empresas médicas privadas, lo que subordina al ejercicio de la medicina a una nueva lógica mercantil y de acumulación de capital. El resultado es un panorama preocupante, en el que persisten la inequidad, cobertura incompleta con tendencia al estancamiento, servicios deteriorados con baja capacidad, restricciones financieras y pacientes insatisfechos.²⁸

De acuerdo con los compromisos que México contrajo en la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, México ha fortalecido los programas de salud materna. Algunas de las acciones destinadas para ese fin han sido la creación de un Comité Nacional para el Estudio de la Mortalidad Materna y Perinatal, el uso del “Carnet de la embarazada” — que tiene como objetivo promover y facilitar un mayor involucramiento de la mujer — así como el

establecimiento de “posadas de nacimiento” y de capacitación de parteras en áreas rurales para ampliar la atención prenatal y de parto en áreas rurales. Sin embargo, como indica el Comité Nacional Coordinador para la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer,²⁹ el incremento en la cobertura de servicios para las mujeres durante su embarazo no ha sido acompañada por mejoras para enfrentar otros aspectos específicos de la salud de las mujeres. Se destaca la necesidad de prevenir, detectar y atender de manera oportuna los tumores mamarios y cérvicouterinos, que provocan casi la mitad de las defunciones por tumores malignos de las mujeres de 15 a 64 años de edad.³⁰

2. Acceso a Servicios de Salud Reproductiva Integrales y de Buena Calidad

Leyes y Políticas Públicas

La Constitución Federal reconoce el derecho a decidir de manera libre, responsable e informada, el número de hijos y el período de tiempo entre ellos.³¹ La Constitución Federal establece también que el sistema de seguridad social debe garantizar especialmente el bienestar de la mujer durante el embarazo y la lactancia.³² Son servicios básicos de salud, el cuidado materno infantil y la planificación familiar,³³ el primero de los cuales tiene carácter prioritario.³⁴ Las leyes y políticas de planificación familiar están contenidas en la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar³⁵ y en el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000.³⁶

El Programa Nacional de Población³⁷ de 1995 establece las siguientes metas demográficas del gobierno mexicano: alcanzar una tasa de crecimiento de 1.75%, para el año 2000, y 1.45%, para el año 2005, respecto a la tasa actual de crecimiento de 2.05%; alcanzar una tasa global de fecundidad de 2.4 hijos por mujer, para el año 2000, y 2.1 hijos por mujer, para el año 2005, respecto a la actual de 2.9% hijos por cada mujer.³⁸

Se constituyó el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000 (PSRPF),³⁹ como parte del programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 (PRSS).⁴⁰ El PSRPF tiene como objetivo integrar los servicios de salud reproductiva, planificación familiar, atención materno-infantil, enfermedades de transmisión sexual, cáncer cervicouterino y mamario, y riesgo preconcepcional.⁴¹

Las metas del gobierno federal, con relación a las políticas de salud reproductiva y planificación familiar, son, entre otras: aumentar a 70% la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos de las mujeres en edad fértil que viven en pareja, para el año 2000, en comparación al promedio actual de 64%; aumentar la cobertura de anticoncepción de las mujeres que han tenido hijos a 70%, siendo el promedio actual de 51%; aumentar el número de vasectomías; y reducir la mortalidad materna de 4.8 por cada 10,000 nacidos vivos, en un 50%.⁴²

Los servicios de planificación familiar provistos por el Estado incluyen información, orientación, consejería, selección, prescripción y aplicación de anticonceptivos.⁴³ Estos servicios y los insumos anticonceptivos son gratuitos.⁴⁴ Los servicios públicos suministran, en

particular, los métodos hormonales orales, inyectables y subdérmicos, los dispositivos intrauterinos, la esterilización, la vasectomía, los métodos de barrera y los espermicidas.⁴⁵

La Ley General de Salud establece que los servicios de planificación familiar tienen carácter prioritario dentro de la prestación general de los servicios de salud.⁴⁶ El sub-programa de planificación familiar tiene como objetivos: fortalecer y ampliar la cobertura y calidad de la información, educación, y servicios en planificación familiar, con especial énfasis en las áreas rurales; contribuir a la disminución de la fecundidad; reducir el número de embarazos no deseados, no planeados o de alto riesgo; y ampliar las acciones de diversificación de métodos anticonceptivos modernos.⁴⁷

La Realidad

Según el gobierno, la participación del sector público en la provisión de los servicios de planificación familiar ha aumentado en los últimos años. En 1979, sólo el 51.1% del total de las usuarias de anticonceptivos modernos asistían a alguna institución del sector público a solicitar este servicio;⁴⁸ en 1995, este número ascendió a 72%.⁴⁹ Dentro del sector público, el IMSS y la Secretaría de Salud constituyen las principales fuentes de obtención de anticonceptivos con el 44.1% y 16.5%, respectivamente.⁵⁰ El sector privado (farmacias, consultorios y otros) facilita el 28.9% de los métodos anticonceptivos.⁵¹ Como muestra del impacto en la salud reproductiva de las mujeres, se estima que el 87% de los partos es atendido por médicos, el 2%, por enfermeras, el 9%, por parteras, y el 2% no cuenta con atención de personal entrenado.⁵²

Un estudio reciente de la Organización Panamericana de la Salud⁵³ reporta que México tiene un programa sólido de planificación familiar postparto desde hace varios años, e inclusive ha sido modelo para otros países de América Latina. Sin embargo, existen algunas limitaciones. Según este estudio, los servicios de planificación familiar del gobierno, a través de las tres principales instituciones públicas, la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), únicamente ofrecen dos métodos anticonceptivos: el dispositivo intrauterino (DIU) y la esterilización quirúrgica.⁵⁴ Por su parte, la Secretaría de Salud sostiene que las usuarias prefieren dichos métodos de toda la gama de anticonceptivos, reportando que el 32% de las usuarias escogen esterilización y el 21% el DIU, seguido por los hormonales orales (21%) y los hormonales inyectables (12%).⁵⁵ Muchas ONG han señalado que el gobierno mexicano pone mayor énfasis en las metas demográficas que en cubrir las necesidades reales de las mujeres.

Otro problema es el del aborto. Las leyes del aborto en México son menos duras que en otros países de Latinoamérica, pero sigue siendo ilegal en la mayoría de los casos. Las mujeres con recursos pueden hacerse abortos seguros, mientras que las mujeres pobres recurren a abortos clandestinos hechos en las peores condiciones. La Secretaría de Salud atiende anualmente unos 50,000 casos de complicaciones de abortos.⁵⁶

En cuanto a la planificación familiar postparto, los servicios se ofrecen a través de la Secretaría de Salud, el ISSSTE y el IMSS. Muchas mujeres reciben consejería anticonceptiva durante los servicios prenatales. Algunas pacientes se han quejado contra el sector público afirmando que, después del parto, se les aplicó un DIU o se les hizo la esterilización sin su consentimiento.⁵⁷

Un obstáculo para obtener los servicios es que la demanda es enorme, y algunos

profesionales médicos no ven a la planificación familiar post-parto como su responsabilidad. Algunas ONG mexicanas son una alternativa, ofreciendo servicios de planificación familiar con un mejor seguimiento que el de los servicios oficiales.

En cuanto a la planificación familiar postaborto, ésta se ofrece a las pacientes a través de los mismos canales, pero existe un menor énfasis en la planificación familiar en las mujeres que aparecen con complicaciones por abortos inducidos, aunque se ha reportado que comienzan a recibir un mejor trato del personal de las instituciones de salud. Las necesidades en México son varias, pero el reporte de la OPS hace énfasis en que se mejore la consejería y en el consentimiento informado.

La detección temprana del cáncer del cuello del útero sigue siendo un reto para los sistemas de salud oficiales. Uno de los principales problemas es que no se ha difundido ampliamente la información necesaria para que las mujeres acudan a realizarse la prueba del Papanicolau. Un estudio poblacional que se realizó en México D.F. y el estado de Oaxaca⁵⁸ por entrevista domiciliaria con una muestra de 4208 mujeres, encontró que 41.5% de las mujeres encuestadas desconocían la función de la prueba del Papanicolaou, y que de ese grupo, cerca del 97% nunca se lo había hecho. En México, los factores asociados con el desconocimiento de la función del Papanicolau fueron, en orden de importancia, la carencia de acceso a los servicios de salud proporcionados por medio del seguro social, el analfabetismo y el bajo nivel socioeconómico. Las habitantes de áreas rurales mostraron mucha menor familiaridad con el Papanicolau que los de las zonas urbanas. Una de las recomendaciones del estudio es dar prioridad a la divulgación de la información sobre este tipo de cáncer en los estratos socioeconómicos bajos, que carecen de seguridad social y especialmente en las mujeres analfabetas en las áreas rurales.

3. Acceso a la Información sobre Salud, Incluyendo Salud Reproductiva y Planificación Familiar

Leyes y Políticas Públicas

La Ley General de Salud establece que los usuarios tienen derecho a “obtener prestaciones de salud oportunas, de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales técnicos y auxiliares.”⁵⁹ La Secretaría de Salud es la encargada de autorizar la publicidad en materia de salud⁶⁰ y de coordinar la publicidad de las instituciones del sector público a ese respecto.⁶¹ Las autoridades sanitarias y las instituciones de salud están obligadas a regular procedimientos de orientación y asesoría a los usuarios sobre el uso de los servicios de salud.⁶² A través de un decreto presidencial,⁶³ se creó la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CODAM).⁶⁴ Esta instancia, aunque no es obligatoria, se encarga de resolver los conflictos que surjan entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de dichos servicios.⁶⁵ Tiene las siguientes funciones: brindar información a los usuarios y prestadores de servicios médicos acerca de sus derechos y obligaciones; atender las quejas que presenten los usuarios de servicios médicos; intervenir en “amigable composición” para conciliar conflictos derivados de la prestación de los servicios; y

emitir laudos, cuando las partes se sometan a su arbitraje.⁶⁶ La Norma Oficial de los Servicios de Planificación Familiar (NOSPF) establece también el deber de los proveedores de salud de informar a las personas sobre los diferentes métodos anticonceptivos y de contar con su consentimiento en la selección de uno en particular.⁶⁷

La Ley General de Salud establece que la publicidad de los medicamentos está clasificada de acuerdo al público, la que se dirige a los profesionales de la salud no requiere autorización, salvo que existan reglamentos para casos específicos.⁶⁸ Con relación a la publicidad masiva, ésta sólo se permite cuando se trate de medicamentos de venta libre.⁶⁹ En estos casos, la publicidad debe ceñirse a la difusión de las características generales de los productos, sus propiedades y modalidades de empleo, señalando la conveniencia de consulta médica para su uso.⁷⁰

La Realidad

Según los demuestran tanto los datos oficiales como estudios cualitativos, la información sobre salud reproductiva no siempre es accesible para las usuarias del Sistema de Salud de nuestro país. La Encuesta Nacional de Planificación Familiar (ENPF, 1995), reveló que, después de dar a luz, todavía no estaban empleando ningún método anticonceptivo el 22% de las mujeres que no desearon su último embarazo y que tampoco deseaban otro hijo al momento de la entrevista. Un 15% adicional nunca había practicado la regulación de la fecundidad. Al preguntárseles a este 37% las razones por que no utilizaban métodos anticonceptivos, destacaron las limitaciones en el conocimiento de las distintas opciones anticonceptivas o de información sobre su forma de uso y, en menor medida, de las fuentes de obtención disponibles.⁷¹

En la ciudad de Cuautla, Morelos, se realizó un estudio descriptivo⁷² para conocer la percepción de las mujeres atendidas por aborto incompleto sobre la calidad de atención que les proporcionaron en el hospital de segundo nivel “Mario Belaunzarán Tapia” de la Secretaría de Salud y Asistencia. La población estudiada consistió en 44 mujeres atendidas en post-aborto y en pre-alta en dicho hospital, del 15 de noviembre al 30 de diciembre de 1995. Los resultados, presentados por el Comité Promotor por una Maternidad Sin Riesgos en México, mostraron que sólo a una tercera parte de las mujeres (27.3%) se les informó su diagnóstico en el hospital. La información sobre el tratamiento y el procedimiento fue muy pobre y sólo la recibió el 6.8% de ellas. Además, las mujeres externaron un nivel de comprensión muy pobre con respecto a esta información. La información sobre signos de alarma es muy reducida; sólo la recibió el 14.5% de las mujeres entrevistadas. En cuanto a planificación familiar, al 66.7% no se les ofreció ningún método.

En mayo de 1996, la Red por la Salud de las Mujeres del Distrito Federal organizó el Tribunal para la Defensa de los Derechos Reproductivos, un acto simbólico en el que se presentaron testimonios de mujeres ante organizaciones civiles y académicas, autoridades de salud, partidos políticos, legisladores y medios de comunicación. Uno de los casos presentados fue el de Patricia López Delgado, de 37 años de edad, que denunciaba a un hospital público por falta de calidad en la atención en relación al diagnóstico e información sobre el padecimiento que provocó una cirugía.⁷³ Patricia cuenta que en noviembre de 1994, acudió con un médico particular por presentar dolor en los riñones, padecimiento que sufría desde hacía

tiempo. El médico concluyó que era un cuadro de apendicitis y le indicó que acudiera urgentemente a la clínica en la que estaba asegurada. Al llegar al Hospital General Iztapalapa del Distrito Federal, el médico que la recibió le aplicó un suero y dos inyecciones de un medicamento sin explicar nada a la paciente. Otro médico llegó a revisarla y le dijo que la tenían que operar sin explicarle la razón. Antes de entrar a cirugía, le hicieron firmar un documento sin haberlo leído. Fue después de la operación cuando los médicos informaron a la familia de Patricia que había sido necesario quitarle los ovarios. Cuando uno de los hijos de Patricia reclamó, el médico le dijo que no había que preocuparse, puesto que Patricia ya había tenido cinco hijos. A los ocho días de haber sido dada de alta, Patricia volvió a tener el dolor que la había llevado al médico inicialmente. Acudió a un médico particular, quien le trató una infección en las vías urinarias, que era la causa del problema.

4. Anticoncepción

Leyes y Políticas Públicas

La única prohibición legal sobre métodos de anticoncepción en la legislación mexicana es la del aborto como método de planificación familiar.⁷⁴ En cuanto al control de los insumos anticonceptivos, la Secretaría de Salud está encargada de la regulación sanitaria de todos los medicamentos y otros insumos para la salud.⁷⁵ Estos deben contar con autorización sanitaria, según el procedimiento establecido por la Ley General de Salud.⁷⁶ Esta norma indica que el proceso de fabricación, preparación, conservación, envasado, manipulación y distribución de los medicamentos e insumos para la salud debe realizarse en condiciones higiénicas, sin adulteración, contaminación o alteración.⁷⁷

La Realidad

Según el gobierno, en 1995, el 66.5% de las mujeres en edad fértil que vivían en pareja usaban algún método de planificación familiar.⁷⁸ Los métodos anticonceptivos más conocidos son la píldora, la esterilización femenina, el dispositivo intrauterino (DIU) y los métodos tradicionales.⁷⁹ La esterilización es el más usado entre las mujeres en edad fértil, con un promedio de 43.3%.⁸⁰ La píldora y el DIU también son frecuentemente utilizados, con un promedio de 15.3% y 17.7%, respectivamente.⁸¹ El uso de métodos anticonceptivos es más frecuente en las mujeres de mayor nivel de instrucción y las residentes en las zonas urbanas.⁸² Asimismo, el mayor espaciamiento entre los embarazos se da en las mujeres que viven en zonas urbanas.⁸³

La demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos engloba los casos en que una mujer unida y fértil: a) no desea tener hijos en un período de dos años, y b) no desea tener otro hijo/a. Una mujer que no usara anticonceptivos a pesar de declarar que no quiere quedar embarazada tendría una demanda insatisfecha. A nivel nacional, cada vez es menor la proporción de mujeres con necesidades insatisfechas de servicios de planificación familiar. No

obstante, subsisten segmentos de la población en donde la oposición al uso de anticonceptivos, el desconocimiento de los métodos, así como el temor a efectos indeseables son limitaciones importantes para la adopción de la práctica anticonceptiva.

Tomando como base los datos de la Encuesta Nacional de Planificación Familiar de 1995, algunos investigadores han calculado la magnitud del problema de la demanda insatisfecha de anticonceptivos en México.⁸⁴ Se calcula que 14.2% de las mujeres unidas tiene una demanda insatisfecha de planificación familiar. Los grupos de mujeres unidas que presentan los mayores niveles de demanda insatisfecha son las que no tienen hijos (39.2%); las que tienen entre 15 y 19 años (31.3%) y entre 20 y 24 años (19.2%), las mujeres sin escolaridad (22.8%) y las que viven en áreas rurales (22.0%).

En un artículo publicado por el Grupo Académico de Apoyo a Programas de Población,⁸⁵ el Dr. Jorge Martínez Manatou llama la atención en cuanto a la distancia existente entre la oferta y la demanda de anticonceptivos en los sistemas de salud públicos mexicanos. Esto ha traído como consecuencia un “preocupante descenso en la cobertura del Programa de Planificación Familiar.” Comparando datos, en 1995, el Sistema Nacional de Salud contaba con 8,051,751 usuarios activos de los servicios de planificación familiar. En 1997, la cifra se ha reducido hasta llegar a 5,038,000 usuarios activos.⁸⁶ El artículo cita declaraciones del Dr. Rainer Rosenbaum, Representante en México del Fondo de Población de las Naciones Unidas, quien indicó a la prensa lo siguiente: “En el país, la crisis económica profundizó la distancia entre la oferta y la demanda de anticonceptivos, por lo que están en riesgo las metas de control demográfico y, lo que es peor, los logros alcanzados en las últimas décadas (...) La demanda no cubierta en anticonceptivos es enorme y sigue creciendo. Su volumen es tal, que ni el gobierno puede cubrirla, ni siquiera con el apoyo de organismos internacionales.”⁸⁷

5. Aborto

Leyes y Políticas Públicas

En México, el aborto es ilegal y constituye una de las materias de regulación que compete a las legislaturas de los estados.⁸⁸ Dichas leyes castigan a la mujer que aborta, así como a la persona que realiza el aborto con el consentimiento de la mujer.⁸⁹ La mayoría de los estados en México establecen causas excepcionales bajo las cuales no se sanciona el aborto. En el marco de un análisis comparativo, son circunstancias excepcionales: el aborto culposo o por imprudencia (accidental) de la madre (en veintinueve estados y en el Distrito Federal);⁹⁰ cuando el embarazo se dio como resultado de una violación sexual (en treinta estados y en el Distrito Federal);⁹¹ cuando se realiza para salvar la vida de la madre (en veintiocho estados y en el Distrito Federal);⁹² cuando el embarazo ha sido el resultado de inseminación artificial no consentida (en dos estados);⁹³ aborto por razones eugenésicas (en nueve estados);⁹⁴ cuando el embarazo podría causar un daño grave a la salud de la madre (en nueve estados).⁹⁵ Solo un estado considera no punible el aborto cuando obedece a causas económicas graves y justificadas, siempre y cuando la mujer tenga al menos tres hijos.⁹⁶

En el Distrito Federal y en los diferentes estados las mujeres que inducen su propio

aborto o consienten su práctica, son sancionadas con penas de prisión que oscilan entre seis meses y cinco años.⁹⁷ La mayoría de los estados determinan como causales atenuantes de la pena que se impone a la mujer que aborta, las siguientes: el hecho de que no adquiriera ‘mala fama’, que haya logrado ocultar su embarazo, que éste sea fruto de una unión ilegítima y que el aborto se efectúe dentro de los primeros cinco meses de embarazo.⁹⁸ Cuando existen estas circunstancias, la pena es de seis meses a un año de prisión.⁹⁹

La Realidad

Cifras sobre el aborto en México según diversas fuentes son las siguientes:

- Total estimado de abortos inducidos en México: 850,000 cada año (Maternidad sin Riesgos).¹⁰⁰
- Número total de abortos en México (incluye espontáneos e inducidos): 1,700,000 cada año (Maternidad sin Riesgos).¹⁰¹
- El aborto es la tercera o cuarta causa de mortalidad en México.¹⁰²
- El aborto ocupa el segundo o cuarto lugar de motivos de hospitalización.¹⁰³
- En las clínicas del IMSS, 63,000 hospitalizaciones al año son por esta causa.¹⁰⁴
- Cifra oficial de hospitalizaciones por aborto es de 118,790.¹⁰⁵

La existencia de la penalización del aborto en México genera graves problemas de justicia social y de salud pública; la ilegalidad significa que un pequeño sector de la población puede obtener abortos seguros — las mujeres que pueden pagarlos — mientras que la mayor parte de las mujeres de nuestro país, que no tienen recursos suficientes, tienen que recurrir a prácticas insalubres y riesgosas. Si la penalización fuera efectiva, eso significaría que un número enorme de personas, tanto las mujeres que abortan como los médicos, comadronas o personas que los realizan deberían ser perseguidas por la ley y procesadas judicialmente. Como esto es prácticamente imposible, la amenaza de la persecución por el delito de aborto queda casi únicamente de palabra. Casi nadie denuncia un aborto. La penalización del aborto, en ese sentido, es una medida “preventiva”.

En 1992, se realizó en la Ciudad de México una investigación para determinar cuántas mujeres habían sido procesadas por aborto y se encontraban pagando una condena en los reclusorios del D.F. y zona conurbada.¹⁰⁶ Los resultados muestran que de una población de 600 internas, únicamente se encontró una mujer, en la cárcel de Tepepan, sentenciada por el delito de aborto. Las restantes cumplían condenas por delitos contra la salud, robo, fraude y homicidio. De ellas, el 80% de las entrevistadas habían abortado por lo menos una vez, pero no admitían habérselos provocado; explicaban que había sido el resultado de “un golpe,” “un susto” o razones similares. Hubo mucha resistencia para hablar sobre el tema. Estas mujeres no tenían información sobre la sexualidad ni el uso de anticonceptivos. El 90% había sido víctimas de abuso sexual desde la infancia, y el 50% había tenido su primer embarazo como resultado de una relación forzada.¹⁰⁷ La única mujer que estaba presa por el delito de aborto estaba cumpliendo una condena de un año. Era curandera y partera empírica y tenía 81 años de edad, estaba casi ciega. Había practicado un aborto a una joven de 16 años. La menor guardó el feto

en un frasco bajo la cama. El padre de la muchacha lo descubrió y la llevó a la delegación para denunciarla. Tanto la muchacha como su novio estaban en el Consejo Tutelar para menores donde permanecerían tres años.¹⁰⁸ La investigación también descubrió que casi ninguna mujer llega a la cárcel por aborto, aunque llegan muchas denuncias al Ministerio Público. Una vez ahí, la mujer paga aproximadamente \$1000 (pesos mexicanos) para no ser sentenciadas y quedar libres. Es decir: las mujeres denunciadas por aborto no llegan a la cárcel porque existe la extorsión.¹⁰⁹

Es importante señalar que en México no existen procedimientos ni reglamentos para solicitar los abortos que son legales, es decir, los que no están tipificados como delito, más específicamente, cuando el embarazo sea resultado de una violación, según se indica en los Códigos Penales de 30 de estados y el Distrito Federal. Se sabe que, en el D.F., durante el período 1996-1997 se realizaron únicamente 107 averiguaciones previas de casos de violación, lo que quizá refleja la poca intención de las autoridades por perseguir el delito.¹¹⁰

6. Esterilización

Leyes y Políticas Públicas

La esterilización quirúrgica está autorizada en México y se halla regulada por la Norma Oficial de los Servicios de Planificación Familiar. En esta norma se establecen como requisitos para la realización de la esterilización, que se haya ofrecido el servicio de consejería a la paciente y que ésta preste su consentimiento consciente y voluntario, el cual debe quedar documentado por escrito.¹¹¹

La Realidad

La anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV) es el método más difundido y usado entre las mujeres en edad fértil. El gobierno reporta una prevalencia de 43.3% respecto a los demás métodos.¹¹²

En México, el uso de la anticoncepción quirúrgica femenina, o esterilización, ha aumentado en las últimas dos décadas. La Norma Oficial de los Servicios de Planificación Familiar, así como la Ley General de Salud e inclusive los reglamentos para la prestación de servicios, como el del Instituto Mexicano del Seguro Social, hacen énfasis en que debe informarse a la usuaria sobre las características del método quirúrgico, sobre todo su calidad de irreversible, así como en que debe obtenerse el consentimiento expreso, por escrito, para proceder. Aún así, en nuestro país han surgido inquietudes acerca de la relación entre prestadores de servicios de planificación familiar y la población usuaria de los mismos, ya que existe la posibilidad de manipular los procesos de decisión con el fin de enfatizar exageradamente la búsqueda de las metas demográficas e imponer ciertos métodos. El investigador Juan Guillermo Figueroa ha realizado una serie de estudios para analizar esta situación, poniendo especial atención al momento de elección anticonceptiva y a los procesos

de decisión que llevan a ella. La inquietud surge debido a que, por tratarse de un método irreversible, supone un proceso de elección precedido de un conocimiento y una voluntad libre. Uno de sus trabajos, presentado ante la IV Reunión Nacional de la Investigación Demográfica en México, tomó como referencia la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud (1987). Los datos revelaron que la cuarta parte de las mujeres esterilizadas declaró no haber sido informada sobre el carácter irreversible de la operación a la que iban a ser sometidas, ni sobre otras opciones anticonceptivas con las que contaba en ese momento. El 39% declaró no haber firmado el formato de consentimiento para la intervención.¹¹³ Esta situación resultó depender del grupo social de pertenencia, del nivel de escolaridad y del lugar de residencia, siendo la calidad del servicio más deficiente para los grupos marginados. Por ejemplo, un 18.2% de las mujeres que optó por el método irreversible (la esterilización) a pesar de querer más hijos, vivía en zonas rurales, mientras que en las áreas metropolitanas sólo el 5.3% fue sometido a este tratamiento.¹¹⁴

Es importante llamar la atención sobre otra característica reportada de los servicios oficiales de planificación familiar en lo que corresponde a la esterilización femenina y la vasectomía. Juan Guillermo Figueroa, Blanca Margarita Aguilar Ganado y María Gabriela Hita realizaron un análisis de la prestación de estos servicios.¹¹⁵ Encontraron que existen una serie de contraindicaciones para brindar los métodos a la población. En el caso de la población femenina, se incluyen únicamente factores de tipo biológico o de antecedentes obstétricos, mientras que en el caso de la vasectomía las contraindicaciones son de tipo psicológico, al considerar que "...está contraindicada en aquellos sujetos cuya decisión sea dudosa, inmaduros biológica o psicológicamente, con temor a los posibles efectos de la operación sobre su estado de salud o su posible pérdida de la virilidad..."¹¹⁶ Esto significa que, en el caso del hombre, se tiene especial cuidado en el factor psicológico, contraindicación que no existe en el caso de la esterilización femenina.

Uno de los casos presentados en el Tribunal Para la Defensa de los Derechos Reproductivos — un acto simbólico en el que se presentaron testimonios de mujeres ante organizaciones civiles y académicas, autoridades de salud, partidos políticos, legisladores y medios de comunicación — que fue organizado en mayo de 1996 por la Red por la Salud de las Mujeres del Distrito Federal, cuenta la historia de una de tantas esterilizaciones sin consentimiento que se han llevado a cabo en México. Rosa María Palomera Vitorato vivía un embarazo gemelar sin complicaciones. El mes de agosto de 1991, cuando se encontraba en el octavo mes de embarazo, tuvo un sangrado y el rompimiento de la fuente, por lo que acudió a la clínica #7 del IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social). La doctora que la atendió le dijo que únicamente escuchaba un latido y le hizo un ultrasonido en el cual, según ella, solo aparecía un bebé. Posteriormente le comunicaron que, efectivamente, eran gemelos, pero que ambos habían fallecido, por lo que procedieron a inducir la expulsión, anestesiándola. Cuando estaban a punto de darla de alta, Rosa María tuvo fuertes temperaturas por lo que permaneció en el hospital alrededor de 7 días. Durante ese tiempo Rosa refiere haberse sentido parcialmente inconsciente y no tiene claro qué fue lo que sucedió. Días después, en su casa, se dió cuenta que tenía una pequeña herida debajo del ombligo, a lo que no dió mucha importancia ya que pensó que había sido parte del tratamiento. Tres años después Rosa María decidió tener otro hijo y empezó a preocuparse porque no se embarazaba. Al acudir con una médica, después de

realizarse una histerosalpingografía, se dieron cuenta que le habían practicado una ligadura de trompas sin su consentimiento. Rosa María no podía creerlo, pues en el IMSS no se le pidió su autorización ni tampoco se le informó que la habían esterilizado. Rosa y su compañero están muy afectados e indignados por la violación que cometieron contra ellos y su vida reproductiva, por lo que decidieron levantar una demanda contra el IMSS y quienes resulten responsables.¹¹⁷

7. VIH / SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)

Leyes y Políticas Públicas

En 1995, el gobierno mexicano expidió la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (Norma sobre VIH/SIDA).¹¹⁸ Esta tiene como objetivo uniformar los principios y criterios de operación de la red de establecimientos que conforman el Sistema Nacional de Salud,¹¹⁹ relacionados con las actividades de prevención y control del VIH/SIDA.¹²⁰ Considera la necesidad de tomar medidas preventivas, orientadas a la información, educación y participación de la comunidad con el fin de reducir el riesgo de infección.¹²¹ La Norma sobre VIH/SIDA establece la obligatoria confidencialidad en el manejo de la información de los pacientes con VIH/SIDA,¹²² e indica que todas las instituciones de salud están obligadas a prestar atención de emergencia a los pacientes con VIH/SIDA, de manera respetuosa.¹²³ La Norma sobre VIH/SIDA también contiene las recomendaciones y los preceptos técnicos sobre tratamiento de los pacientes con VIH/SIDA, dirigidos a los proveedores de salud.¹²⁴ Las organizaciones encargadas de vigilar su cumplimiento son la Secretaría de Salud y los gobiernos de los estados, en el ámbito de sus competencias.¹²⁵

El programa del gobierno, orientado hacia la prevención y tratamiento del VIH/SIDA y las ETS, está diseñado como un subprograma dentro del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000.¹²⁶ El subprograma de Prevención y Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH/SIDA (PCETS y VIH/SIDA) tiene como objetivo fundamental disminuir la morbilidad y la mortalidad ocasionadas por esta patología.¹²⁷ Busca ampliar el acceso de la población a información apropiada y a servicios de calidad para la prevención, diagnóstico y control de las ETS y VIH/SIDA.¹²⁸ Para el cumplimiento de estos objetivos se han diseñado tres estrategias: a) la implementación de un programa permanente de comunicación educativa y social, que promueva el ejercicio responsable y seguro de la sexualidad; b) la incorporación, en el primer nivel de atención en salud, de información y servicios contra enfermedades de transmisión sexual; y, c) el diseño de acciones de prevención, diagnóstico oportuno, referencia y notificación de nuevos casos de VIH/SIDA.

Como metas del PCTS y VIH/SIDA para el año 2000, se espera que la incidencia de las ETS en toda la población disminuya en un 30%;¹²⁹ que el número de niños infectados con VIH durante el embarazo, parto o lactancia descienda en un 50%; y que de las personas infectadas con VIH se alcance a detectar y proporcionar atención oportuna al 80%.¹³⁰

La Realidad

Según el gobierno, el número de casos notificados de SIDA, en el período comprendido entre 1983 y 1994, ascendió de seis casos, en 1983, a un total de más de 21,000 casos notificados hasta 1994.¹³¹ En este último, el 13% de los casos de VIH/SIDA correspondió a mujeres.¹³² La transfusión sanguínea es la vía de transmisión más común en las mujeres, y representa el 56.5% de los casos de SIDA en mujeres adultas.¹³³ La transmisión sexual es la vía de infección en cuatro de cada diez casos de SIDA en mujeres.¹³⁴ En 1995, se calculó que la prevalencia de VIH en mujeres embarazadas fue de uno en tres mil casos, y se estima que ocurren quinientos embarazos por año en mujeres infectadas.¹³⁵

El Programa de VIH/SIDA y otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) forma parte de las prioridades de prevención y control de enfermedades. En México, los primeros casos de SIDA fueron identificados en 1981, y su vigilancia epidemiológica comenzó en 1983. Se puede afirmar que el VIH/SIDA se introdujo en nuestro país a mediados de la década de los setenta. Desde entonces, y hasta el 31 de diciembre de 1996, se han notificado a la Secretaría de Salud 29,962 casos.¹³⁶ La epidemia mantiene en México un patrón mixto, pero es, predominantemente, una ETS, con una proporción atribuible a la transmisión sexual del 90.5% en el caso de los hombres, y de 53.3% en caso de las mujeres. En los homosexuales, la vía principal de transmisión es sexual, con tendencia al incremento. Se observa también un aumento discreto de la transmisión en los hombres heterosexuales. Las trabajadoras sexuales tienen una prevalencia baja, del 0.04 al 0.4%.¹³⁷

Definitivamente, el ascenso del VIH/SIDA en la mujer mexicana es preocupante, aunque la enfermedad se presenta más frecuentemente en los hombres. Algunos estudios señalan una creciente vulnerabilidad de las mujeres al contagio conforme avanza la epidemia.

En mayo de 1996, la Red por la Salud de las Mujeres del Distrito Federal organizó el Tribunal para la Defensa de los Derechos Reproductivos, un acto simbólico en el que se presentaron testimonios de mujeres ante organizaciones civiles y académicas, autoridades de salud, partidos políticos, legisladores y medios de comunicación. Una de las mujeres que contó su historia, de manera anónima, muestra cuál es el trato que reciben las mujeres infectadas de VIH/SIDA en los servicios de salud, la deficiencia de dichos servicios así como los “callejones sin salida” con los que se encuentran. Irónicamente, la mujer de este caso se infectó mientras trabajaba como enfermera en un hospital del gobierno. Su testimonio es el siguiente:

En 1992 la enfermera ejercía su profesión en el área de terapia intensiva de “un hospital público,” en donde recuerda haber atendido a personas con diagnóstico de SIDA y que en algunas ocasiones se llegó a picar con agujas. Sin embargo, ella nunca se imaginó que hubiera adquirido el virus de VIH. En ese entonces presentó un cuadro agudo y persistente de diarreas y temperaturas elevadas, ante lo cual recibió atención médica sin que se detectaran las causas de sus síntomas. Poco tiempo después el cuadro que presentaba desapareció. Más tarde, se casó y tuvo dos hijas. La más pequeña de ellas comenzó a tener problemas de salud, pero en la clínica oficial a la que acudió le dijeron que “no era importante el caso.” Luego de acudir con su esposo a un consultorio particular, el médico les sugirió que le hicieran la prueba de Elisa. Acudieron a un hospital privado, en el que les entregaron los resultados con poca confidencialidad. [...] El médico que los atendía, al recibir los resultados positivos de VIH de la

niña les dijo que no podía seguir atendiendo a su hija. Con el dolor de saber lo que padecía su hija y muy probablemente ellos, empezaron una búsqueda de atención médica y orientación en más instituciones gubernamentales y en CONASIDA, en donde fueron objeto de discriminación y mala atención. En CONASIDA les sugirieron a ambos realizarse la prueba; ella resultó seropositiva y él negativo. Ambos reportaron sentirse perseguidos y hostigados. Una de las personas que los atendió le sugirió a la mujer que declarara que había contraído el virus por contacto sexual extramarital. Su hija falleció a los seis meses de edad. Después de un año, recibieron la noticia de que ella estaba embarazada, situación que no sabían cómo manejar puesto que no habían recibido orientación ni apoyo. Acudieron a una clínica oficial solicitando la interrupción del embarazo, en donde les negaron el servicio de aborto. Ante este hecho, acudieron nuevamente a CONASIDA, en donde recibieron mejor trato que la vez anterior, y se les informó cuáles eran sus alternativas. La pareja decidió abortar, a pesar de que está penalizado por la ley. Finalmente acudieron con una médica particular, que realizó el aborto y en donde recibieron apoyo emocional.¹³⁸

8. Salud Reproductiva de las Adolescentes

Leyes y Políticas Públicas

La Constitución Federal establece que “es deber de los padres preservar el derecho de los menores a la satisfacción de sus necesidades y a la salud física y mental.”¹³⁹

El Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar (PSRPF) establece como uno de sus objetivos fundamentales velar por la salud sexual y reproductiva de los/las adolescentes.¹⁴⁰ Pretende ampliar la cobertura de información en salud sexual y reproductiva; postergar la edad de las adolescentes que enfrentan el primer embarazo; prevenir los embarazos no deseados, los abortos y enfermedades de transmisión sexual; y proporcionar información y servicios de alta calidad en anticoncepción y consejería.¹⁴¹ Para el logro de estos objetivos, la Secretaría de Salud ha establecido ciento dos módulos de atención, ubicados en los centros de salud y hospitales en los treintaidós estados.¹⁴²

(Ver también la sección D.2 sobre Información y Educación sobre Sexualidad y Planificación Familiar.)

La Realidad

Según el gobierno, la tasa de fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años se redujo de 132 nacimientos por mil mujeres, en 1978, a 78, en 1994.¹⁴³ El porcentaje de uso de métodos anticonceptivos de las mujeres entre 15 y 19 años ha aumentado de 14.2%, en 1976, a 36.4%, en 1992.¹⁴⁴ En 1995, el 36.1% de las adolescentes viviendo en pareja usa algún tipo de anticonceptivo.¹⁴⁵ Entre los métodos más utilizados se encuentran: los hormonales (40.3%), el DIU (33.5%) y los de barrera (8.7%).¹⁴⁶ La edad promedio de la mujer al momento del primer

nacimiento son los 21 años.¹⁴⁷ La mortalidad materna para las mujeres menores de 20 años es 6% mayor que la correspondiente al grupo de mujeres de 20 a 24 años.¹⁴⁸ En el período comprendido entre 1990 y 1993, el número de casos de enfermedades de transmisión sexual en los jóvenes entre los 15 y 24 años se incrementó en un 14%.¹⁴⁹

La mayoría de las y los jóvenes de México enfrentan los riesgos implícitos en las relaciones sexuales con escasa información y mucha mistificación; poca o ninguna asesoría sobre cómo ejercer su sexualidad responsablemente; un pobre conocimiento sobre salud reproductiva y un limitado acceso a métodos y servicios de anticoncepción. Sin embargo, a pesar de la evidente necesidad de acciones urgentes, los programas para el mejoramiento de la salud sexual y reproductiva de los jóvenes son objeto de controversia mucho antes de que se puedan aplicar. Un pequeño número de grupos conservadores — que, sin embargo, ejerce una importante influencia en nuestro país — está siempre presente en el debate, censurándolo todo, desde el contenido de los capítulos sobre educación sexual en los libros de texto oficiales, hasta los mensajes sobre sexo seguro en los medios de comunicación. La propuesta de estos grupos es fomentar la abstinencia sexual, mantener la virginidad hasta el matrimonio y no facilitar información sobre anticonceptivos a los jóvenes, para así “alejarnos” del sexo. Y mientras tanto, las cifras hablan por sí mismas.

Según la Encuesta Nacional de Planificación Familiar¹⁵⁰ el porcentaje de mujeres jóvenes de 15 a 19 años que ya han tenido relaciones sexuales y no usan métodos anticonceptivos alcanza el 99.8% en las solteras y el 63.9% en el caso de las adolescentes unidas. La misma fuente señala que uno de los grupos de mujeres unidas que presentan los mayores niveles de demanda insatisfecha de planificación está formado por mujeres que tienen entre 15 y 19 años (31.3%).

Uno de los problemas que se desprende de la falta de acceso a información sobre sexualidad y a los métodos anticonceptivos es el embarazo no deseado. De acuerdo con la encuesta sobre Fecundidad en México realizada por el INEGI,¹⁵¹ el total de mujeres menores de 19 años que habían tenido hijos en 1993 era de 524,362. Las adolescentes deciden interrumpir su embarazo no planeado; el hecho de que el aborto esté penalizado en México y esto implique, en la mayoría de los casos, hacerlo en las peores condiciones, usualmente no altera su decisión. El 70% de los embarazos adolescentes en México no son deseados.¹⁵²

A pesar de la vulnerabilidad de los jóvenes al contagio de VIH/SIDA, estudios realizados por el Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA muestran que aunque un 90% de las personas encuestadas conocen qué es y cuáles son las vías de transmisión, menos del 35% ha tomado la iniciativa de modificar sus prácticas de riesgo.¹⁵³ Según una encuesta de CONASIDA, 30% de los capitalinos sexualmente activos de 15 a 60 años manifestó “tener dificultades con el condón” durante la relación sexual.

Dentro de las cosas buenas, podemos mencionar que el gobierno comienza a levantar el velo que mantenía para ignorar la situación de la salud sexual y reproductiva de los jóvenes. El Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000, en cuyo diseño participaron por primera vez organizaciones no gubernamentales, reconoce las necesidades básicas de la juventud, y contempla establecer mecanismos permanentes de información, educación y comunicación sobre salud sexual y reproductiva dirigidos a este grupo. En el mismo documento y marcando un hito en la historia de nuestro país, el gobierno se compromete

a promover el uso del condón, considerándolo un método de protección indispensable para la salud de los adolescentes.

B. RELACIONES FAMILIARES (ARTÍCULO 16 DE CEDAW)

1. Matrimonio y Uniones de Hecho

Leyes y Políticas Públicas

La Constitución Política Mexicana establece que es función primordial de la ley proteger la organización y el desarrollo de la familia.¹⁵⁴ La regulación del matrimonio es de materia estatal. El Código Civil para el Distrito Federal en materia común y para toda la República en materia federal (Código Civil del D.F.) establece que el matrimonio es un contrato que debe celebrarse ante los funcionarios competentes, de acuerdo con la formalidades prescritas en la ley.¹⁵⁵ La edad mínima para contraer matrimonio libremente son los 18 años.¹⁵⁶

La mujer y el hombre están obligados a contribuir al sostenimiento del hogar y a socorrerse mutuamente.¹⁵⁷ Ambos cónyuges, siendo mayores de edad, tienen la capacidad para administrar y disponer de los bienes propios.¹⁵⁸ De común acuerdo, tienen derecho a decidir sobre el número y el período entre sus hijos.¹⁵⁹ Los derechos y obligaciones que surgen como consecuencia del matrimonio son iguales para los cónyuges, independientemente de su aporte al sostenimiento del hogar.¹⁶⁰ Al padre y a la madre les corresponde ejercer de manera conjunta el manejo del hogar, la educación y formación de los hijos.¹⁶¹ En el Distrito Federal, la ley penal tipifica el delito de adulterio, asignándole una pena privativa de la libertad de un máximo de dos años de prisión, e inhabilitación de los derechos civiles hasta por seis años.¹⁶²

Aunque la Constitución determina la plena igualdad jurídica del hombre y de la mujer,¹⁶³ algunos códigos estatales aún requieren que las mujeres cuenten con la autorización del marido para trabajar o firmar contratos,¹⁶⁴ y en algunos estados la pena que recibe la violación sexual es más leve que la que recibiría el robo de un animal.¹⁶⁵ Muchas mujeres mexicanas cargan con toda la responsabilidad de la crianza de los hijos y el trabajo doméstico, sin que su trabajo sea reconocido como aporte al patrimonio familiar.¹⁶⁶

También la regulación de las uniones de hecho es de competencia de cada estado. El Código Civil del D.F. reglamenta diversos aspectos de las uniones de hecho bajo la denominación de “concubinato,” aunque no lo regula específicamente. Establece que la concubina y el concubinario tienen derecho a heredarse de acuerdo con las reglas de sucesión aplicables a los cónyuges,¹⁶⁷ cuando la convivencia haya durado cinco años o si tienen hijos en común, siempre y cuando ninguno haya estado casado durante el concubinato.¹⁶⁸ Si al morir uno de los concubinos, le sobreviven varias concubinas o concubinarios, ninguno de ellos tiene derecho a heredar.¹⁶⁹ Igualmente, se determina que los concubinos están obligados, como en el caso de los cónyuges, a otorgarse alimentos recíprocamente.¹⁷⁰ Asimismo, la legislación civil establece la presunción de paternidad en favor de los hijos del concubinario y la concubina.¹⁷¹

La Realidad

La asociación civil GEM (Grupo de Educación Popular con Mujeres) realizó, en 1994, un estudio sobre la organización familiar que consistió en una encuesta levantada en 822 hogares de las ciudades de Guadalajara (en el estado de Jalisco) Matamoros (Tamaulipas) y Orizaba (Veracruz) (ésta fue una submuestra de la muestra que se usó para la Encuesta Nacional de Empleo efectuada por el INEGI).¹⁷² Los resultados muestran que aún en la actualidad persisten una serie de concepciones y percepciones culturales subjetivas sobre los papeles que deben desempeñar hombres y mujeres. Las mujeres siguen siendo las responsables de la educación de los hijos y las tareas domésticas aún cuando trabajen fuera del hogar, mientras que los maridos aportan cada vez menos al ingreso familiar. La doble jornada de las mujeres es aún vigente en la mayoría de los hogares del país.

Un estudio realizado en 1991¹⁷³ buscó responder qué recursos tienen las mujeres de bajos ingresos para obtener una pensión alimenticia cuando el hombre no aporta dinero para la manutención del hogar en la Ciudad de México. De un total de 95 mujeres que habían buscado el asesoramiento de una ONG dedicada a la defensa legal de la mujer, únicamente siete consiguieron una pensión alimenticia. Otras 13 ganaron el juicio para obtenerla pero no la recibieron; cerca de 20 más recibieron la pensión pero en un ambiente de violencia doméstica: obtenían el dinero a cambio de golpes. Un 60% de las mujeres abandonaron los trámites antes de obtener algún resultado. El 80% de ellas eran casadas, 14 vivían en unión libre y una mujer era soltera. Cabe apuntar que el Código Civil Federal data de 1928, y sostiene el principio jurídico de que mientras el padre esté presente en el hogar, la ley presume que aporta recursos. No existe la posibilidad legal de reclamar la falta de manutención si el padre vive con su familia. Si el marido no contribuye al mantenimiento del hogar, la mujer debe anteponer una demanda de divorcio y sólo así tiene derecho a una pensión alimenticia. Otro obstáculo para la pensión alimenticia es que si el padre abandona el hogar por un lapso menor de 6 meses, la ley presume que no ha faltado a su deber de aportar recursos.

2. Divorcio y Custodia

Leyes y Políticas Públicas

El matrimonio civil en México se disuelve por divorcio.¹⁷⁴ Las causales de divorcio son, entre otras: el adulterio; el hecho de que la mujer dé a luz durante el matrimonio a un hijo concebido con anterioridad al matrimonio y que no sea del cónyuge; la propuesta del marido para prostituir a su mujer; el incumplimiento de los deberes como cónyuge o como padre o madre; el trato cruel al cónyuge; la conducta de uno de los cónyuges tendiente a corromper a los hijos; las injurias graves contra uno de los cónyuges; la embriaguez o uso constante de drogas; y el mutuo consentimiento.¹⁷⁵

La sentencia que decreta el divorcio decide sobre la custodia y el cuidado de los hijos y las obligaciones alimentarias.¹⁷⁶ Los bienes se dividen por la mitad entre ambos cónyuges,

cuando el matrimonio fue contraído bajo el régimen de sociedad conyugal,¹⁷⁷ tomándose las precauciones que aseguren el cumplimiento de las obligaciones entre los cónyuges o con los hijos.¹⁷⁸ Los gastos de sostenimiento del hogar, alimentación y educación de los hijos, e incluso los alimentos del cónyuge cuando la ley lo determine, deben ser cumplidos por los cónyuges en la medida planteada por la ley en caso de separación y divorcio.¹⁷⁹ El cónyuge culpable pierde todo lo que el cónyuge inocente le hubiere dado o prometido, y el cónyuge inocente conserva lo recibido y puede reclamar lo pactado en su provecho.¹⁸⁰

La Realidad

Las 16 causales que aplican una sanción para el “culpable” del divorcio, implican un procedimiento muy desgastante para las partes involucradas. Pero como lo apunta la magistrada Alicia Elena Pérez Duarte¹⁸¹ la causal de divorcio por adulterio muestra, sin embargo, cómo la ley se inclina, por lo general, en favor del hombre. Por ejemplo, en el caso de que el divorcio se realice porque exista adulterio debidamente probado de uno de los cónyuges, la idiosincrasia nacional apunta a la culpabilidad de la mujer, dado que sus relaciones extraconyugales pueden traer un hijo o una hija “ilegítimos” al matrimonio. La doctrina justifica en cierto grado el adulterio masculino: no se considera que el adulterio sea causal de divorcio cuando la persona que lo cometió se haya visto *empujada* a ello por la negativa reiterada al “débito conyugal,” es decir, a las relaciones sexuales, o cuando éstas se dan con tales “dificultades” “protestas” y “finalidad” que al “pobre” adúltero no le quede más satisfacción que buscar la satisfacción a sus “naturales instintos” en las relaciones ilícitas. En cambio, se condena a la mujer ya sea por adúltera o por provocadora del adulterio de su marido, haciéndola la parte “culpable” y responsable por el divorcio.

La persona que haya sido declarada inocente tendrá derecho a alimentos otorgados por aquella otorgada culpable. La persona que haya sido declarada cónyuge culpable nunca tendrá derecho a alimentos por parte de la otra. En cuanto a los bienes de los cónyuges, la persona que diere causa al divorcio perderá todo lo que le hubiere dado o prometido su consorte; el o la cónyuge inocente conservará lo recibido y podrá reclamar lo pactado en su provecho. La sentencia de divorcio fijará la situación de los hijos e hijas, para lo cual el juez goza de amplias facultades para resolver todo lo relativo a los derechos y obligaciones inherentes a la patria potestad. Ésta puede perderse por causas específicas, como que la persona que la ejerce es condenada dos o más veces por delitos graves, por abandono de más de seis meses, o cuando por las costumbres depravadas del padre o de la madre, malos tratos o abandono de sus deberes pudiera comprometerse la salud, la seguridad o la moralidad de hijos e hijas. Llama la atención el término “costumbres depravadas,” ya que éste ha dado lugar a sentencias condenatorias de pérdida de patria potestad basadas en el hecho de que la madre estableció un concubinato con persona distinta del padre o por adulterio, casi siempre de la madre. Sin más valoración, se condena a la madre que establece una nueva relación con persona distinta del padre, se trate de concubinato o adulterio.¹⁸²

Las estadísticas demográficas de México incluyen la categoría “jefe de hogar.” La jefatura de hogar se atribuye a la persona que proporciona los recursos económicos principales o quien detenta la autoridad y toma las decisiones importantes de la familia. De los 17 millones

de hogares familiares existentes en 1990, 1.7 millones estaban conformados por sólo uno de los progenitores, principalmente la madre.¹⁸³ Cada vez son más frecuentes los hogares cuyo “jefe” es una mujer, lo que obedece en gran parte a la creciente disolución familiar, a la violencia doméstica y la irresponsabilidad masculina para asumir las obligaciones cotidianas con su familia.¹⁸⁴ La Encuesta Nacional sobre Planificación Familiar 1995 introdujo algunas preguntas con el fin de lograr un acercamiento al concepto de *jefatura*. Se encontró que, en el 94% de los casos, el varón que ostenta la jefatura es quien toma las decisiones importantes que afectan al grupo, y sólo en el 4.3% de hogares de este tipo es la mujer la que toma las decisiones. Cuando se trata de familias con jefas, en el 93% de los casos ellas son las que toman las decisiones.

3. Matrimonio de Menores

Leyes y Políticas Públicas

En el Distrito Federal, la mayoría de edad requerida para contraer matrimonio es de 18 años.¹⁸⁵ No obstante, se permite a los hombres mayores de 16 años y a las mujeres mayores de 14 contraer matrimonio con autorización del padre o de la madre.¹⁸⁶ En caso de que falten los padres, se necesita el consentimiento de los abuelos paternos y, a falta de estos, el consentimiento de los abuelos maternos.¹⁸⁷ Las autoridades señaladas por la ley pueden conceder dispensas de edad por causas graves y justificadas, autorizando así el matrimonio entre menores sin el consentimiento de las personas arriba mencionadas.¹⁸⁸

La Realidad

Según el gobierno, el promedio de edad de las mujeres mexicanas en la primera unión fue de 19 años, en 1992.¹⁸⁹ En el área rural, las mujeres tienden a establecer su primera unión (matrimonio o concubinato) a una edad más temprana, los 17 años, mientras que las mujeres residentes en el área urbana lo hacen preferentemente a los 18.7 años.¹⁹⁰ En comparación con los hombres, las mujeres establecen dichas uniones un promedio de dos años más tarde.¹⁹¹

Datos de 1990¹⁹² indican que en ese año la proporción de jóvenes casados era de 6.4% en el grupo de 15 a 19 años de edad. En el grupo de 20 a 24 la proporción de jóvenes casados aumentaba al 34.5% y alcanzaba el 60.5% entre los 25 y 29 años. En números absolutos y para toda la población juvenil, en 1990 había un poco más de 7 millones de jóvenes casados (de entre 15 y 29 años). Se destaca en la investigación que en los estados de Chiapas, Veracruz, Nayarit e Hidalgo existen las proporciones más altas de jóvenes que viven en unión libre (15.3%, 14.5%, 14.0% 13.3%, respectivamente).

Un estudio realizado hace algunos años por la UNICEF¹⁹³ nos da algunas pistas para tratar de entender, aunque sea indirectamente, el contexto en el que surge el fenómeno del matrimonio precoz en México. El estudio cualitativo se realizó en una de las zonas más marginales de la Ciudad de México, la colonia Independencia, en el Valle de Chalco, donde no hay drenaje; agua y luz han llegado recientemente y no en todas las zonas, las viviendas son

humildes, las calles no están pavimentadas y hay mucha basura; tiene una población de 282.940 personas (INEGI 1990), y tiene una escuela primaria, una secundaria y un kinder. El objetivo fue averiguar el uso del tiempo en niños y niñas de 7 a 14 años de edad para determinar si éste reflejaba discriminaciones por razones de género. Las investigadoras trabajaron con cuatro familias que tienen niños y niñas de 7 a 14 años, y una familia con jóvenes mujeres y varones entre 14 y 21 años. Las informantes principales fueron las madres y las hijas/os, ya que los padres salen muy temprano a trabajar y llegan muy tarde.

Entre los hallazgos importantes que resultan relevantes para entender las razones del matrimonio precoz en México, se encontró que en las niñas y los niños de 12 a 14 años (lo que las investigadoras clasifican como edad pre-adolescente) los roles “masculino” y “femenino” están claramente diferenciados, y las actividades de ambos son muy contrastantes. A diferencia de las niñas, los niños pasan el tiempo libre mientras esperan la comida en el patio exterior o en la calle, jugando con otros niños: se separan del mundo doméstico. Las niñas que a esa edad ya no asisten a la escuela (2, o sea, la mitad), asumen una gran cantidad de responsabilidades domésticas en sus casas: lavan la ropa de toda la familia, cuidan y ayudan a sus hermanos menores con la tarea escolar. Los hermanos menores las reconocen como sustitutas de sus madres cuando ésta se encuentra ausente. Desde pequeñas se les educa para que trabajen en las tareas domésticas.

En la misma investigación, se aplicó un cuestionario a 62 niños (37 mujeres y 25 hombres) en el que se les preguntó, entre otras cosas, qué querían ser cuando fueran adultos, a lo que las niñas respondieron, en este orden: 1) tener un esposo; 2) tener un hombre que las respete y que no se vaya con otras; 3) tener hijos; 4) ayudar a los padres; 5) trabajar, y 6) tener un carro.¹⁹⁴

4. Derecho al Acceso a la Planificación Familiar sin Consentimiento del Cónyugue

Leyes y Políticas Públicas

No se necesita consentimiento del marido para obtener anticonceptivos. Tanto la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar, como la Ley General de Salud, y los reglamentos de prestación de servicios de instituciones gubernamentales como el Instituto Mexicano del Seguro Social, afirman que los servicios de planificación familiar se ofrecerán de manera gratuita, informada y libre a cualquier persona en edad reproductiva que los solicite. Tanto en el caso de la esterilización femenina como en el de la vasectomía, los lineamientos generales para la prescripción, indicados en la Norma Oficial de los Servicios de Planificación Familiar, señalan que se requiere de la “autorización escrita del consentimiento informado de la usuaria o de su representante legal.”¹⁹⁵ En ningún apartado se menciona como requisito la autorización o el consentimiento del esposo. Como se señaló en el apartado sobre esterilización, en el caso de métodos irreversibles (esterilización femenina y vasectomía), se indica que su aceptación debe ir precedida por consejería y que se necesita la autorización

escrita de la usuaria o de su representante legal.

La Realidad

Si bien no se especifica que sea necesaria la autorización del esposo, el punto sobre el “representante legal”¹⁹⁶ ha dado lugar, en la práctica, a algunas situaciones que podrían dar lugar a violaciones de los derechos de la paciente, sobre todo en el momento del parto o en la atención post aborto. Éstos representan momentos de tensión en la vida de una mujer, y aunque realizar la esterilización en ese momento podría ofrecer ciertas ventajas prácticas — tanto para la mujer, para que no sea intervenida nuevamente o para el hospital, que ahorraría tiempo y recursos — no son períodos durante los cuales la mujer esté completamente relajada y en condiciones de hacer una elección. Es en ese momento cuando ha sido frecuente recurrir al esposo o familiares para que tomen la decisión en vez de la mujer. Sin embargo, no encontramos evidencias de que esto ocurra, salvo en la opinión de personas que han trabajado y/o que estudian los servicios de planificación familiar en los hospitales públicos.

C. VIOLENCIA SEXUAL CONTRA LAS MUJERES (ARTÍCULOS 5, 6 Y 16 DE CEDAW)

1. Violación y Otros Delitos Sexuales

Leyes y Políticas Públicas

La regulación de los delitos sexuales compete al fuero de los estados. La mayoría de estos legislan el delito de violación sexual conjuntamente con los delitos de atentados contra el pudor y el rapto. Asimismo, tipifican otros delitos sexuales específicamente para adolescentes y menores, como el estupro, el incesto y la corrupción de menores.¹⁹⁷ Algunos estados sancionan, entre los delitos sexuales, situaciones peculiares como a quien obtenga una relación sexual con una mujer fingiendo ser su marido o concubino.¹⁹⁸

En el Distrito Federal, la violación sexual constituye un delito contra “la libertad y el normal desarrollo psicosexual.”¹⁹⁹ Comete delito de violación sexual quien mediante violencia física o moral realice “la cópula” con persona de cualquier sexo.²⁰⁰ La pena en este caso es de ocho a catorce años de prisión.²⁰¹ El mismo código equipara a la violación la conducta de quien, sin violencia, realice la cópula con una persona menor de doce años, así como la de quien, sin violencia, realice la cópula con una persona que no comprenda el significado del acto sexual o que no pueda oponerse.²⁰² A estos delitos se les asigna penas de ocho a catorce años de prisión.²⁰³ La violación sexual a una persona menor de 14 o 13 años se tipifica, en la mayoría de los ordenamientos penales de los estados, como violación impropia.²⁰⁴ En los casos de violación impropia, algunos estados agravan la pena contra el agresor cuando la víctima es impúber o mujer virgen.²⁰⁵

En México, el delito de rapto, dentro de los delitos sexuales, tiene algunas excepciones, ya que algunos estados solo tipifican el rapto dentro de los delitos contra la libertad y la seguridad personales,²⁰⁶ y en esos casos solo se sanciona el rapto de la mujer mayor de 18 años, cuando se realiza con uso de violencia física o moral.²⁰⁷ Muy pocos estados tipifican el rapto de un varón menor por una mujer.²⁰⁸ El Código Penal del Distrito Federal tipifica el rapto como el acto de quien “se apodere de una mujer por medio de violencia física o moral, de la seducción o engaño, para satisfacer algún deseo erótico-sexual o para casarse”, e impone una sanción de seis meses a seis años de prisión y multa de 50 a 500 pesos.²⁰⁹

El Código Penal del Distrito Federal establece que la conducta de quien realice la cópula con una persona menor de 12 años se equipara a una violación, y se le impone una pena de prisión de ocho a catorce años.²¹⁰ El delito de atentado contra el pudor se da cuando el agresor realiza un acto sexual diferente al coito con una persona menor de 18 años de edad. Algunos estados distinguen entre víctimas púberes o impúberes para la gradación de las penas.²¹¹ El mismo delito tiene diferentes denominaciones en algunos estados, tales como “actos libidinosos,”²¹² en algunos, y “abusos deshonestos,”²¹³ en otros. En el Distrito Federal, si los actos contra el pudor se dan contra un menor de 12 años, el delito se pena con seis meses a tres años de prisión.²¹⁴

El Código Penal también contempla el delito de estupro, que consiste en tener una cópula con una mujer entre 12 y 18 años, mediante seducción o engaño.²¹⁵ Algunos estados ubican este delito dentro de los denominados “contra la libertad e inexperiencia sexual”²¹⁶ En la configuración de éste, se dan diferencias entre los estados en cuanto a la mujer que es víctima del mismo. Mientras algunos limitan la edad de la mujer entre 12 y 18 años, la mayoría exige que ésta sea púber y, además, que sea virgen y honesta.²¹⁷ Algunos doctrinarios mexicanos consideran que en el estupro, tal como está regulado en las leyes penales de ese país, no hay objeto alguno que la ley deba proteger y que “la mujer no necesita de la protección penal que pretende dársele a través del estupro”.²¹⁸ El Código Penal del Distrito Federal requiere que la denuncia contra el agresor sea hecha por la víctima o sus representantes.²¹⁹

El acoso sexual es un delito cuya regulación compete al fuero de los estados. El Código Penal del Distrito Federal establece que comete el delito de hostigamiento sexual el que “con fines lascivos asedie reiteradamente a persona de cualquier sexo, valiéndose de su posición jerárquica, derivada de sus relaciones laborales, docentes, domésticas o cualquiera otra que implique subordinación”.²²⁰ La sanción prevista en la legislación penal para esta conducta es una multa.²²¹ Cuando el hostigador es un empleado público que se vale de su cargo para realizar el hostigamiento, éste deberá ser destituido.²²² La legislación penal establece como condición de punibilidad del hostigamiento sexual que se haya causado un daño o perjuicio.²²³ Asimismo, la persona ofendida es la única que puede entablar la acción penal contra el hostigador.²²⁴

La Realidad

Según el gobierno, la violencia contra la mujer no ha sido investigada de manera sistemática.²²⁵ Asimismo, no se cuenta con información sobre la incidencia de la violencia contra las mujeres, debido al bajo porcentaje de denuncias que se presentan.²²⁶ Se estima, por ejemplo, que solo una de cada diez violaciones sexuales es denunciada ante las autoridades.²²⁷ Un estudio realizado en el Distrito Federal muestra que del total de denuncias presentadas a la

Procuraduría General, el 87% de las víctimas son mujeres. Otro estudio realizado en el mismo distrito señala que una de las razones principales para el desencadenamiento de la violencia contra las mujeres es forzar su negativa a mantener relaciones sexuales no deseadas por ella.²²⁸ En México, aproximadamente la mitad de las violaciones y delitos sexuales son cometidos contra niñas y mujeres adolescentes.²²⁹ En el 60% de las violaciones sexuales a menores que son denunciadas, los agresores son parientes cercanos de la víctima, incluso su propio padre.²³⁰ En el 90% de tales casos, existió consentimiento o tolerancia — de manera implícita o explícita — de las propias madres.²³¹

No existen muchos datos sobre la violación en México; aunque algunas organizaciones no gubernamentales que trabajan el tema de la violación han realizado estudios basados en el número de víctimas que atienden. En 1993, 85 sobrevivientes de violaciones fueron atendidas en la Asociación Mexicana Contra la Violencia a las Mujeres (COVAC), de ellas, la ayuda solicitada se distribuyó de la siguiente forma: 75% solicitó apoyo emocional, únicamente el 1% acudió para apoyo legal y el 24% solicitó tanto apoyo emocional como legal. El 65% de las mujeres fueron atacadas por desconocidos. Desgraciadamente, un alto porcentaje (26%) de las mujeres atacadas resultan embarazadas. En la mayoría de los casos recibidos en COVAC, el 59%, no se levantó denuncia legal.²³² Este hecho puede comprenderse si se toma en cuenta el trato que reciben las mujeres que acuden a denunciar una violación sexual a las agencias del Ministerio Público, por lo menos en la Ciudad de México. Una investigación llevada a cabo en los dominios del Ministerio Público del Distrito Federal²³³ tuvo como objetivo mostrar cómo a las víctimas de violaciones sexuales se les impide avanzar más allá de la primera fase del procedimiento penal de sus denuncias, así como para probar la existencia de obstáculos que tienen que librar en este proceso legal. Las encuestas fueron realizadas en el 93.33% de las agencias del Ministerio Público del fuero común en el Distrito Federal; el 71.42% de los agentes del Ministerio encuestados eran hombres y el 28.57% eran mujeres. Las respuestas a las preguntas formuladas a los agentes del Ministerio Público demuestran que éstos tienen una gran desconfianza de las víctimas de violación cuando éstas presentan su declaración inicial. Por ejemplo, el 85.36% de los agentes encuestados consideró que habría que practicar el exámen médico a la víctima antes de que ésta presente la denuncia. A la pregunta de qué elementos relevantes para su investigación les aportaba el hacer indagaciones sobre la vida íntima y sexual de la ofendida, el 47.61% de los agentes consideró que estos aspectos, sin relevancia particular para la denuncia del delito, son determinantes. Las respuestas incluyen: “es importante saber qué clase de persona es”; “es importante para saber si ha tenido relaciones sexuales, porque eso determina su buena o mala reputación sexual”, o “mediante el cuestionamiento de la vida íntima se puede detectar si la mujer es responsable del ataque sufrido, porque la mayoría de las veces ésta es la que provoca la agresión”.²³⁴ Otra prueba de la insuficiencia de la palabra de la ofendida es que el 30.96% de los agentes considera que se requiere en esos casos de la confesión del agresor o de un testigo²³⁵. El 64.28% de los agentes encuestados consideran que existen casos en donde la ofendida acusa a quien resulta responsable para ocultar un embarazo no deseado producto de una relación que no constituye una violación.²³⁶

Un dramático caso que muestra las consecuencias de este tratamiento por parte de las autoridades acaparó la atención de la prensa en 1997 y ocurrió en la ciudad de Durango (estado de Durango). Yéssica Yadira Díaz, joven de 19 años, fue violada por dos sujetos a los

que denunció. En la agencia del Ministerio Público donde acudió para levantar la denuncia, acompañada por su familia, Yéssica Yadira fue objeto de maltrato y de coerción para que desistiera de levantar la denuncia. Los agresores, que habían sido detenidos, fueron puestos en libertad. Días después, Yéssica Yadira se suicidó. La Comisión Nacional de Derechos Humanos intervino para consignar a los funcionarios (8 funcionarios y 5 agentes en total) del Ministerio por los cargos de abuso de autoridad, aunque únicamente dos agentes fueron encontrados responsables. La presidenta de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, Mireille Roccatti, envió una carta al gobernador de Durango en la que califica de “inadmisible” la respuesta a la recomendación sobre el caso de Yéssica Yadira, subrayando que la consignación única de dos agentes del Ministerio Público “tolera la impunidad y simula la aplicación de la ley” misma que debería recaer con todo rigo sobre todos los involucrados en el caso. Por citar los ilícitos más graves sobre el caso, Roccatti mencionó la coacción moral de la que Yéssica y su familia fueron objeto para desistir de su demanda por el delito de violación, a la que calificó de “tortura”, y en la que estuvieron involucrados varios funcionarios con distinto grado de participación.²³⁷

2. Violencia Doméstica

Leyes y Políticas Públicas

La violación sexual dentro de la pareja no es un delito sancionado por la legislación penal mexicana. En junio de 1997, la Corte Suprema de Justicia de México estableció que la relación sexual entre cónyuges, obtenida mediante violencia, no constituye un delito sino el “ejercicio indebido de un derecho.”²³⁸ Esta sentencia ratifica una anterior decisión de dicha corte sobre la misma materia, dada en 1994.²³⁹ En 1995, solo el Código Penal del Estado de Querétaro sancionaba como delito la violación entre cónyuges.²⁴⁰

La violencia doméstica contra los hijos es tolerada legalmente. En 1995, once estados mexicanos permitían el castigo corporal de los padres o tutores contra los hijos, indicando que las lesiones que se produzcan “en ejercicio del derecho de corregir,” cuando a criterio del juez no se abuse de tal derecho “corrigiendo con crueldad o con innecesaria frecuencia,” no son punibles²⁴¹ si no ponen en peligro la existencia de la víctima, si se curan antes de quince días y no dejan otras consecuencias sancionadas por la ley.²⁴²

En 1996, el Distrito Federal promulgó una ley denominada Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Intrafamiliar,²⁴³ cuyo objetivo es establecer procedimientos de carácter no judicial para la protección de las víctimas de violencia intrafamiliar, y estrategias y organismos responsables de la prevención de dicha violencia.²⁴⁴ Esta ley define violencia como el “acto de poder u omisión recurrente, intencional y cíclico, dirigido a dominar, someter, controlar o agredir física, verbal, psicoemocional o sexualmente a cualquier miembro de la familia”.²⁴⁵ Entre las formas de maltrato sexual señala las de negar necesidades “sexoafectivas” e inducir a prácticas sexuales no deseadas o que causen dolor a la víctima.²⁴⁶ Esta ley “solo surte efectos en el ámbito asistencial y preventivo” respecto a las normas contenidas en el Código Penal del Distrito Federal, especialmente las que se refieren a delitos sexuales en el Código Penal.²⁴⁷ Los procedimientos que se establecen frente a los casos de violencia son la

conciliación²⁴⁸ y la amigable composición o arbitraje.²⁴⁹ El incumplimiento de las resoluciones que estos procedimientos generan será sancionado con multa de treinta a ciento ochenta días del salario mínimo vigente para el Distrito Federal, o el equivalente en jornales diarios, y arresto administrativo inmutable de hasta treinta y seis horas.²⁵⁰

En los códigos penales de los estados, solo en algunos casos se considera como agravante del delito de lesiones y el homicidio que tales delitos se cometan entre miembros de la familia.²⁵¹ En 1995, solo un estado consideraba como circunstancia agravante del delito de lesiones que éstas se dieran entre los cónyuges o concubinos.²⁵² En el Distrito Federal, la violencia intrafamiliar se sanciona desde la legislación penal y, específicamente, en el marco de las disposiciones sobre lesiones personales.²⁵³ Las lesiones personales comprenden las heridas, contusiones, fracturas, quemaduras y, en general, cualquier daño que deje marcas en el cuerpo humano, cuando esos efectos son producidos por una causa externa.²⁵⁴ Las penas van de tres meses de prisión, para las lesiones más leves, a diez años, para las más graves.²⁵⁵

La Realidad

No existen estadísticas sistematizadas sobre la dimensión de la violencia doméstica en México, sin embargo, los indicadores existentes muestran que es un problema grave que requiere atención del sistema legal y de las autoridades de salud para enfrentarlo.²⁵⁶ Un estudio realizado por la Secretaría de Salud del Distrito Federal, entre mujeres de 14 a 57 años que fueron golpeadas por su pareja, evidenció que la mayor parte de las víctimas eran madres de entre 22 y 29 años de edad y que el 90% eran golpeadas en presencia de sus hijos.²⁵⁷ El 22% de las mujeres golpeadas eran analfabetas o con primaria incompleta, el 44% había concluido la primaria o tenía estudios secundarios, el 34% restante tenían estudios superiores o eran profesionales.²⁵⁸ Otras modalidades de violencia familiar comunes en México son las agresiones verbales, el confinamiento en el hogar, la prohibición de ver a los familiares o trabajar y las relaciones sexuales forzadas.²⁵⁹

El Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI), la única institución gubernamental dependiente de la Procuraduría Federal de Justicia que atiende directamente los casos de violencia doméstica ha recibido, a lo largo de 7 años de funcionamiento, a más de 100,000 personas.²⁶⁰

Las actividades realizadas por organizaciones no gubernamentales para prevenir y erradicar la violencia doméstica contra la mujer han contribuido a hacer visible este problema social e influido en la formulación de acciones gubernamentales en la materia, destacando las realizadas en los ámbitos legislativo y judicial entre ellas, la modificación en 1984 al Código Penal del Distrito Federal para castigar con mayor rigor el delito de violación; la creación, en 1989, de las Agencias Especializadas del Ministerio Público para la atención de los delitos sexuales que operan en varias entidades del país, y diversas reformas, adiciones y derogaciones al Código Penal y al Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal que se realizaron en 1990 y 1991 en materia de delitos sexuales.

Sin embargo, a pesar de las acciones emprendidas por el gobierno para frenar el fenómeno de la violencia doméstica, diversos factores obstaculizan la efectividad de los esfuerzos. En un análisis de la situación de la mujer realizado por el gobierno, se menciona que entre estos obstáculos está “el desconocimiento de las mujeres sobre sus derechos y sobre la

legislación destinada a preservarlos; los obstáculos para reconocer, denunciar y dar seguimiento a este tipo de delitos en las instancias judiciales correspondientes; el incumplimiento de la legislación y la carencia de mecanismos e instituciones que protejan los derechos de las víctimas potenciales y efectivas de la violencia.²⁶¹ Las autoridades están conscientes de la necesidad de hacer campañas de comunicación “que sensibilicen a la población sobre las repercusiones que la violencia tiene en el desarrollo integral de la mujer y la familia”²⁶² — aunque no se menciona la urgente necesidad de capacitar a las personas y autoridades que trabajan en las Agencias del Ministerio y quienes reciben las denuncias, cuyo trato a las mujeres es, por lo general, insensible. Cuando, ante la gravedad de las lesiones sufridas, las mujeres acuden al Ministerio Público o al juez, se encuentran no sólo con que son incomprendidas, sino que la mayoría de las veces se les niega la posibilidad de denunciar al esposo, ya que la violencia doméstica no está tipificada como delito. Para muchos servidores públicos, “eso” forma parte de la vida privada de las personas y nada más.²⁶³ Se busca también educar a la población sobre los derechos de las víctimas y promover una tipificación más estricta y clara de estos delitos.

Un grupo amplio y plural de organizaciones no gubernamentales y de instituciones, promueve una propuesta de modificaciones legales fue sometido a la consideración de los legisladores en el periodo ordinario de sesiones el pasado mes de septiembre. Este grupo plantea que el problema de que no exista una clara tutela del derecho civil o penal mexicano para el fenómeno específico de la violencia intrafamiliar reside en que la ley no reconoce la afectación emocional, elemento básico de la violencia doméstica. Las organizaciones buscan destacar que se trata de una conducta particular, que no ha sido observada por el derecho penal.

3. Violencia y/o Coerción dentro de los Servicios de Salud

Leyes y Políticas Públicas

Estas prácticas no están sancionadas por la ley ni existen políticas escritas para subsanarlas.

La Realidad

Además de las numerosas denuncias de maltrato y mala atención médica que se presentaron en el Tribunal para la Defensa de los Derechos Reproductivos, el tipo de coerción que más frecuentemente se encuentra en los servicios de salud reproductiva es la insistencia y la presión para que las pacientes utilicen un tipo de método anticonceptivo determinado. A ese respecto, en 1993, el Fondo de Población de las Naciones Unidas llevó a cabo dos visitas de evaluación a los programas apoyados en México y confirmó la presión por parte del prestador de servicios de salud en el ofrecimiento de los métodos anticonceptivos, así como un descuido de las necesidades de la población. Por ejemplo, se descubrió que en el caso de México, la información acerca del DIU tiende a subestimar los posibles efectos colaterales y enfatizar la

facilidad de su uso, mientras que la información sobre pastillas tiende a centrarse en sus efectos colaterales y la dificultad de uso.²⁶⁴ Otro indicador es la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y salud (1987), que, a partir de la declaración de las mujeres encuestadas respecto al momento de elección del método anticonceptivo, muestra que la tercera parte de la población sin estudios contestó que otra persona había decidido por ella. En zonas rurales, el 18.1% de las mujeres no lo decidió directamente.²⁶⁵

Uno de los casos del Tribunal Para la Defensa de los Derechos Reproductivos²⁶⁶ es el de Dora Luz Pérez Santos, de 39 años de edad. Su testimonio cuenta que Dora Luz asistió a la consulta de control prenatal a la Clínica de Gineco-Obstetricia de la Unidad Médica Tlatelolco (una clínica del gobierno). En la última consulta el médico le preguntó si quería hacerse la salpingoclasia, a lo que ella contestó que no. Dora comentó que el médico la presionó para que aceptara la esterilización argumentando su edad; ante la negativa, el médico le propuso la colocación del dispositivo intrauterino (DIU) a lo que ella también se negó. La decisión de Dora quedó escrita en la hoja de canalización para el parto. Después de su parto por cesárea, Dora comenta que durante las visitas de los médicos se sintió constantemente hostigada, presionada e incluso regañada por no haberse practicado la salpingoclasia, incluso la llamaron “irresponsable.” Por los comentarios de los médicos y la hoja de alta que le dieron, ella estaba segura de que no le habían colocado el DIU. Sin embargo, ya en su casa, cuando se estaba bañando, percibió los hilos del dispositivo, lo que la llenó de indignación. Dora acudió inmediatamente con su médico familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), quien dudó de su capacidad para identificar la presencia del DIU, diciéndole “usted no sabe y en su hoja de alta aparece que no se lo pusieron.” Frente a la insistencia de Dora, el médico la remitió al servicio de Planificación Familiar porque a él no le correspondía retirar el DIU, en donde no fue atendida por ausencia de personal. Dora, quien conoce sus derechos reproductivos, se sentía cada vez más violentada. Dora está llevando a cabo un proceso legal de denuncia en donde se tiene que enfrentar a ser revisada por médicos legistas para comprobar que tiene colocado el DIU.

D. EDUCACIÓN Y ADOLESCENTES (ARTÍCULO 10 DE CEDAW)

1. Acceso a la Educación

Leyes y Políticas Públicas

La Constitución Política establece que todas las personas tienen derecho a recibir educación.²⁶⁷ El Estado Federal, los estados y los municipios están en la obligación de impartir educación pre-escolar, primaria y secundaria, la cual será gratuita.²⁶⁸

La Realidad

Aunque la participación femenina en la educación secundaria y superior ha aumentado considerablemente en las últimas décadas,²⁶⁹ la tasa de analfabetismo de la población femenina,

en 1995, era de 15.2%.²⁷⁰ Aproximadamente dos de cada tres personas adultas analfabetas son mujeres.²⁷¹ La población femenina con menor nivel de educación se encuentra en el área rural.²⁷² No hay diferencias marcadas en el acceso de niñas y niños a la primaria, sin embargo, a los catorce años, el 32.5% de las niñas y el 27.5% de los niños ya no asiste a la escuela.²⁷³

El gobierno²⁷⁴ indica que, mientras que la asistencia escolar tiende a disminuir con la edad, y que la reducción es más marcada en las mujeres que en los hombres, la brecha que separa a ambos sexos ha disminuido en la última década, sobre todo en la educación media-superior: de 89 mujeres por cada 100 hombres a principios de los ochenta, a 94 mujeres cada cien hombres a principios de los noventa. Señala que también ha aumentado la participación de la mujer en la educación superior: en el ciclo educativo 1994-1995, por cada 100 hombres matriculados en ese nivel educativo, se registran 82 mujeres. Esta relación desciende a 64 mujeres por cada 100 hombres en los niveles de posgrado. Esta tendencia de disminución de la brecha se confirma en otros estudios.²⁷⁵

Un estudio cualitativo realizado por la UNICEF²⁷⁶ muestra algunas de las condiciones y el contexto cultural que impulsa a las hijas, en vez de los hijos varones, a abandonar la escuela en México. Este estudio se realizó en una de las zonas más marginales de la Ciudad de México, la colonia Independencia, en el Valle de Chalco, donde no hay drenaje, agua y luz han llegado recientemente y no en todas las zonas, las viviendas son humildes, las calles no están pavimentadas y hay mucha basura. La población de la colonia es de 282.940 personas (INEGI 1990), y tiene una escuela primaria, una secundaria y un kinder. El objetivo original del estudio fue averiguar el uso de tiempo de niños y niñas de 7 a 14 años de edad para determinar si éste reflejaba discriminaciones por razones de género. Las investigadoras trabajaron con cuatro familias, que tienen niños y niñas de 7 a 14 años y una familia con jóvenes mujeres y varones entre 14 y 21 años.

Los resultados relevantes en cuanto a la educación de las niñas son los siguientes. Las niñas y niños de 7 a 11 años, acuden a la escuela primaria en donde pasan 4 horas y media, sentados en bancas precarias y salones oscuros y húmedos. Los maestros dicen tratar a niñas y niños por igual, aunque los observadores indican que orientan juegos diferenciados para hombres y para mujeres. No se encontraron indicios de mayor participación de uno u otro sexo: tanto niñas como niños toman la iniciativa para responder a las preguntas de los maestros. Al regresar a casa después de la escuela, las niñas ayudan con las labores domésticas (ponen la mesa, cuidan a hermanos menores) mientras que los niños salen a comprar algún encargo o juegan en la calle. El mundo de los hijos varones se proyecta al exterior de la casa, en cambio, si las niñas juegan, lo hacen dentro de la casa.

En el grupo de 12 a 14 años, las diferencias están más marcadas. De las 4 niñas observadas para el estudio, 2 no van a la escuela. Las que lo hacen, estudian en salones oscuros y húmedos, y están sentadas separadas de los hombres. Nuevamente, los maestros aseguran no hacer diferencias entre niñas y niños, aunque en los juegos se siguen observando diferencias según los roles tradicionales de cada sexo. Al llegar de la escuela a la casa, las niñas tienen trabajo doméstico que hacer, en calidad de ayudantes y supervisadas por las madres, mientras que los niños salen a la calle a jugar.

Las niñas que han dejado la escuela lo hacen en momentos críticos para la familia: cuando el padre perdió el trabajo, en un caso, y en el otro, cuando el padre fue encarcelado.

En cambio, los hermanos hombres de estas niñas no dejan la escuela aún cuando necesiten trabajar. Una de las madres explicó a las investigadoras que los niños varones necesitan el estudio para desarrollar una profesión y mantener a sus familias cuando sean adultos, mientras que a las mujeres las mantiene su esposo.

2. Información y Educación sobre Sexualidad y Planificación Familiar

Leyes y Políticas Públicas

En México no hay un programa oficial de educación sexual para adolescentes. El Programa de Desarrollo Educativo del gobierno, para el período 1995-2000, no menciona la inclusión de contenidos de educación sexual dentro de los currículos de las instituciones educativas.²⁷⁷ Los programas de información y educación en salud reproductiva y planificación familiar son desarrollados como parte de las políticas de salud y, específicamente, dentro de las políticas de salud reproductiva y planificación familiar.²⁷⁸

La Realidad

El gobierno afirma que el Programa Promoción de la Salud,²⁷⁹ constituye una línea estratégica que tiene un impacto significativo en el estado de salud de la población. Su objetivo es fortalecer los conocimientos, aptitudes y actitudes de las personas para participar en el cuidado de su salud y para optar por estilos de vida saludables, facilitando a la población el logro y conservación de un adecuado estado de salud individual, familiar y colectivo. Una de las estrategias conceptuales del Programa es la “educación para la salud.” En lo que corresponde a salud sexual y reproductiva, observamos un vacío en el programa, ya que además de sus seis componentes: “Salud familiar” — dirigido a la familia y particularmente a la mujer en su papel de madre y, según su propia redacción, “con sus características de género”; “Salud integral del escolar”; “Salud integral de los adolescentes”; “Municipios saludables”; “Ejercicios para el cuidado de la salud”; y “Desarrollo de contenidos educativos” no existe ningún apartado especial sobre salud sexual y reproductiva. Seguramente se considera que la necesidad de los servicios de información sobre sexualidad y planificación familiar están satisfechos dentro de lo que consideran “Salud familiar” y “Salud de los adolescentes,” pero no deja de ser especialmente significativo que no exista un apartado especial para esos temas. Correspondería al Programa de Promoción de la Salud el ofrecimiento de información que ayude a los/as ciudadanos/as a “saberse capaces de incidir sobre diferentes espacios de su salud, reproducción y sexualidad, fomentando un proceso educativo que genere una práctica y un ejercicio de la libertad, en ámbitos como la sexualidad y la reproducción, los cuales son objeto de decisiones personales.”²⁸⁰

En cuanto a las acciones de información emprendidas por el gobierno, destacan diversas campañas de comunicación orientadas a promover la planificación familiar. Una de las más recientes se llama *Planifica, es cuestión de querer*, a cargo del Consejo Nacional de población (CONAPO, 1995), y está dirigida a los “grupos rezagados”: mujeres, hombres,

jóvenes y adultos, unidos y no unidos, que residen en las zonas rurales y urbano-marginadas de 11 entidades federativas (Chiapas, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, México, Michoacán, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Veracruz y Zacatecas). La campaña está compuesta por cuatro etapas, con un tema cada una: retraso de la unión, retraso del nacimiento del primer hijo, espaciamiento entre los nacimientos y limitación de la fecundidad. Entre junio de 1995 y mayo de 1996 se transmitieron en los canales de televisión de cobertura nacional unas 5,900 veces los spots de la campaña, lo que equivale a 49 horas de tiempo continuo de transmisión. Para tener una idea del impacto de la campaña, se realizó una encuesta nacional²⁸¹ entre octubre y diciembre de 1995 a más de 12,700 mujeres en edad reproductiva, de las cuales el 55% recordó haber visto o escuchado en el mes previo a la entrevista algún mensaje de planificación familiar. El mensaje que recibió mayor aceptación es el que destaca las ventajas de retrasar el nacimiento de primer hijo. Sin embargo, también fueron evidentes los grandes retos: sólo el 37% de las mujeres unidas entre 15 y 29 años de edad, nunca usuarias de métodos anticonceptivos y residentes en los estados prioritarios de la campaña publicitaria, recuerda haber visto o haber escuchado algún mensaje de planificación familiar.

E. DERECHOS LABORALES (ARTÍCULO 11 DE CEDAW)

Protección a la Maternidad

Leyes y Políticas Públicas

La Constitución Política reconoce que toda persona tiene “derecho a un trabajo digno y socialmente útil”²⁸² y también establece que para trabajo igual debe corresponder un salario igual, sin discriminación por sexo o nacionalidad.²⁸³ Reconoce, por otro lado, la protección especial a la maternidad,²⁸⁴ señalando que la mujer embarazada no debe realizar trabajos que impliquen riesgo para su salud.²⁸⁵ Asimismo, dispone que la trabajadora gestante tiene derecho a una licencia pre-natal de seis semanas y a una licencia post-natal de seis semanas, remuneradas con el equivalente al salario vigente al momento del descanso.²⁸⁶

La Ley Federal de Trabajo²⁸⁷ establece que las mujeres disfrutan de los mismos derechos y tienen las mismas obligaciones que los hombres.²⁸⁸ La mujer tiene derecho a que le prorroguen la licencia pre-natal o post-natal cuando no le sea posible trabajar por motivo del embarazo o el parto, caso en el cual se le reconocerá el 50% de su salario hasta por un período de sesenta días.²⁸⁹ La mujer tiene derecho a reintegrarse a su trabajo una vez haya disfrutado su licencia.²⁹⁰ Igualmente, el empleador está en la obligación de conceder a la trabajadora dos descansos dentro de la jornada de trabajo, de treinta minutos cada uno, para amamantar a su hijo(a).²⁹¹

La Realidad

El reporte de Human Rights Watch²⁹² sobre la situación de las trabajadoras mexicanas de la maquila — las compañías procesadoras de exportaciones — ilustra el tipo de

discriminación que viven las obreras que laboran para la iniciativa privada en nuestro país. Las maquiladoras exigen que las trabajadoras se realicen pruebas de embarazo como condición para darles empleo; se les niega el trabajo si están embarazadas y, en caso de que se embaracen en el periodo de tiempo que trabajan en la maquila, se les presiona para que renuncien o se les maltrata. A pesar de su responsabilidad de garantizar la protección a estas trabajadoras, sostiene Human Rights Watch, el gobierno mexicano no ha admitido ni remediado las violaciones a los derechos de no discriminación y privacidad de estas mujeres. Adicionalmente, la no intervención del gobierno para remediar esta situación atenta contra el derecho de la mujer a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos. Por lo menos la mitad de las 500,000 personas que laboran en las maquiladoras son mujeres. El reporte de Human Rights Watch investigó este tipo de discriminación en cinco ciudades: Tijuana (Baja California), Chihuahua (Chihuahua), Matamoros, Reynosa y Río Bravo (Tamaulipas), entrevistando a mujeres que trabajaban en ese momento o habían trabajado recientemente en las maquiladoras. Se descubrió que, en el proceso de entrevistar a las aspirantes a las plazas de trabajo, se les exigía realizarse el exámen de embarazo, pruebas que realizaba personal médico de compañías contratadas por las empresas. Los entrevistadores con frecuencia intentan averiguar datos íntimos sobre la mujer, como si es sexualmente activa, o qué tipo de anticonceptivos utiliza. Cuando una mujer que trabaja para la maquiladora queda embarazada, los gerentes con frecuencia las reasignan a trabajos físicamente más difíciles, para presionarlas a que renuncien. Las mujeres afectadas por estas discriminaciones son las más pobres, menos experimentadas y menos educadas de la fuerza laboral.

En el Tribunal para la Defensa de los Derechos Reproductivos²⁹³ se denunciaron varias instancias gubernamentales, entre ellas las Delegaciones Políticas Benito Juárez y Tlalpan, al Instituto de Capacitación y Desarrollo Social del Transporte Colectivo Metro y al Instituto de Formación Profesional de la Procuraduría General del Distrito Federal y a los Centros de Desarrollo Infantil, debido a que exigen a las mujeres, como requisito para darles empleo, no estar embarazadas, sometiéndolas las prácticas mencionadas.

Notas Finales

¹ La adición del derecho a la protección de la salud se dio en 1983; fue publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 3 de febrero de 1983; ver Consejo Nacional de Población (CONAPO): La Demanda de Atención de Salud en México. México, 1995, p. 29; además, ver artículo 4 de la Constitución Federal.

² Este programa fue adoptado por el gobierno federal en cumplimiento de los artículos 4 y 26 de la Constitución Federal, artículo 9 de la Ley Orgánica de Administración Pública Federal, y 9, 17, 22, 23, 27, 28, 29 y 32 de la Ley de Planeación. PODER EJECUTIVO FEDERAL. Programa de Reforma del Sector Salud, 1995-2000 [a]. México, 1995, p. i.

³ *Ibíd.*, p. 14.

⁴ *Ibíd.*, pp. 27-45.

⁵ CONAPO, op. cit. [a], p. 29.

⁶ *Ibíd.*

⁷ *Ibíd.*, p. 32.

⁸ *Ibíd.*

⁹ *Ibíd.*

¹⁰ *Ibíd.*

¹¹ *Ibíd.*, p. 31.

¹² *Ibíd.*

¹³ Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), comunicación interinstitucional. México D.F., memo del 13 de agosto de 1997, p. 2. En los archivos del CRLP.

¹⁴ Código Penal para el Distrito Federal en Materia de Fuero Común y para toda la República en Materia de Fuero Federal [de aquí en adelante, Código Penal del D.F.], artículos 288-293.

¹⁵ *Ibíd.*, artículo 228.

¹⁶ CONAPO, op. cit. [a], p. 29.

¹⁷ *Ibíd.*, p. 32

¹⁸ *Ibíd.*, p. 29.

¹⁹ *Ibíd.*, p. 30.

²⁰ PODER EJECUTIVO FEDERAL, op. cit. [a], p.7

²¹ *Ibíd.*

²² *Ibíd.*

²³ PODER EJECUTIVO FEDERAL. Programa Nacional de la Mujer, 1995-2000 [b]. México, marzo de 1996, p. 28.

²⁴ Información Básica de los Estados Unidos Mexicanos (visitado el 30 de julio de 1997), <http://cenids.ssa.gob.mx/>.

²⁵ PODER EJECUTIVO FEDERAL, op. cit. [a], p. 7.

²⁶ LAURELL, Asa Cristina y RUÍZ, Liliana. ¿Podemos garantizar el derecho a la salud?, UAM Xochimilco, Fundación Friedrich Ebert, México, 1996, p. 9.

²⁷ *Ibíd.*

²⁸ *Ibíd.*, p. 10.

²⁹ CONAPO. Situación de la mujer: Desafíos para el año 2000 [b]. México, 1995.

³⁰ *Ibíd.*, p. 48.

³¹ Constitución Federal, artículo 4.

³² Constitución Federal, artículo 123.

³³ Ley General de Salud, [publicada en el Diario Oficial, el 7 de febrero, 1984,] artículo 27.

³⁴ *Ibíd.*, artículo 61.

³⁵ Publicada en el Diario Oficial de la Federación, el 30 de mayo de 1994.

³⁶ PODER EJECUTIVO FEDERAL. Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, 1995-2000 [c]. México, 1995.

³⁷ El Consejo Nacional de Población es un organismo público interinstitucional creado en 1974. Está encargado del planeamiento demográfico del país y tiene como finalidad incorporar los aspectos de 'volumen, estructura dinámica, distribución territorial y composición social, económica y étnica de la población' en los programas de desarrollo económico y social (visitado el 16 de julio de 1997),

<<http://unam.mx/conapo/info/>>.

³⁸ PODER EJECUTIVO FEDERAL, Programa Nacional de Población [d]. México, 1995. pp. 1, 12 y 60; ver también Ley General de Población.

³⁹PODER EJECUTIVO FEDERAL., op.cit. [c], p. ii.

⁴⁰ PODER EJECUTIVO FEDERAL, op.cit. [a], p. 31.

⁴¹ *Ibíd.*, pp. 31-34.

⁴² PODER EJECUTIVO FEDERAL op.cit. [c], pp. 2, 8, y 19-23.

⁴³ La Norma Oficial de los Servicios de Planificación Familiar [NOSPF], sección 5.1.

⁴⁴ *Ibíd.*, sección 5.1.4. Además, PODER EJECUTIVO FEDERAL, op.cit. [c], p. 27.

⁴⁵ NOSPF, sección 5.5.

⁴⁶ Ley General de Salud, artículo 67.

⁴⁷ PODER EJECUTIVO FEDERAL, op.cit. [c], pp. 14-15.

⁴⁸ SECRETARIA DE SALUD Y CONAPO. Analisis de la Situación del Programa de Planificación Familiar según datos de la Encuesta Nacional de Planificación Familiar. México, octubre de 1996, pp. 8-9.

⁴⁹ *Ibíd.*

⁵⁰ *Ibíd.*, p. 9.

⁵¹ *Ibíd.*

⁵² PODER EJECUTIVO FEDERAL, op.cit.[c], p. 7.

⁵³ BLANEY, Carol. Postpartum and Postabortion Family Planning in Latin America: Interviews with Health Providers, Policy Makers and Women's Advocates in Ecuador, Honduras and Mexico. Panamerican Health Organization, Family Health International, Washington, 1997.

⁵⁴ *Ibíd.*, p. 32.

⁵⁵ VARELA CHÁVEZ, Yolanda. "Opciones anticonceptivas en el Programa de Planificación Familiar de la Secretaría de Salud", en Boletín de Salud Reproductiva, SSA, año1, núm.1, enero-febrero 1997, p. 23.

⁵⁶ BLANEY, Carol. op.cit., p. 32.

⁵⁷ *Ibíd.*, p. 34.

⁵⁸ NÁJERA AGUILAR P., LAZCANO E., ALONSO P., et.al. "Factores asociados con la familiaridad de las mujeres mexicanas con la función del Papanicolaou," en Cáncer del cuello del útero, Número sobre cáncer del cuello del útero del Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Año 75, Vol 121, No.6, Diciembre 1996.

⁵⁹ Ley General de Salud, artículo 51.

⁶⁰ *Ibíd.*, artículo 300.

⁶¹ *Ibíd.*, artículo 303.

⁶² *Ibíd.*, artículo 54.

⁶³ Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, promulgado el 3 de junio de 1996.

⁶⁴ La CODAM es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, con autonomía técnica para emitir sus opiniones, acuerdos y laudos. *Ibíd.*, artículo 1.

⁶⁵ *Ibíd.*, artículo 2.

⁶⁶ *Ibíd.*, artículo 4.

⁶⁷ NOSPF, sección 5.4.

⁶⁸ Ley General de Salud, artículo 310.

⁶⁹ *Ibíd.*

⁷⁰ *Ibíd.*

⁷¹ HERNÁNDEZ FRANCO, Daniel. "La búsqueda del ejercicio pleno del derecho en la planificación familiar," en Demos, núm. 9, 1996.

⁷² GUERRERO XÓCHITL, Romero, et al. "Calidad de la atención del aborto: percepción de las usuarias", en Calidad de la atención en salud sexual y reproductiva, Comité Promotor por una Maternidad Sin Riesgos en México, México, 1997, p. 201.

⁷³ Tribunal para la defensa de los derechos reproductivos: Dossier de casos. Red por la Salud de las Mujeres del Distrito Federal, Mayo de 1996, pp. 8-10.

⁷⁴ Los Códigos Penales de los diferentes estados tipifican el aborto como delito, y sólo se despenaliza en específicas circunstancias.

- ⁷⁵ Ley General de Salud, artículo 68, numeral 5, y artículos 144 y 204.
- ⁷⁶ *Ibíd.*, artículo 204.
- ⁷⁷ *Ibíd.*, artículo 205, en concordancia con el artículo 194, bis.
- ⁷⁸ SECRETARÍA DE SALUD Y CONAPO, *op.cit.*, p.1.
- ⁷⁹ CONAPO. Situación de la Planificación Familiar en México: Indicadores de Anticoncepción [c], México, 1994, p. 3.
- ⁸⁰ *Ibíd.*
- ⁸¹ *Ibíd.*
- ⁸² SECRETARÍA DE SALUD Y CONAPO, *op.cit.*, pp. 4-5.
- ⁸³ CONAPO, *op.cit.* [c], p. 8.
- ⁸⁴ APARICIO, Ricardo, ANGULO, Yvon. “Demanda insatisfecha de planificación familiar”, en *Demos*, núm. 9, 1996.
- ⁸⁵ MARTÍNEZ MANATOU, Jorge,. “Algo anda mal en planificación familiar”, Carta sobre población, en Grupo Académico de Apoyo a Programas de Población, año 4, núm. 22, agosto 1997.
- ⁸⁶ *Ibíd.*, p. 2
- ⁸⁷ *Ibíd.*, p.1
- ⁸⁸ Código Penal del D. F., artículos 329-334. Ver, entre otros, los códigos penales de Oaxaca, Chiapas, Nuevo León, Baja California Sur, Morelos y Durango.
- ⁸⁹ En todos los estados, así como en el Distrito Federal, se sancionan la conducta de la mujer y de la persona que la hace abortar.
- ⁹⁰ IBAÑEZ Y GARCIA VELASCO, José Luis. “Situación Legal del Aborto”. En: GIRE. Nuevas Estrategias para abordar el tema de los Derechos Reproductivos. México, noviembre de 1995, p. 54.
- ⁹¹ *Ibíd.*
- ⁹² *Ibíd.*
- ⁹³ Circunstancia excepcional en Guerrero y en Chihuahua. Ver, en general, GIRE. Causales sobre el aborto no punibles en los códigos penales de la República mexicana. Trabajo-tabulados elaborados por Eugenia Martín Moreno. México, octubre de 1995.
- ⁹⁴ IBAÑEZ Y GARCIA VELASCO, *op.cit.*, p. 54.
- ⁹⁵ *Ibíd.*
- ⁹⁶ *Ibíd.* Únicamente la legislación penal del estado de Yucatán contempla esta circunstancia excepcional.
- ⁹⁷ Análisis comparativo de los Códigos Penales de Chihuahua, el Distrito Federal, Chiapas, Aguascalientes, Baja California Sur y Campeche. La mayoría de los estados imponen un rango de uno a tres años de prisión.
- ⁹⁸ Ver Códigos del Distrito Federal, Yucatán, Aguascalientes, Jalisco, Nayarit y Zacatecas, entre otros.
- ⁹⁹ Ver Códigos del Distrito Federal, Yucatán, Aguascalientes, Jalisco y Nayarit, entre otros.
- ¹⁰⁰ Maternidad sin riesgos en México. ELU, Ma. del Carmen y LANGER, Ana (editoras). Instituto Mexicano de Estudios Sociales, México, 1994, p. 86.
- ¹⁰¹ *Ibidem.*
- ¹⁰² CHAMBERS, Virginia. “Subdirectora de Programas en América Latina,” IPAS, 1993, citada en La LVI Legislatura ante la ética, el derecho y el aborto, GIRE, México, 1995, pp. 22-23.
- ¹⁰³ Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 1982-1985, citado en GIRE, *op.cit.*, p. 22.
- ¹⁰⁴ “Características de las mujeres con un aborto en la población derechohabiente del IMSS”, 1991, citado en GIRE, *op.cit.*, p. 23.
- ¹⁰⁵ Datos de la Encuesta Nacional de Fecundidad (ENFES) 1987, citadas en Aborto clandestino: una realidad latinoamericana. Instituto Alan Guttmacher, Nueva York, 1994.
- ¹⁰⁶ GONZÁLEZ M., Lucero. “La penalización del aborto en México,” en Mujeres y política. UAM Xochimilco, No.1, Otoño 1992, México.
- ¹⁰⁷ *Ibíd.*, p. 53
- ¹⁰⁸ *Ibíd.*, p.54
- ¹⁰⁹ *Ibíd.*, p.55
- ¹¹⁰ GIRE.

-
- ¹¹¹ NOSPF, sección 6.5.7.
- ¹¹² CONAPO, op.cit. [c], p. 3.
- ¹¹³ FIGUEROA PEREA, J.G. “Anticoncepción quirúrgica, educación y elección anticonceptiva”, trabajo presentado en la IV Reunión Nacional de Investigación demográfica en México, 1990 [a].
- ¹¹⁴ *Ibíd.*
- ¹¹⁵ FIGUEROA P., Juan Guillermo, GANADO AGUILAR, B. Margarita, y HITTA, Maía Gabriela. Una aproximación al entorno de los derechos reproductivos por medio de un enfoque de conflictos, *Estudios Sociológicos* XII:34, 1994.
- ¹¹⁶ *Ibíd.*, p. 141.
- ¹¹⁷ Red por la Salud de las Mujeres del Distrito Federal, op.cit., pp. 4-5.
- ¹¹⁸ Publicada en el Diario Oficial, el 17 de enero de 1995.
- ¹¹⁹ Para mayor detalle sobre los establecimientos que comprende el SNS, ver sección sobre infraestructura de los servicios de salud.
- ¹²⁰ Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana, sección 1, sobre objetivos y campos de aplicación.
- ¹²¹ *Ibíd.*, sección 5, sobre medidas de prevención.
- ¹²² *Ibíd.*, sección 6, sobre medidas de control.
- ¹²³ *Ibíd.*, sección 6.11.1.
- ¹²⁴ *Ibíd.*, secciones 6.8 a 6.15. Asimismo, establece que el tratamiento del paciente con infección por VIH lo debe realizar personal capacitado, siguiendo las recomendaciones contenidas en la Guía para la Atención de Pacientes con VIH/SIDA en Consulta Externa y Hospitales. *Ibíd.*, sección 6.11.
- ¹²⁵ *Ibíd.*, sección 1.3.
- ¹²⁶ PODER EJECUTIVO FEDERAL, op.cit. [c], p. 22.
- ¹²⁷ PODER EJECUTIVO FEDERAL, op.cit. [a], p. 34.
- ¹²⁸ PODER EJECUTIVO FEDERAL, op.cit. [c], p. 16.
- ¹²⁹ *Ibíd.*, p. 23.
- ¹³⁰ PODER EJECUTIVO FEDERAL, op.cit. [a], p. 34.
- ¹³¹ PODER EJECUTIVO FEDERAL, op.cit. [c], p. 10.
- ¹³² CONAPO, op.cit. [b], p. 48.
- ¹³³ *Ibíd.*
- ¹³⁴ *Ibíd.*
- ¹³⁵ PODER EJECUTIVO FEDERAL, op.cit. [c], p. 6.
- ¹³⁶ “Programa de VIH-SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual”, en *Epidemiología, Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica*, vol.14, núm. 37, semana 37 (7-13 de septiembre 1997).
- ¹³⁷ *Ibidem.*
- ¹³⁸ Red por la Salud de las Mujeres del Distrito Federal, op.cit., pp. 17-18.
- ¹³⁹ Constitución Federal, artículo 4.
- ¹⁴⁰ PODER EJECUTIVO FEDERAL, op.cit [c], pp. 14-15.
- ¹⁴¹ *Ibíd.*
- ¹⁴² SECRETARÍA DE SALUD Y CONAPO, op.cit., p. 6.
- ¹⁴³ PODER EJECUTIVO FEDERAL, op.cit. [c], p. .5.
- ¹⁴⁴ PODER EJECUTIVO FEDERAL, op.cit. [d], p. 3.
- ¹⁴⁵ SECRETARÍA DE SALUD Y CONAPO, op.cit., p. 6.
- ¹⁴⁶ PODER EJECUTIVO FEDERAL, op.cit. [c], p. 5.
- ¹⁴⁷ *Ibíd.*
- ¹⁴⁸ *Ibíd.*
- ¹⁴⁹ *Ibíd.*
- ¹⁵⁰ Secretaría de Salud, 1995.
- ¹⁵¹ Fecundidad. Instituto Nacional de Geografía Estadística e Informática, México, 1993.
- ¹⁵² La mujer adolescente, adulta, anciana y su salud, en Dirección General de Salud Materno Infantil, Secretaría de Salud, México, 1992.
- ¹⁵³ *Ibíd.*, p.110.
- ¹⁵⁴ Constitución Federal, artículo 4.

¹⁵⁵ Código Civil para el Distrito Federal en Materia de Fuero Común y para toda la República en Materia de Fuero Federal [de aquí en adelante, Código Civil del D.F.], artículos 146 y 178.

¹⁵⁶ *Ibíd.*, artículo 149.

¹⁵⁷ *Ibíd.*, artículos 162 y 164.

¹⁵⁸ *Ibíd.*, artículo 172.

¹⁵⁹ *Ibíd.*, artículo 162.

¹⁶⁰ *Ibíd.*, artículo 164.

¹⁶¹ *Ibíd.*, artículo 168.

¹⁶² Código Penal del D.F., artículo 273. El adulterio es castigado cuando es cometido en el domicilio conyugal o con escándalo.

¹⁶³ Constitución Federal, artículo 4.

¹⁶⁴ GALEANA Patricia. “La Violencia Intrafamiliar como Delito Tipificado”. En: Comisión nacional de derechos humanos: Memoria de la Reunión Nacional sobre Derechos Humanos de la Mujer, 1ª ed. México D.F., noviembre de 1995, p. 19.

¹⁶⁵ *Ibíd.*

¹⁶⁶ *Ibíd.*

¹⁶⁷ Código Civil del D.F., artículo 163.

¹⁶⁸ *Ibíd.*

¹⁶⁹ *Ibíd.*

¹⁷⁰ *Ibíd.*, artículo 302. Los alimentos comprenden: “la comida, el vestido, la habitación y la asistencia en casos de enfermedad. Respecto de los menores, los alimentos comprenden, además, los gastos para la educación primaria del alimentista. . .”. *Ibíd.*, artículo 308.

¹⁷¹ *Ibíd.*, artículo 383. Este artículo establece que se presumen hijos del concubinario y la concubina: “I. Los nacidos después de 180 días, contados desde el comienzo del concubinato; y II. Los nacidos dentro de los 300 días siguientes al momento en que cesó la vida común entre el concubinario y la concubina.”

¹⁷² LORÍA, Cecilia. “La familia mexicana de fin de siglo”, en Ámbitos de familia, UNICEF/DIF/Colmex, México, 1996, pp. 21-31.

¹⁷³ BRACHET, Viviane. “Legislación, divorcio y pensión alimenticia”, en Ámbitos de familia UNICEF/DIF/Colmex, México, 1996, pp. 33-39.

¹⁷⁴ Código Civil del D.F., artículo 266.

¹⁷⁵ *Ibíd.*, artículo 267.

¹⁷⁶ *Ibíd.*, artículos 283-288.

¹⁷⁷ *Ibíd.*, artículos 178-218.

¹⁷⁸ *Ibíd.*, artículo 287.

¹⁷⁹ *Ibíd.*, artículos 323 y 288.

¹⁸⁰ *Ibíd.*, artículo 286.

¹⁸¹ PÉREZ DUARTE, Alicia Elena. Derecho de familia. FCE, México, 1994, pp. 105-108.

¹⁸² *Ibíd.*, p.108

¹⁸³ CONAPO, op.cit. [b], p. 26.

¹⁸⁴ LÓPEZ, María de la Paz. “Familias de jefas: los nuevos arreglos domésticos,” en Ámbitos de familia. DIF/UNICEF/COLMEX, México, 1997.

¹⁸⁵ Código Civil del D. F., artículos 148 y 149.

¹⁸⁶ *Ibíd.*, artículo 149.

¹⁸⁷ *Ibíd.*

¹⁸⁸ *Ibíd.*, artículo 148.

¹⁸⁹ PODER EJECUTIVO FEDERAL, op.cit. [c], p. 5.

¹⁹⁰ CONAPO, op.cit. [b], p. 66.

¹⁹¹ *Ibíd.*

¹⁹² Los jóvenes en México. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, México, 1993, p. 39.

¹⁹³ RUFFO, Emma. “Uso del tiempo por parte de las niñas y niños de 7 a 14 años de edad en la Colonia Independencia del Valle de Chalco, Estado de México”, en Uso del tiempo por parte de las niñas y los niños de 7 a 14 años de edad y su relación con las discriminaciones por razones de género, compiladora

Nina Chaves de Santa Cruz, UNICEF, Santa fé de Bogotá, 1994, pp. 165-177

¹⁹⁴ *Ibíd.*, p. 174.

¹⁹⁵ NOSFP, sección 6.5.7.

¹⁹⁶ Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar, publicada en el Diario Oficial de la Federación, lunes 30 de mayo de 1994, p. 353.

¹⁹⁷ MARTÍNEZ ROARO, Marcela. Delitos Sexuales, Sexualidad y Derecho, 4ª ed. México, Editorial Porrúa S.A., p. 232.

¹⁹⁸ *Ibíd.*

¹⁹⁹ Ver Título XV del Código Penal del D.F.

²⁰⁰ *Ibíd.*, artículo 265.

²⁰¹ *Ibíd.*

²⁰² *Ibíd.*, artículo 266.

²⁰³ *Ibíd.*

²⁰⁴ MARTÍNEZ ROARO, Marcela, *op.cit.*, p. 232.

²⁰⁵ Por ejemplo, el Código Penal de Puebla (art. 252). Ver p. 233.

²⁰⁶ Por ejemplo, los estados de México, Michoacán y Zacatecas. MARTÍNEZ ROARO, Marcela, *op.cit.*, p. 248.

²⁰⁷ Ver Códigos Penales de los estados de Aguascalientes, Campeche, Puebla y Yucatán.

²⁰⁸ Ver Códigos Penales de los estados de Veracruz y Zacatecas.

²⁰⁹ Código Penal del D. F., artículo 267.

²¹⁰ *Ibíd.*, artículo 266.

²¹¹ MARTÍNEZ ROARO, Marcela, *op.cit.*, pp. 212–213.

²¹² Código Penal del Estado de México. *Ibíd.*, p. 212.

²¹³ Códigos Penales de los estados de Michoacán, Guerrero, Sonora, Tamaulipas, Veracruz. *Ibíd.*

²¹⁴ Código Penal del D.F., artículo 261.

²¹⁵ *Ibíd.*, artículo 262.

²¹⁶ MARTÍNEZ ROARO, Marcela, *op.cit.*, p. 221.

²¹⁷ *Ibíd.*

²¹⁸ *Ibíd.*, p. 229.

²¹⁹ Código Penal del D.F., artículo 263.

²²⁰ Código Penal del D. F., artículo 259 bis.

²²¹ *Ibíd.*

²²² *Ibíd.*

²²³ *Ibíd.*

²²⁴ *Ibíd.*

²²⁵ CONAPO, *op.cit.* [b], p. 38.

²²⁶ *Ibíd.*

²²⁷ *Ibíd.*

²²⁸ GALEANA, Patricia, *op.cit.*, p. 20.

²²⁹ CONAPO, *op.cit.* [b], pp. 38-39.

²³⁰ GALEANA, Patricia, *op.cit.*, p. 22.

²³¹ *Ibíd.*

²³² DUARTE, Patricia. La lucha contra la violencia de género en México. Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos, México, 1997, p. 20.

²³³ GONZÁLEZ ASCENCIO, Gerardo. La antesala de la justicia: la violación en los dominios del ministerio público. COVAC, México, 1993.

²³⁴ *Ibíd.*, p. 16.

²³⁵ *Ibíd.*, p. 19.

²³⁶ *Ibíd.*, p. 22.

²³⁷ Periódico La Jornada, 28/10/97, p. 43.

²³⁸ Inter Press Service News Agency [Agencia de Servicio de Noticias Inter Press]. IPS Daily Journal [Diario IPS], Vol.5, N° 103, 17 de junio de 1997, p. 5.

²³⁹ Jurisprudencia 10/94. Primera Sala, 8ª época. Gaceta # 77, mayo de 1994, p.18.

²⁴⁰ En 1995, solo el estado de Querétaro reconocía, en su artículo 164, la sanción a la violación entre cónyuges. Ver GALEANA, Patricia, op.cit., p. 21.

²⁴¹ GALEANA, Patricia, op.cit., p. 19.

²⁴² *Ibíd.*

²⁴³ Decreto de la Asamblea de Representantes del Distrito Federal, promulgado el 26 de abril de 1996 y publicado el 9 de julio de ese año.

²⁴⁴ *Ibíd.*, artículo 1.

²⁴⁵ *Ibíd.*, artículo 3, inciso III.

²⁴⁶ *Ibíd.*, artículo 3, inciso III, apartado c.

²⁴⁷ *Ibíd.*

²⁴⁸ A cargo de las delegaciones policiales del Distrito. El funcionario designado como conciliador, buscará la conciliación de las partes, “proporcionándoles toda clase de alternativas, exhortándolos a que lo hagan, dándoles a conocer las consecuencias en caso de continuar con su conflicto [...] Si las partes arriban a un acuerdo se firmará un convenio. *Ibíd.*, artículo 20.

²⁴⁹ A cargo de las delegaciones policiales del distrito. El funcionario designado como amigable componedor escuchará a las partes, quienes ofrecerán pruebas y argumentos; una vez agotados estos, el funcionario emite su resolución. *Ibíd.*, artículo 22.

²⁵⁰ *Ibíd.*, artículo 25.

²⁵¹ Código Penal del Estado de Hidalgo, artículo 143. GALEANA, Patricia, op.cit., p. 19.

²⁵² *Ibíd.*

²⁵³ Código Penal del D. F., Título XIX, Delitos Contra la Vida y la Integridad Corporal, artículos 288 a 301.

²⁵⁴ *Ibíd.*, artículo 288.

²⁵⁵ *Ibíd.*, artículos 289-301.

²⁵⁶ En 1995, solo el estado de Querétaro reconocía, en su artículo 164, la sanción a la violación entre cónyuges. Ver GALEANA, Patricia, op.cit., p. 21.

²⁵⁷ GALEANA, Patricia, op.cit., p. 20.

²⁵⁸ *Ibíd.*

²⁵⁹ CONAPO, op.cit. [b], p. 39.

²⁶⁰ OLAMENDI TORRES, Patricia. “La violencia contra la mujer en México.” *Fem*, año 21, núm. 171, junio 1997.

²⁶¹ CONAPO, op.cit [b], p. 40.

²⁶² *Ibíd.*

²⁶³ OLAMENDI TORRES, Patricia, op.cit..

²⁶⁴ FIGUEROA PEREA, J.G. “Algunas reflexiones sobre el ejercicio de los derechos reproductivos en el ámbito de las instituciones de salud” en *Calidad de atención en salud sexual y reproductiva*, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, México, 1997, p. 20.

²⁶⁵ FIGUEROA PEREA, J.G., op.cit. [a].

²⁶⁶ Red por la Salud de las Mujeres del Distrito Federal, op.cit., p. 12.

²⁶⁷ Constitución Federal, artículo 3.

²⁶⁸ *Ibíd.*

²⁶⁹ PODER EJECUTIVO FEDERAL, op. cit. [b], p. 15. En el período comprendido entre 1981 y 1994, la relación de mujeres con educación secundaria por cada cien hombres pasó de 89 a 95. Asimismo, la relación de mujeres con educación superior por cada cien hombres pasó, en el período comprendido entre 1991 a 1995, de 76 a 82.

²⁷⁰ *Ibíd.*, p. 13.

²⁷¹ *Ibíd.*

²⁷² *Ibíd.*, pp. 15-17.

²⁷³ *Ibíd.*, p. 15.

²⁷⁴ CONAPO, op.cit. [b], p.12-14

²⁷⁵ Los jóvenes en México, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, México, 1993.

²⁷⁶ RUFFO, Emma. Op.cit. [a], pp. 165-177.

²⁷⁷ PODER EJECUTIVO FEDERAL. Programa de Desarrollo Educativo, 1995-2000. México, 1995.

²⁷⁸ PODER EJECUTIVO FEDERAL, op.cit. [a], p. 32.

²⁷⁹ “Programa de Promoción de la Salud”, en Epidemiología, Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, vol.14, núm.42, semana del 12 al 18 de octubre de 1997, p. 1.

²⁸⁰ FIGUEROA PEREA, J.G. “Derechos reproductivos y el espacio de las instituciones de salud: algunos apuntes sobre la experiencia mexicana,” documento, 1994.

²⁸¹ TUIRÁN, Rodolfo. “Comunicación en población y procesos de difusión”, en Demos, núm.9, 1996, p. 26.

²⁸² Constitución Federal, artículo 123.

²⁸³ *Ibíd.*, fracción VII.

²⁸⁴ *Ibíd.*, artículo 123.

²⁸⁵ *Ibíd.*, fracción V. Ver también artículos 166-167 de la Ley Federal del Trabajo.

²⁸⁶ *Ibíd.* Ver también artículo 170 de la Ley Federal del Trabajo.

²⁸⁷ Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación, el 1 de Abril de 1970.

²⁸⁸ *Ibíd.*, artículo 164.

²⁸⁹ *Ibíd.*, artículo 170, fracción II y V.

²⁹⁰ Constitución Federal, artículo 123. Ver también artículo 170 de la Ley Federal del Trabajo.

²⁹¹ Constitución Federal, artículo 123, fracción V. Ver también artículo 170 de la Ley Federal del Trabajo.

²⁹² No Guarantees: Sex Discrimination in Mexico’s Maquiladora Sector. Human Rights Watch, August, 1996, Vol. 8., No.6 (Documento recuperado por Internet).

²⁹³ Red por la Salud de las Mujeres del Distrito Federal, op.cit.