



INFORME **MUJERES** **2013**

**Salud materna y violencia obstétrica.
La situación de los derechos humanos
de las mujeres en el Distrito Federal**

Volumen II

Ciudad de México, marzo de 2014



INFORME **MUJERES** **2013**

**Salud materna y violencia obstétrica.
La situación de los derechos humanos
de las mujeres en el Distrito Federal**

Volumen II

Ciudad de México, marzo de 2014

COORDINACIÓN GENERAL E INTEGRACIÓN: Domitille Delaplace.

EQUIPO DE INVESTIGACIÓN: Bárbara Torres Méndez, Nallely Ugalde Hernández, Jorge Ruiz López y Leticia Mendoza.

ELABORACIÓN DEL ANEXO ESTADÍSTICO: Arturo Arriaga López y Martha Patricia Orozco.

REVISIÓN: Ricardo Ortega Soriano, María del Mar Monroy García y Patricia Piñones Vázquez.

EDITORIA RESPONSABLE: Andrea Lehn. CUIDADO DE LA EDICIÓN: Haidé Méndez Barbosa. DISEÑO DE PORTADA: Gabriela Anaya Almaguer. FORMACIÓN: Ana Lilia González Chávez. CORRECCIÓN DE ESTILO Y REVISIÓN DE PLANAS: Haidé Méndez Barbosa y Karina Rosalía Flores Hernández. DISTRIBUCIÓN: Sonia Ruth Pérez Vega, María Elena Barro Farías, Eduardo Gutiérrez Pimentel y José Zamora Alvarado.

FOTOGRAFÍA DE PORTADA: Alejandro Cuevas Romo/CDHDF.

FOTOGRAFÍAS: Sonia Blanquel Díaz, Alejandro Cuevas Romo, Ernesto Gómez Ruiz, Antonio Vázquez Hernández/CDHDF y Alexis Forcada.

Primera edición, 2014

D. R. © 2014, Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal
Av. Universidad 1449, col. Florida, pueblo de Axotla,
del. Álvaro Obregón, 01030 México, D. F.
www.cd hdf.org.mx

ISBN: 978-607-7625-78-0

Se autoriza la reproducción total o parcial de esta publicación, siempre y cuando se cite la fuente.

Por una maternidad libre, plena y segura

Índice

Resumen ejecutivo	7
Introducción	11
Planteamiento del problema	12
Objetivos general y específicos	14
Metodología	15
Estructura	16
Marco conceptual: la salud materna, un derecho humano de las mujeres	17
Reflexión inicial sobre la salud materna	17
Salud materna y maternidad segura: un objetivo de la comunidad internacional	17
La importancia de la maternidad en el pensamiento feminista	21
La salud materna en el derecho internacional de los derechos humanos	23
El reconocimiento del derecho a la salud materna en los instrumentos de derecho internacional	23
Obligaciones del Estado para el respeto, protección, garantía y promoción del derecho a la salud materna	28
Marco normativo e institucional para la atención de la salud materna en México y el Distrito Federal	35
La salud materna en el marco jurídico e institucional federal	35
Marco legal federal en vigor	35
Marco normativo y técnico: normas y lineamientos para la atención de la salud materna	38

Marco político e institucional: la atención de la salud materna en los programas del gobierno federal	41
Salud materna en el Distrito Federal: análisis del marco jurídico e institucional	44
Marco legal y normativo aplicable en el Distrito Federal	44
Marco político e institucional para la atención de la salud materna en el Distrito Federal	45
Reflexión sobre la salud materna en el Distrito Federal:	
diagnóstico situacional, alertas y agenda pendiente	51
Panorama de la salud materna en México y el Distrito Federal	51
Tendencias reproductivas de la población en México y el Distrito Federal	51
Salud materna	55
Violaciones de derechos humanos relacionadas con la salud materna	62
Análisis de las quejas sobre salud materna	63
Análisis de las quejas sobre salud materna en el sistema penitenciario.	66
Hospitales señalados en las quejas	67
Recomendaciones y agenda pendiente en materia de salud materna.	67
Recomendaciones de la CDHDF relacionadas con la salud materna.	67
Consideraciones finales	77
Acrónimos y abreviaturas	81
Bibliografía	83
Anexo	89

Resumen ejecutivo

La salud materna en el derecho internacional

- La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo en 1994 y la Conferencia de Beijing en 1995 fueron dos momentos clave en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, entre ellos la salud materna.
- La salud materna abarca la protección de toda una gama de derechos relacionados con la autonomía y dignidad de las mujeres, así como la toma de decisiones libres e informadas en relación con el parto, embarazo y puerperio. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que el cuidado del embarazo y parto no sea medicalizado, que se base en el uso de tecnología apropiada, respetando la privacidad, dignidad, confidencialidad y las propias decisiones de las mujeres. En este sentido se habla de una atención o parto humanizado.
- El Estado mexicano, en sus distintos niveles y órdenes de gobierno, ha adquirido la responsabilidad moral y jurídica de cumplir con la obligación de respetar, proteger, garantizar y promover los derechos reproductivos de todas las mujeres, sin discriminación alguna, específicamente aquellos relacionados con la maternidad.
- De manera especial, el Estado debe garantizar la protección de las mujeres contra cualquier forma de violencia obstétrica, entendida como cualquier acto u omisión intencional de las autoridades de salud que vulnere o limite el derecho de las mujeres a una maternidad libre, elegida y segura y, en general, sus derechos reproductivos.



Marco normativo y política pública sobre salud materna en México y el Distrito Federal

- En México y en el Distrito Federal se ha institucionalizado un marco legal, normativo, técnico y político con el propósito de asegurar que las mujeres embarazadas reciban atención médica durante el embarazo, parto y puerperio.
- La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 establece los criterios técnicos y procedimentales que todo personal de salud debe respetar en la atención médica antes, durante y posterior al parto. No obstante, esta normatividad de referencia no se encuentra plenamente armonizada con los estándares internacionales.
- Los programas de gobierno no asumen el carácter prioritario de la salud materna estipulado en la ley. Los esfuerzos en la materia son fragmentados y están enfocados principalmente a la difusión de información y orientación. Poco se ha avanzado en la formación y capacitación del personal para eliminar prácticas de violencia obstétrica y garantizar a las mujeres una atención de calidad y libre de prejuicios en el embarazo, parto y puerperio. Un pendiente es la formación del personal en atención humanizada del embarazo, parto y puerperio y en los estándares internacionales en la materia.

Datos sobre salud materna en el Distrito Federal

- A pesar de que la consulta médica durante el primer trimestre de embarazo es crucial para la prevención de malformaciones congénitas, en promedio sólo 29.3% de las mujeres reciben su primera consulta en este lapso, 32% durante el segundo trimestre y más de 38% hasta el tercer trimestre (Sedesa, 2010). Alrededor de 10 de cada 100 mujeres no fueron revisadas en los primeros 30 días después del parto (INEGI-Enadid, 2009).
- Durante 2012, la mayoría de los embarazos fueron atendidos en hospitales de la Secretaría de Salud capitalina (32.4%), seguido por el Instituto Mexicano del Seguro Social (24%) y hospitales privados (22.8%) (Sedesa, 2010).
- Más de 52.47% de los nacimientos registrados se llevaron a cabo mediante cesárea, muy por arriba del 20% recomendado por la Norma Oficial Mexicana. Se reporta un incremento de 63.1% de nacimientos por cesárea; 80% de los cuales se realizan en hospitales privados (INSP-Ensanut, 2012).
- En México, la razón de mortalidad materna en mujeres de 15 a 49 años era de 50.3 defunciones por cada 100 000 nacidos vivos en 2011 (INEGI, 2013); en el Distrito Federal, fue de 40.8 (GDF-Sedesa, 2012). En 2011, ocurrieron un total de 56 defunciones de mujeres, la mayoría (76.8%) por causas obstétricas directas, prevenibles con un acceso oportuno y de calidad a la atención obstétrica.

La CDHDF y la salud materna

- Durante 2013 se recibió un total de 52 quejas por presuntas violaciones a derechos humanos en relación con la salud materna y se han emitido seis recomendaciones relacionadas con el tema (dos en 2006, una en 2009 y tres durante 2011-2013). Todas fueron dirigidas a la Secretaría de Salud del Distrito Federal (Sedesa).
- Estas recomendaciones documentan 32 casos en los que mujeres, recién nacidos o ambos, fueron víctimas de violaciones a sus derechos humanos –incluso perdieron la vida o quedaron con

secuelas– al negárseles atención médica, ya sea por falta de personal especializado o de material y equipo adecuado, así como a causa de una atención médica deficiente e inoportuna durante el embarazo, parto o puerperio. Por lo anterior, se señalaron violaciones a los derechos a la salud y a la integridad física; al disfrute del más alto nivel posible de salud, a la vida, a las garantías judiciales, al derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, a la igualdad y no discriminación y al desarrollo, supervivencia, vida y salud de niñas y niños.

Propuestas

- Dar a la maternidad el carácter prioritario y de desarrollo humano que diversos órganos internacionales y leyes federales y locales le otorgan, colocando en el centro el respeto de las mujeres a decidir libremente sobre su embarazo, parto y puerperio.
- Consolidar un marco jurídico que incluya las recomendaciones de la OMS sobre cuidados del embarazo y nacimiento, así como las obligaciones de respeto, protección, garantía y promoción de la salud materna.
- Desarrollar programas y estrategias enfocadas a erradicar la violencia obstétrica, así como a promover la capacitación del personal en materia de parto humanizado y estándares internacionales sobre salud materna, así como la participación de parteras, enfermeras obstetras y otros profesionales de la maternidad.
- Asignar mayores recursos humanos y materiales para la atención de la salud materna; mantenimiento y modernización de los establecimientos y servicios de salud en el Distrito Federal.
- Garantizar el acceso de las mujeres a información oportuna, confiable, completa y accesible para vivir con plenitud su maternidad.

Introducción

En el ámbito de la salud materna, México presenta una proporción alta en la práctica quirúrgica de la cesárea respecto de la totalidad de los nacimientos. En 2012, por ejemplo, en el Distrito Federal más de 52% de los nacimientos registrados ocurrieron a través de esa práctica médica,¹ superior al límite de 20% recomendado por la Norma Oficial Mexicana.² Asimismo, el país ha sido señalado por su alto índice de muerte materna, la cual es superior al promedio observado en los países que forman parte de la Organización para el Comercio y el Desarrollo Económicos (OCDE).³ Si bien estos dos indicadores no permiten resumir una situación compleja y con múltiples aristas, evidencian algunos de los retos relacionados con la salud materna, en un contexto en el que los avances médicos y tecnológicos no siempre sirven al bienestar de las mujeres y más bien coexisten con situaciones de riesgo y desigualdad que, en ocasiones, llevan a la muerte.

Este tema es de particular interés y preocupación para la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF) en virtud de que año tras año ha recibido y gestionado quejas en la materia y emitido recomendaciones a la autoridad, en las que se evidencian problemas estructurales. Por ejemplo, durante 2013 se investigaron por lo menos 52 quejas relacionadas principalmente con la negación del servicio o por malas prácticas médicas que, en algunos casos, implicaron el fallecimiento de la madre,

¹ GDF-Sedesa, *Agenda estadística 2012*, cuadro 4.7. Nacimientos por tipo de procedimiento según institución, Distrito Federal, 2012. Datos del Subsistema de Información sobre Nacimientos (Sinac), disponible en <<http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/media/Agenda2012/inicio.html>>, página consultada en diciembre de 2013.

² Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 6 de enero de 1995, revisada y publicada nuevamente el 6 de enero de 2005, punto 5.4.1.6.

³ En 2011, la razón de mortalidad materna era de 43 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos en México, contra 7.3 en promedio en los países que forman parte de la OCDE. Citado en Gobierno de la República, Programa Sectorial de Salud 2013-2018, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 12 de diciembre de 2013, p. 22. El INEGI reporta una razón de 50.3. INEGI, “Estadísticas a propósito del Día de la Madre. Datos nacionales”, México, INEGI, 10 de mayo de 2013, p. 8.

del producto o de su hija o hijo recién nacido.⁴ Asimismo, este organismo ha emitido seis recomendaciones desde 2006 hasta la fecha sobre la atención a la salud y protección a la vida materna.⁵

Durante 2013 se emitió el instrumento recomendatorio 15/2013 por la acumulación de cuatro expedientes de queja, mismos que aluden a casos de atención médica deficiente a mujeres al término del embarazo, por razones de mala práctica médica, falta de equipo o insuficiencia del mismo.⁶ A raíz de la investigación, la CDHDF concluyó que hubo violencia institucional, obstétrica y contra los derechos reproductivos de las mujeres en algunos hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

Planteamiento del problema

La reducción de la mortalidad materna y el acceso universal a la salud reproductiva forman parte de estrategias internacionales de lucha contra la pobreza formalizadas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, consensuados entre la comunidad internacional en 2000.⁷ Tiempo antes, la OMS abogó en este mismo sentido, promoviendo la atención del embarazo, parto y puerperio como pilar fundamental para garantizar la salud materna.⁸

Además de ser valorada como asunto prioritario y de desarrollo humano,⁹ la protección a la salud materna cuenta con un reconocimiento amplio en conferencias internacionales e instrumentos de derecho internacional. En 1995, la Conferencia de Beijing incluyó entre los recién reconocidos derechos sexuales y reproductivos, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitieran embarazos y partos sin riesgos, y proporcionaran a las parejas las máximas posibilidades de tener hijas o hijos sanos.¹⁰ Asimismo, reconoció la importancia de que las mujeres tengan pleno control sobre las cuestiones relativas a su salud reproductiva y a decidir libremente al respecto sin verse sujetas a coerción, discriminación y violencia.¹¹ Dichos aspectos encontraron eco en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC),¹² la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW),¹³ el Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, mejor conocido como el Protocolo de San Salvador,¹⁴ o la Convención de Belém do Pará.¹⁵

⁴ Estas quejas fueron identificadas a partir de la lectura de las narraciones de hechos de las quejas investigadas durante 2013 y calificadas como presuntas violaciones al derecho a la salud en agravio de mujeres en el Sistema Integral de Información (Siigesi) de la CDHDF, y con fecha de corte al 31 de diciembre de 2013. Cabe señalar que las cifras relacionadas con las quejas, menciones y denuncias que se presentan en este informe, pueden no corresponder a los datos proporcionados en el *Informe anual 2013* de la CDHDF, ya que los criterios metodológicos para la extracción de la información del Siigesi respondieron a lógicas distintas.

⁵ Véanse las Recomendaciones 10/2006, 13/2006, 2/2009, 7/2011, 15/2012 y 15/2013.

⁶ CDHDF, Recomendación 15/2013, I. Relatoría de hechos, p. 2.

⁷ Para mayor información, véase Portal de las Naciones Unidas, “Objetivos de Desarrollo del Milenio y más allá de 2015”, disponible en <<http://www.un.org/es/millenniumgoals/>>, página consultada el 5 de febrero de 2014.

⁸ Véase, por ejemplo, OMS, *Guía práctica para el cuidado del parto normal*, Ginebra, OMS, 1999.

⁹ OPS y OMS, *Salud reproductiva y maternidad saludable. Legislación nacional de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos*, Washington, OPS/OMS, 2013, p. 3.

¹⁰ ONU, *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*, Beijing, del 4 al 15 de septiembre de 1995 (A/CONF.177/20/Rev.1), párrafo 94.

¹¹ *Ibidem*, párrafo 96.

¹² Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 10.

¹³ Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, artículo 12.

¹⁴ Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales o Protocolo de San Salvador, artículo 15.

¹⁵ Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, Convención de Belém do Pará, artículo 9°.

Fotografía: Alejandro Cuevas Romo/CDHDF.



Desde el punto de vista del derecho internacional de los derechos humanos, la salud materna no significa solamente una serie de cuidados que deben proporcionarse antes, durante y después del parto, implica también el derecho de todas las mujeres, sin discriminación alguna, a disfrutar de la maternidad de forma libre, segura y plena; se encuentra estrechamente vinculado al ejercicio de otros derechos, como el derecho a la vida, a la igualdad, a la educación, a ser libres para buscar, recibir y difundir información, a gozar de los beneficios del progreso científico y a estar a salvo de la discriminación.¹⁶

Abordar el tema de la salud materna desde una perspectiva de derechos y de género, es colocar en el centro de la discusión y de la política pública el ejercicio de los derechos humanos específicos de las mujeres, tomando en cuenta su diversidad, y que entrañan para el Estado ciertas obligaciones. A su vez, permite alertar contra cualquier acción u omisión de la autoridad en relación con la maternidad y la salud materna, aspectos que son considerados en el Distrito Federal como acto de violencia contra la mujer, bajo el concepto de violencia en contra de los derechos reproductivos,¹⁷ y que es conocida como violencia obstétrica en otros estados de la República.¹⁸

En este sentido, el presente Informe que se realiza en apego a un mandato legal asentado en el artículo 57 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal,¹⁹ busca profundizar un análisis del cumplimiento del derecho de las mujeres a la salud materna en esta entidad, la identificación de posibles actos de violencia obstétrica, e identificar los avances y retos en materia de legislación y política pública.

Objetivos general y específicos

El presente Informe pretende generar conocimiento especializado, actualizado y confiable respecto de la situación que guardan los derechos reproductivos de las mujeres en el Distrito Federal, en particular los vinculados con la maternidad y la salud materna, desde una perspectiva de derechos humanos, de género y de la diversidad. En este sentido, el trabajo de investigación atendió los siguientes objetivos específicos:

- Hacer una reflexión inicial sobre la importancia de la maternidad en el pensamiento feminista, así como en la agenda internacional.
- Identificar los estándares nacionales e internacionales de protección de los derechos reproductivos de las mujeres, en particular los relacionados con la maternidad y la salud materna, para delimitar el contenido y alcance de las obligaciones de las autoridades en esta materia e identificar buenas prácticas.
- Revisar y analizar el marco jurídico local, así como las políticas públicas vinculadas con la salud materna en el Distrito Federal, con el fin de valorar su apego a la perspectiva de derechos humanos y de género, y su armonización con los estándares internacionales.
- Identificar los principales obstáculos que enfrentan las mujeres en el ejercicio de sus derechos reproductivos en el Distrito Federal, en particular aquellos que tienen que ver con la maternidad

¹⁶ ONU-Consejo de Derechos Humanos, *Mortalidad y morbilidad maternas prevenibles y derechos humanos*, A/HRC/11/L.16/Rev.1, del 12 de junio de 2009, párrafo 2.

¹⁷ Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal, publicada en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 29 de enero de 2008, artículo 6°.

¹⁸ Véase, por ejemplo, Ley de las mujeres para una vida sin violencia, publicada en la *Gaceta Oficial del Estado de Durango*, última reforma del 13 de enero de 2012, artículo 8°, fracción vi.

¹⁹ Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, última reforma publicada el 14 de mayo de 2010, artículo 57.

y la salud materna, e identificar avances y retrocesos en el cumplimiento de las obligaciones de las autoridades capitalinas.

- Vislumbrar posibles acciones por emprender que permitan revertir las malas prácticas y omisiones de servidoras y servidores públicos, en particular la violencia obstétrica, para garantizar el derecho de las mujeres a una maternidad libre, segura y plena.

Metodología

El presente informe se sustenta principalmente en una revisión documental y en un análisis de la información recabada desde el enfoque de derechos humanos y de género, es decir, desde una perspectiva pensada a partir de la dignidad y bienestar de la mujer, y encaminada a garantizar que el respeto, protección, promoción y ejercicio de los derechos humanos se sitúen en el centro de la reflexión y de las políticas.

La propuesta metodológica que articula la investigación se inspira en los indicadores de derechos humanos desarrollados por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, que propone un análisis en tres niveles a partir de tres categorías.²⁰ En primer lugar, se miden los compromisos de las autoridades que forman parte de los instrumentos legales y mecanismos institucionales básicos para una adecuada promoción y protección de los derechos humanos.²¹ Como ejemplo de este tipo de indicadores estructurales mencionaremos la adopción de una normatividad que reconozca debidamente el derecho de las mujeres a una maternidad libre, segura y plena, y que incorpore los estándares internacionales relacionados. Asimismo, resulta de interés conocer si existe –y qué alcance tiene– un plan de acción sectorial para garantizar la salud materna en los ámbitos federal y local.

En un segundo plano se encuentran los indicadores de proceso que buscan evaluar los esfuerzos puestos en marcha por las autoridades en sus distintos niveles y órdenes de gobierno para transformar sus compromisos en materia de derechos humanos en los resultados deseados.²² En este sentido, se revisan y evalúan los programas y medidas específicas adoptadas para garantizar el derecho a la salud materna de todas las mujeres embarazadas, así como las intervenciones reglamentarias adoptadas. La finalidad es medir las estrategias del Estado para dar efecto a su intención o compromisos de lograr resultados asociados al cumplimiento de un determinado derecho.²³

Finalmente, los indicadores de resultados evalúan el grado de cumplimiento individual y colectivo de los derechos humanos en determinado contexto.²⁴ Mediante la revisión de información estadística oficial, así como de las quejas y recomendaciones sobre violaciones a derechos humanos investigadas o documentadas por la CDHDF, se busca aportar elementos de diagnóstico para describir la situación que guarda el derecho a la salud materna, y evaluar el impacto de los esfuerzos del Estado en la promoción del disfrute de este derecho humano.

De manera paralela a los indicadores estructurales, de proceso y de resultado, se evalúa que el proceso mismo de aplicación y realización de los derechos humanos sea garante de los principios transversales de derechos humanos, en particular de la no discriminación y la igualdad, la participación, el acceso a la justicia y la rendición de cuentas.²⁵ En este sentido, a lo largo del informe se hace énfasis en la situación

²⁰ ONU-OACNUDH, *Indicadores de derechos humanos. Guía para la medición y la aplicación* (HR/PUB/12/5), ONU, 2012.

²¹ *Ibidem*, p. 39.

²² *Ibidem*, p. 40.

²³ *Ibidem*, p. 41.

²⁴ *Ibidem*, p. 42.

²⁵ *Ibidem*, p. 43.

específica que enfrentan algunos grupos de población, por ejemplo las niñas y jóvenes, o las mujeres privadas de la libertad.

Tomando en consideración estas pautas metodológicas, y para el cumplimiento de los objetivos arriba señalados, se siguió el siguiente protocolo de investigación:

1. Revisión de la literatura sobre maternidad y salud materna.
2. Identificación de los estándares incluidos en los instrumentos internacionales y regionales de protección de los derechos humanos de las mujeres, incluyendo textos de tratados, informes y sentencias de tribunales u otros organismos internacionales regionales y del sistema universal.
3. Análisis cuantitativo del universo de quejas investigadas por la CDHDF en 2013, que refieren presuntas violaciones a los derechos humanos relacionadas con la salud materna.
4. Análisis cualitativo de las narraciones de hechos de las quejas investigadas durante 2013 y de las recomendaciones emitidas por la CDHDF relacionadas con atención a la salud y protección de la vida materna.
5. Análisis de información estadística y fuentes bibliográficas adicionales para enriquecer el diagnóstico sobre la salud materna en el Distrito Federal.
6. Revisión de los boletines de prensa emitidos por la CDHDF durante 2013.
7. Sistematización y análisis de la información oficial enviada por la Secretaría de Salud del Distrito Federal y el Instituto de las Mujeres del Distrito Federal.
8. Análisis de la información y redacción del informe.

Estructura

El presente Informe se divide en tres partes. En un primer momento se presenta el marco de referencia utilizado para guiar la investigación y el análisis. Se inicia con un acercamiento a la importancia de la maternidad en las reivindicaciones feministas y las luchas en pro del reconocimiento de los derechos específicos de las mujeres a partir de la revisión de textos de referencia en la materia. Con este capítulo se pretende profundizar en el contenido del derecho a la maternidad libre, plena y segura, y a la salud materna, así como identificar los estándares internacionales que brindan mayor protección a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio.

La segunda y tercera parte aportan elementos de diagnóstico, en particular a partir de la revisión de los avances en materia legislativa y de política pública, así como de los insumos que genera la CDHDF en el ejercicio de sus atribuciones, de la información oficial aportada por la autoridad, y de otras referencias bibliográficas y estadísticas. Estas fuentes fueron revisadas a profundidad con el fin de identificar patrones de violaciones y situaciones de riesgo en relación con la salud materna.

En las consideraciones finales se presentan los principales hallazgos de la investigación, así como algunas líneas para orientar el quehacer gubernamental hacia el cabal cumplimiento de las obligaciones del Estado en materia de salud materna, con el propósito de que las mujeres que habitan en el Distrito Federal, se encuentren en condiciones de gozar y ejercer plenamente su derecho a la maternidad libre, plena y segura.

Adicionalmente se presenta un anexo con información estadística que permite una lectura, desde la perspectiva de género, del trabajo realizado por la CDHDF durante 2013.

Marco conceptual: la salud materna, un derecho humano de las mujeres

Reflexión inicial sobre la salud materna

Salud materna y maternidad segura: un objetivo de la comunidad internacional

En cualquier parte del mundo, el embarazo y el nacimiento son eventos trascendentales en la vida de las mujeres y de sus familias; no obstante, también implican un momento de gran vulnerabilidad.²⁶ Muestra de lo anterior es que cada día mueren alrededor de 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo, parto o puerperio; en 2010 murieron 287 000 mujeres en estas condiciones,²⁷ y se estima que de 10 a 15 millones más sufrieron complicaciones que afectaron gravemente su bienestar.²⁸

El mejoramiento de la salud materna es parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio acordados por la comunidad internacional con la intención de erradicar la pobreza. Incluye la meta de reducir en 75% la tasa de mortalidad materna entre 1990 y 2015, y para esta última fecha, garantizar el acceso universal a la salud reproductiva.²⁹ Diversos esfuerzos han sido impulsados en esta dirección. En los últimos 20 años, la mortalidad materna mundial se ha reducido en 47%, pasando de 400 muertes maternas por

²⁶ White Ribbon Alliance, “Promoviendo un cuidado materno respetuoso: los derechos universales de las mujeres en edad reproductiva”, disponible en <http://www.healthpolicyproject.com/pubs/46_FinalRespectfulCareCharterSpanish.pdf>, página consultada el 6 de enero de 2014.

²⁷ Portal de la OMS, “Mortalidad materna”, mayo de 2012, disponible en <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>>, página consultada el 18 de enero de 2014.

²⁸ Citado en ONU-Consejo de Derechos Humanos, *Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad. Informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (A/HRC/21/22)*, 2 de julio de 2012, párrafo 3.

²⁹ Para mayor información, véase Portal de las Naciones Unidas, “Objetivos de Desarrollo del Milenio y más allá de 2015”, *op. cit.*

cada 100 000 niñas/os nacidos vivos en 1990, a 210 en 2010.³⁰ Los mayores decesos se han registrado en Asia oriental (69%), África septentrional (66%) y Asia meridional (64%); no obstante, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) estima que aún se requieren mayores intervenciones para alcanzar las metas establecidas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en particular en lo referente al acceso a la atención obstétrica de emergencia y la asistencia de personal de salud capacitado.³¹

Cuadro 1 Indicadores sobre salud materna, 2010

Regiones	Tasa de mortalidad materna (muertes de madres por cada 100 000 niñas y niños nacidos vivos, mujeres de 15 a 49 años)	Proporción de mujeres atendidas cuatro veces o más durante el embarazo por personal de salud capacitado (%)
África subsahariana	500	49
Asia meridional	220	36
Oceanía	200	ND
El Caribe	190	72
Asia sudoriental	150	77
África septentrional	78	66
América Latina	72	89
Asia continental	71	ND
Cáucaso y Asia central	46	ND
Asia oriental	37	ND
Regiones en desarrollo	240	51
Todo el mundo	210	ND

Fuente: Elaboración propia con base en Naciones Unidas, *Objetivo de Desarrollo del Milenio. Informe de 2013*, op. cit., pp. 28 y 30. ND: No disponible.

En la actualidad, ciertas regiones continúan aún con altos registros de muerte materna, en particular en África subsahariana y Asia meridional, las cuales presentan una proporción baja (respectivamente de 49 y 36%) de mujeres que fueron atendidas por lo menos cuatro veces durante el embarazo por personal capacitado.³² Considerando el conjunto de países en desarrollo, se señala que apenas 51% de ellas recibió estos cuidados prenatales.³³

Por el contrario, en los países que forman parte de la OCDE, la tasa de mortalidad materna en 2011 fue de 7.3, y la atención prenatal casi universal.³⁴ Estos indicadores reflejan desigualdades importantes en el mundo, y revelan la insuficiencia en la cobertura y calidad de los servicios de salud reproductiva que se proporcionan en cada región, ya que la mayoría de las muertes maternas³⁵ serían evitables con una atención de calidad durante el embarazo, el parto y el puerperio.

³⁰ ONU, *Objetivo de Desarrollo del Milenio. Informe de 2013*, Nueva York, ONU, 2013, p. 28, disponible en <<http://www.undp.org/content/dam/undp/library/MDG/spanish/mdg-report-2013-spanish.pdf>>, página consultada el 5 de febrero de 2014.

³¹ *Idem*.

³² *Ibidem*, p. 30.

³³ *Idem*.

³⁴ Portal de la OMS, “Mortalidad materna”, op. cit.

³⁵ Se estima que entre 63 y 88% de las muertes directas, y entre 88 y 98% del total de las muertes maternas, se habrían evitado con buenas prácticas. Véase OMS, “Maternal mortality: helping women off the road to death”, *WHO Chronicle*, vol. 40, 1986, p. 177, disponible en <www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/Trends_in_maternal_mortality_A4-1.pdf>, página consultada el 7 de febrero de 2014.



Para la OMS, el cuidado prenatal es un pilar fundamental de la salud materna que permite reducir riesgos de presentar complicaciones obstétricas y garantizar una maternidad segura a las mujeres embarazadas. En este sentido, este organismo internacional desarrolla orientaciones clínicas y programáticas basadas en datos científicos, fijando normas y prestando apoyo técnico a los Estados Miembros. Entre estos lineamientos, destacan los *Principios de la Organización Mundial de la Salud acerca del cuidado perinatal: guía esencial para el cuidado antenatal, perinatal y postparto*, mismos que sistematizan 10 recomendaciones para evitar prácticas y tecnología inapropiadas. En particular, se recomienda que el cuidado del embarazo y parto normales no sea medicalizado, sino que se base en el uso de tecnología apropiada, respetando la privacidad, dignidad, confidencialidad y las propias decisiones de las mujeres.³⁶

Cuadro 2 Principios de la Organización Mundial de la Salud acerca del cuidado prenatal: guía esencial para el cuidado antenatal, perinatal y postparto

1. **Ser no medicalizado**, lo que significa que el cuidado fundamental debe ser provisto utilizando un set mínimo de intervenciones que sean necesarias y se debe aplicar la menor tecnología posible.
2. **Estar basado en el uso de una tecnología apropiada**, lo que se define como un conjunto de acciones que incluye métodos, procedimientos, tecnología, equipamiento y otras herramientas, todas aplicadas a resolver un problema específico. Este principio está dirigido a reducir el uso excesivo de tecnología o la aplicación de tecnología sofisticada o compleja cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o aun ser superiores.
3. **Estar basado en las evidencias**, lo que significa estar avalado por la mejor evidencia científica disponible, y por estudios controlados aleatorizados cuando sea posible y apropiado.
4. **Ser regionalizado** y basado en un sistema eficiente de referencia de centros de cuidado primario a niveles de cuidado terciarios.
5. **Ser multidisciplinario**, con la participación de profesionales de la salud, como parteras, obstetras, neonatólogos/os, enfermeras, educadoras del parto y de la maternidad, y científicos sociales.
6. **Ser integral** y tener en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niñas/os y familias y no solamente un cuidado biológico.
7. **Estar centrado en las familias** y ser dirigido hacia las necesidades no sólo de la mujer y su hija/o sino de su pareja.
8. **Ser apropiado**, teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales para permitir y lograr sus objetivos.
9. Tener en cuenta la **toma de decisión de las mujeres**.
10. Respetar la **privacidad, la dignidad y la confidencialidad** de las mujeres.

Fuente: Beverly Chalmers, Viviana Mangiaterra y Richard Porter, *WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course*. Birth 2001; 28: 202-207, traducción al español en *Revista del Hospital Materno-Infantil Ramón Sardá*, vol. 21, núm. 3, 2002, p. 136.

Estos principios ilustran un cambio de paradigma en la atención de los partos y dejan atrás un modelo médico para reconocer la necesidad de adoptar otro más social, apoyado principalmente por parteras, científicos perinatales y profesionales de la salud pública.³⁷ La maternidad segura y la atención humanizada del nacimiento, también llamado parto humanizado,³⁸ se fundamenta en el reconocimiento y respeto de las necesidades emocionales, físicas, psíquicas y sociales de la mujer, su bebé y su familia; se basa en evidencia científica, privilegia un enfoque intercultural y la participación de personal calificado

³⁶ Beverly Chalmers, Viviana Mangiaterra y Richard Porter, *WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course*. Birth 2001; 28: 202-207, traducción al español en *Revista del Hospital Materno-Infantil Ramón Sardá*, vol. 21, núm. 3, 2002, p. 136.

³⁷ Nueve Lunas, *Por un parto amoroso, libre, consciente y seguro. Atención humanizada del parto y nacimiento*, carpeta informativa, México, Nueve Lunas, p. 9, disponible en <<http://www.nuevelunas.org.mx/PARTOHUMANIZADO.pdf>>, página consultada el 13 de enero de 2014.

³⁸ Véase, por ejemplo, Plataforma pro Derechos del Nacimiento, Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento, Carta de los Derechos en el Embarazo, Parto, Cesárea y Nacimiento.

de mayor arraigo en la comunidad (parteras y enfermeras obstetras).³⁹ El objetivo fundamental es que la maternidad y el parto sean vividos como experiencias especiales y placenteras para las mujeres, en condiciones de respeto de la dignidad humana y donde la mujer sea sujeto y protagonista de su propio parto, y pueda decidir libremente sobre el momento, la forma, el lugar y las personas con quienes quiere parir,⁴⁰ siempre que no esté en riesgo la vida y salud tanto de la madre como del bebé.

La importancia de la maternidad en el pensamiento feminista

La maternidad es una de las categorías de análisis más importantes en el pensamiento feminista. Al nacer como una teoría crítica para la transformación de las relaciones desiguales entre hombres y mujeres, el movimiento feminista giró su mirada hacia la maternidad con el objetivo de revelar en sus estudios la construcción de un discurso social en torno a ésta, antepuesta a su determinación biológica o natural, supuestamente común a todas las mujeres.⁴¹

EL MITO DE LA MATERNIDAD

Una de las formas en que se aprecia que la maternidad es una construcción social, producto de asignaciones culturales y no una categoría inmóvil y fijada por la naturaleza, es el estudio que presentan algunas autoras sobre las asignaciones que esta institución ha tenido en el tiempo, previas a la construcción del mito de la maternidad. Para evidenciar esto, se presenta, por ejemplo, el aceptado uso de nodrizas en la época antigua, como mujeres que llevaban a cabo tareas que hoy se asignan exclusivamente a la madre. Es decir, previo a la idealización de la mujer como madre en una total entrega, la utilización de otras mujeres en la asistencia de labores de lactancia, cuidado y procuración de niñas y niños era perfectamente aceptada y bien vista por los discursos de épocas anteriores. Poco a poco, y con la ayuda de la medicina y el derecho, esta visión fue cambiando.⁴²

La construcción del mito de la maternidad data de la segunda mitad del siglo XVIII, cuando el discurso científico desarrolló una función primordial al sostener una nueva manera de entender el papel de las mujeres respecto a su cuerpo, lactancia y crianza, que lograron mitificar la idea de un instinto maternal a través de figuras como el embarazo y el parto, y que buscó unificar y demostrar la condición natural de las mujeres a querer –deber– ser madres.⁴³

³⁹ Nueve Lunas, *Por un parto amoroso, libre, consciente y seguro... op. cit.*, p. 9.

⁴⁰ *Ibidem*, p. 10.

⁴¹ Lorena Saletti Cuesta, *Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad*, Granada, Universidad de Granada, 2008, p. 169.

⁴² Mónica Bolufer Peruga, “Ciencia y moral. En los orígenes de la maternidad totalizante”, *Mètode*, núm. 76, Universidad de Valencia, 2012, p. 73.

⁴³ Lorena Saletti Cuesta, *Propuestas teóricas feministas... op. cit.*, p. 174.

La difusión de los discursos dirigidos hacia las mujeres durante esta época, especialmente los que dictaban las obligaciones morales e higiénicas de las madres desde la medicina, resultaron fundamentales para la idea de familia nuclear que ahora tenemos, donde la madre desempeña un papel asignado e intransferible que va más allá del orden biológico, para impactar en el orden social, político, económico y cultural de su comunidad.⁴⁴ Surge así la figura de la madre nutricia, sentimental y abnegada que encuentra en la maternidad su razón de ser y la ocupación más placentera, lugar de satisfacciones indescriptibles que experimenta en el amor maternal que la convierte, hasta entonces, en mujer.⁴⁵

LA MATERNIDAD COMO OPRESIÓN PATRIARCAL

Con el parteaguas que representó el manuscrito de *El segundo sexo* de Simone de Beauvoir,⁴⁶ pionera del pensamiento feminista y del análisis de la maternidad como una institución digna de atención dentro del discurso dominante masculino, la maternidad no volvió a ser vista de la misma manera, sino como un instrumento de poder desde el que se gestiona la opresión femenina, haciendo necesario enfocar los esfuerzos académicos, políticos y culturales a lograr la deconstrucción de la naturaleza maternal de las mujeres como sustento de la identidad femenina.

Dentro de esta corriente destacan los pensamientos de Simone de Beauvoir, Kate Millet, Betty Friedan, Juliet Mitchel y Shulamith Firestone, quienes desmitificaron la maternidad y la sacaron del núcleo familiar, lugar que representa uno de los pilares de la desigualdad femenina.⁴⁷ Para las defensoras de esta posición, el núcleo de la opresión hay que buscarlo ahí, precisamente en los significados impuestos a las funciones familiares de la procreación y la crianza, donde la mujer desarrolla principalmente su vida, mientras el hombre está entregado a la esfera pública.

Para Beauvoir la distribución de funciones sociales como consecuencia de roles biológicos se ubica en los comienzos mismos de la especie humana, cuando se acepta la necesidad de ambos sexos de lograr la reproducción de la especie, pero ni así alcanza la maternidad a tener el papel que le toca, ni con todo y su importancia para conquistar la autonomía de las mujeres. Por el contrario, la función doméstica a la que son condenadas como consecuencia de la maternidad las destina a desarrollar actividades repetitivas y sin ningún valor social, a diferencia de los hombres, que al desplegar su tiempo fuera de este círculo realizan funciones consideradas por la sociedad como de valentía, creatividad y progreso.⁴⁸ La maternidad implica un lugar de abnegación rotunda desde donde la mujer es controlada con base en una función biológica que servirá para el descanso de valores sociales.⁴⁹ Lograr la liberación de las mujeres desde esta perspectiva, significará reconocer que la maternidad deberá ser entendida como una elección y no como un destino fatal al que toda mujer debe aspirar para alcanzar la plenitud de su existencia.⁵⁰

⁴⁴ Mónica Bolufer Peruga, "Ciencia y moral. En los orígenes de la maternidad totalizante", *op. cit.*, p. 73.

⁴⁵ *Ibidem*, pp. 74 y 75.

⁴⁶ Simone de Beauvoir, *El segundo sexo*, Buenos Aires, Siglo xx, 1981.

⁴⁷ Marta Mojkuk, *Entre el materialismo y la construcción socio-política de la maternidad*, p. 14, disponible en <http://www.emede.net/textos/martamojkuk/maternalismo-maternidad_dea.pdf>, página consultada el 31 de enero de 2014.

⁴⁸ Simone de Beauvoir, *El segundo sexo*, *op. cit.*, p. 30.

⁴⁹ *Ibidem*, p. 26. Para Beauvoir: "En el acto sexual, en la maternidad, la mujer no compromete solamente tiempo y energías, sino también valores esenciales [...] No se podría obligar directamente a la mujer a dar a luz: todo cuanto se puede hacer es encerrarla en situaciones donde la maternidad sea para ella la única salida; la ley o las costumbres le imponen el matrimonio, se prohíben los procedimientos anticonceptivos y el aborto, se prohíbe el divorcio".

⁵⁰ Marta Mojkuk, *Entre el materialismo y la construcción socio-política de la maternidad*, *op. cit.*, p. 7. "En fin, consideramos que el camino de la emancipación pasa por remediar esa carga 'esencial' depositada sobre las mujeres y esto requiere un cambio sustancial en la esfera política como ámbito del debate y confrontación".

De la preocupación por entender la maternidad sólo como un instrumento de poder y sumisión femenina, aparecieron autoras como Luisa Murato, Julia Kristeva o Nancy Chodorow, que buscaron regresar a la maternidad un sentido especial y reivindicarla como una experiencia femenina única a la que es necesario reconstruir y rescatar de la saturación discursiva en la que había estado, para visualizarla como una posibilidad de articular nuevas relaciones entre mujeres y entre los sexos.⁵¹

En consecuencia, las autoras apelaron a aceptar la capacidad engendradora del cuerpo de las mujeres y llamaron a enaltecerla como “fuente de placer, conocimiento y poder especialmente femeninos”.⁵² Para comprender esta corriente del pensamiento feminista, es necesario separar la maternidad como institución de la maternidad como experiencia, en que la primera puede verse como una pieza clave que sostiene el sistema patriarcal que mantiene oprimidas a las mujeres, pero que poco o nada tiene que ver con la vivencia en sí misma de ser madre, la cual puede ser resignificada y reorganizada para sacarla de la dominación masculina y controlarla desde la experiencia de quienes la viven.⁵³ Apoderarse de la maternidad y romper el orden simbólico que la rodea será la clave para devolverle a la madre la autoridad arrebatada.⁵⁴

La posición más radical de este pensamiento ve la oportunidad de liberación al llamar a las mujeres a ejercer una maternidad voluntaria y consciente, reconociendo en ella el potencial poder social que la comunidad les confiere.⁵⁵ En la maternidad está la posibilidad de socavar una sociedad injusta, y por primera vez se cuestiona que de esta capacidad propia de las mujeres emanan derechos donde el primer deudor de esta condición es el Estado; de esta forma, al sacar del ámbito privado la maternidad y señalar como benefactor de esta condición femenina al Estado, lo obliga a prestar la mayor protección a la maternidad,⁵⁶ sin perder de vista la diversidad que también caracteriza a las mujeres y que influye en su forma de vivir el embarazo, parto y puerperio.

La salud materna en el derecho internacional de los derechos humanos

El reconocimiento del derecho a la salud materna en los instrumentos de derecho internacional

Desde la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo en 1994, la salud de la mujer y la promoción de la maternidad sin riesgo ocupan un lugar en la agenda internacional.⁵⁷ En 1995, la Conferencia de Beijing marcó un partaguas en el proceso de reconocimiento de los derechos sexuales

⁵¹ Mónica Bolufer Peruga, “Madres, maternidades: nuevas miradas desde la historiografía”, en Gloria A. Franco Rubio (ed.), *Debates sobre la maternidad desde una perspectiva histórica* (siglos XVI, XX), Barcelona, Icaria (Historia y Feminismo), 2010, p. 54.

⁵² Lorena Saletti Cuesta, *Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad*, op. cit., p. 178.

⁵³ Adrienne Rich, *Nacida de mujer. La crisis de la maternidad como institución y como experiencia*, Barcelona, Noguer, 1976, introducción.

⁵⁴ Lorena Saletti Cuesta, *Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad*, op. cit., p. 181.

⁵⁵ Marcela María Alejandra Nari, *Maternidad, política y feminismo*, pp. 209-211, disponible en <<http://tallergeneroycomunicacionccc.files.wordpress.com/2011/04/nari-maternidad-polc3adtica-y-feminismo.pdf>>, página consultada el 15 de enero de 2014.

⁵⁶ *Idem*.

⁵⁷ ONU, *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, El Cairo, del 5 al 13 de septiembre de 1994, p. 52.

y reproductivos, los que incluyen, entre otros, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos, y den a las parejas la máxima posibilidad de tener hijas o hijos sanos.⁵⁸ Se valora asimismo el derecho de las mujeres a tener pleno control sobre las cuestiones relativas a su salud reproductiva, y a decidir libremente respecto de las mismas sin verse sujetas a la coerción, la discriminación y la violencia.⁵⁹

En este mismo tenor, en el artículo 10 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) se encuentra expresamente mencionada la protección a la mujer durante el embarazo, con un cuidado especial durante un periodo razonable antes y después del parto.⁶⁰ En sentido similar se pronunció la convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW),⁶¹ y en el sistema regional, el Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, también conocido como el Protocolo de San Salvador,⁶² instrumento que exhorta a la adopción de medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica con el fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de esta naturaleza. Por su lado, la Convención de Belém do Pará insta a los Estados Partes a prestar especial atención cuando la mujer, víctima de violencia, se encuentra embarazada.⁶³

Diversos organismos de protección y vigilancia de los derechos humanos enuncian a su vez la estrecha relación de la salud materna con otros derechos, como a la vida, a la dignidad, a la libertad, a la seguridad e integridad personales, a no ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes, y fundamentalmente con el derecho a la salud, entre otros.⁶⁴

Desde esta perspectiva, la mortalidad materna se presenta como una violación de un conjunto de derechos humanos, como el resultado de una cadena de vulneraciones de principios básicos, como el derecho a la vida, el acceso a información de calidad y al máximo nivel posible de salud.⁶⁵ En este mismo sentido, se ha pronunciado el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, reconociendo que la mortalidad y morbilidad maternas previsibles suponen un problema de salud, desarrollo y derechos humanos, que exige mayores esfuerzos por parte de los Estados para promover y proteger de forma efectiva los derechos humanos de las mujeres y las niñas, en particular su derecho a la vida, a la igualdad, a la educación, a ser libres para buscar, recibir y difundir información, a gozar de los beneficios del progreso científico, a estar a salvo de la discriminación y a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental, incluida la salud sexual y reproductiva.⁶⁶

Retomando lo anterior, y buscando aproximarnos al contenido del derecho a la salud materna, podemos afirmar que, al igual que el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, el derecho a

⁵⁸ ONU, *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*, Beijing, *op. cit.*, párrafo 94.

⁵⁹ *Ibidem*, párrafo 96.

⁶⁰ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 10.

⁶¹ Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, artículo 12.

⁶² Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Protocolo de San Salvador, artículo 15.

⁶³ Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, Convención de Belém do Pará, artículo 9°.

⁶⁴ Los diferentes órganos de vigilancia de los tratados internacionales han establecido mediante sus informes y publicaciones relación entre la salud materna y los diferentes derechos. Véase, por ejemplo, ONU-Consejo de Derechos Humanos, *Mortalidad y morbilidad maternas prevenibles y derechos humanos*, *op. cit.*; y, CIDH, *Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos* (OEA/Ser.L/V/II), Washington, 2010.

⁶⁵ Comité Promotor por una Maternidad Segura en México. Carpeta informativa, disponible en <<http://www.maternidadsegura.org.mx/recursos/biblioteca/publicaciones-del-comite.html>>, página consultada el 6 de febrero de 2014.

⁶⁶ ONU-Consejo de Derechos Humanos, *Mortalidad y morbilidad maternas prevenibles y derechos humanos*, *op. cit.*, párrafo 2.

la salud materna abarca tanto libertades como derechos fundamentales.⁶⁷ Entre las libertades se encuentra el derecho de las mujeres a controlar su salud y a decidir sobre su cuerpo, a no ser sometida a torturas ni a tratamientos ni experimentos médicos sin su consentimiento, así como a poder tomar decisiones libres sobre el embarazo, la libertad de movimiento y posición durante el trabajo de parto y parto, así como a no ser sometida a prácticas de rutina como la episiotomía o el rasurado perineal.⁶⁸

Entre los derechos se encuentra la creación y disposición de un sistema de protección de la salud, así como el acceso a los establecimientos, bienes y servicios necesarios que, en condiciones de igualdad, permitan alcanzar el nivel más alto posible de salud durante el embarazo, parto y puerperio.⁶⁹ La salud materna, desde el punto de vista del derecho a la salud, implica entonces la prevención, tratamiento y control del estado de las mujeres embarazadas con servicios de atención adecuados para ellas.⁷⁰

Retomando las observaciones del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, para hacer efectivo el derecho a la salud materna es necesario que los establecimientos, bienes y servicios cumplan con los siguientes elementos:⁷¹

- a) *Disponibilidad*: en la salud materna implica contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios de atención para mujeres en estado de gestación, así como de programas para su atención. Si bien el desarrollo de este elemento dependerá directamente del desarrollo de cada Estado Parte, estos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados, así como personal capacitado y bien remunerado, incluyendo a parteras, obstetras y personal de enfermería especializado en atención de la maternidad y del parto.
- b) *Accesibilidad*: implica que los establecimientos, bienes y servicios de salud materna deben ser accesibles a todas las personas sin discriminación. La accesibilidad en la salud materna deberá entenderse, a su vez, en cuatro dimensiones:
 - i) *Principio de no discriminación*. El alcance de los servicios de salud materna debe ser de hecho y de derecho. Esto es, las mujeres de los grupos más vulnerables de la población, en particular de origen indígena, jóvenes o en situación de reclusión, deberán tener garantizado el acceso a atención médica adecuada sin mediar discriminación alguna.
 - ii) *Accesibilidad física*. Los establecimientos, bienes y servicios de salud materna deben estar al alcance geográfico de todas las personas, y en especial de aquellas que forman parte de sectores marginados, como las minorías étnicas, mujeres con discapacidad, adolescentes, adultas mayores y poblaciones indígenas.
 - iii) *Accesibilidad económica (asequibilidad)*. Dichos establecimientos, bienes y servicios que atienden la salud materna, deben estar al alcance económico de todas las personas. El acceso a los servicios de salud materna, por lo tanto, no debe significar un costo desproporcionado para los hogares en situación de pobreza.

⁶⁷ ONU-Comité DESC, Observación General núm. 14, 22º periodo de sesiones, Ginebra, 11 de agosto de 2000, párrafo 8.

⁶⁸ OMS, *Cuidados en el parto normal: una guía práctica*, informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo (WHO/FRH/MSM/96.24), Ginebra, 1996, p. 4; y, Nueve Lunas, *Por un parto amoroso, libre, consciente y seguro. Atención humanizada del parto y nacimiento*, op. cit., p. 11. La episiotomía es la realización de una incisión en el perineo femenino con la finalidad de ampliar el canal y prevenir desgarros perineales severos.

⁶⁹ ONU-Comité DESC, Observación General núm. 14, op. cit., párrafos 8 y 9.

⁷⁰ ONU, *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*, Beijing, op. cit., párrafo 94; y, OPS y OMS, *Salud reproductiva y maternidad saludable*, op. cit., p. 9.

⁷¹ ONU-Comité DESC, Observación General núm. 14, op. cit., párrafo 12.

- iv) *Acceso a la información.* Este elemento adquirió vital importancia en relación con la salud materna desde el reconocimiento mismo de los derechos sexuales y reproductivos; ya que abarca el derecho a solicitar, recibir y difundir información relativa al embarazo para la mejor toma de decisiones de las mujeres, así como a que los datos personales de las mujeres sean tratados con la confidencialidad debida.
- c) *Aceptabilidad.* Significa que todos los establecimientos, bienes y servicios relativos a la salud materna deben ser respetuosos de la ética médica, así como de la cultura de las mujeres embarazadas que reciban atención; esto es, ser respetuosos de las culturas minoritarias, así como de pueblos y comunidades, con el único objetivo de asegurar o mejorar el estado de salud de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio.
- d) *Calidad.* En relación con la salud materna, todos los establecimientos, bienes y servicios de que se trate deben ser apropiados desde el punto de vista científico y médico, y de buena calidad, es decir, apropiados para llevar a cabo su función. Lo anterior implica que las mujeres embarazadas cuenten con personal capacitado y bien remunerado, incluyendo a parteras, obstetras y personal de enfermería especializado, así como medicamento y equipo hospitalario científicamente calificado y en buen estado, agua limpia potable y las condiciones sanitarias debidas. Una atención de calidad en la salud materna implica que la mujer reciba una atención humanizada durante el parto. En este sentido, la OMS ha emitido varias recomendaciones con el objetivo de promover un parto normal, en el que las mujeres requieran de la menor intervención y sea compatible con su salud y la del recién nacido. Se especifica que, durante un parto normal, cualquier intervención sólo podrá realizarse por una razón válida y debidamente argumentada que justifique interrumpir el proceso natural.⁷²

Cuadro 3 Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para el cuidado del parto (WHO/FRH/MSM/96.24)

A) Prácticas que son claramente útiles y que debieran ser promovidas.	B) Prácticas que son claramente perjudiciales o ineficaces que debieran ser eliminadas.	C) Prácticas de las que no existe una clara evidencia para fomentarlas y que debieran usarse con cautela hasta que nuevos estudios clarifiquen el tema.	D) Prácticas que a menudo se utilizan inadecuadamente.
<ul style="list-style-type: none"> • Un plan personal que determine dónde y por quién será atendido el parto, realizado con la mujer durante el embarazo, dado a conocer a su pareja y, si procede, a su familia. • Valoración del riesgo del embarazo durante la atención prenatal y en cada visita al sistema de salud y en el primer contacto con la persona que va a asistir en todo el trabajo de parto. • Seguimiento del bienestar físico y emocional de la mujer durante el parto y el posparto. • Ofrecer líquidos por vía oral durante el parto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Uso rutinario del enema. • Uso rutinario del rasurado púbico. • Infusión intravenosa de rutina en el parto. • Inserción de una cánula intravenosa profiláctica de rutina. • Posición en decúbito supino (horizontal) rutinaria durante la dilatación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Métodos no farmacológicos de alivio del dolor durante el parto, como hierbas, inmersión en el agua y estimulación nerviosa. • Amniotomía precoz de rutina en la primera fase del parto. • Presión del fondo uterino durante el parto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Restricción de líquidos y alimentos durante el parto. • Control del dolor con agentes sistémicos. • Control del dolor con analgesia epidural. • Monitoreo fetal electrónico. • Llevar mascarillas y batas estériles durante la atención del parto.

⁷² OMS, *Cuidados en el parto normal: una guía práctica, op. cit.*, p. 4.

Cuadro 3 (continuación)

A) Prácticas que son claramente útiles y que debieran ser promovidas.	B) Prácticas que son claramente perjudiciales o ineficaces que debieran ser eliminadas.	C) Prácticas de las que no existe una clara evidencia para fomentarlas y que debieran usarse con cautela hasta que nuevos estudios clarifiquen el tema.	D) Prácticas que a menudo se utilizan inadecuadamente.
<ul style="list-style-type: none"> • Respeto a la elección informada de la mujer sobre el lugar del parto. • Proporcionar los cuidados del parto en el lugar más cercano a su entorno, donde el nacimiento sea factible y seguro, y donde la mujer se sienta más segura y confiada. • Respeto del derecho de la mujer a la intimidad en el lugar del parto. • Apoyo afectivo de los asistentes durante el parto. • Respeto a la elección de los acompañantes de la mujer durante el parto. • Dar a la mujer tanta información y explicaciones como desee. • Métodos no invasivos ni farmacológicos de alivio del dolor durante la dilatación, como el masaje y las técnicas de relajación. • Monitoreo fetal con auscultación intermitente. • Uso único de material desechable y esterilización apropiada del material reutilizable que se emplea durante la dilatación y el parto. • Uso de guantes en los tactos vaginales durante el nacimiento del bebé y el manejo de la placenta. • Libertad de posición y movimientos durante todo el parto. • Estímulo a evitar la posición en decúbito supino (acostado) durante el parto. • Seguimiento cuidadoso del progreso del parto. • Uso profiláctico de oxitocina en la tercera fase del parto en la mujer con riesgo de hemorragia posparto, o en peligro por la pérdida de una pequeña cantidad de sangre. • Esterilidad al cortar el cordón. • Prevención de hipotermia en el recién nacido. • Contacto inmediato piel con piel de la madre y el hijo, y apoyo al inicio de la lactancia en la primera hora después del parto. • Examen sistemático de la placenta y las membranas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Examen rectal. • Uso de pelvimetrías (valoración de las desproporciones pélvico-fetales) mediante rayos X. • Administración de oxitócicos (hormona) antes del nacimiento si sus efectos no pueden ser controlados. • Posición rutinaria de litotomía (acostada) con o sin estribos durante el parto. • Esfuerzos de pujo sostenidos y dirigidos (maniobra de Valsalva) durante la segunda fase del parto. • Masaje y estiramiento del periné durante la segunda fase del parto. • Uso de tabletas orales de ergometrina en la tercera fase del parto para prevenir o controlar una hemorragia. • Lavado rutinario del útero después del alumbramiento. • Revisión rutinaria manual del útero después del alumbramiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Maniobras relativas a la protección del periné y al manejo de la cabeza fetal en el momento del nacimiento. • Manipulación activa del feto en el momento del nacimiento. • Administración rutinaria de oxitocina, tracción controlada del cordón o combinación de ambas durante la tercera fase del parto. • Pinzamiento temprano del cordón umbilical. • Estimulación de los pezones para aumentar las contracciones uterinas durante la tercera fase del parto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Llevar mascarillas y batas estériles durante la atención del parto. • Exámenes vaginales repetidos o frecuentes, especialmente si los realiza más de un asistente. • Estimulación con oxitocina. • Cambio rutinario de la mujer a otro lugar al comienzo de la segunda fase del parto. • Cateterización de la vejiga. • Animar a la mujer a pujar cuando la dilatación del cérvix es completa o casi completa, antes de que la mujer sienta imperiosa necesidad por sí misma. • Rigidez de criterios acerca de la duración estipulada de la segunda fase del parto (como, por ejemplo, una hora), incluso si las condiciones maternas y fetales son buenas y el parto progresa. • Instrumentalización del parto. • Uso liberal o sistemático de la episiotomía. • Exploración manual del útero después del alumbramiento.

Fuente: OMS, *Cuidados en el parto normal: una guía práctica, op. cit.*, pp. 34-37, disponible en <http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf>.

Obligaciones del Estado para el respeto, protección, garantía y promoción del derecho a la salud materna

El derecho a la salud está reconocido como un derecho de carácter progresivo, sin que esto signifique privar de contenido al desarrollo de este derecho, sino, por el contrario, el continuo avance que los Estados Parte deben presentar sobre las obligaciones concretas que tienen respecto a éste.⁷³ Así, el Estado tiene las obligaciones generales de *respetar, proteger, garantizar y promover* la salud materna.

OBLIGACIÓN DE RESPETAR

El deber de respetar significa la obligación de los Estados de abstenerse de realizar prácticas discriminatorias relacionadas con la salud de la mujer. En relación con la salud materna, el Estado debe limitar específicamente todos los obstáculos que impidan el acceso a los medios de salud reproductiva, así como abstenerse de censurar o desvirtuar intencionalmente la información relacionada con la salud de las mujeres u obstaculizar la participación de éstas en las decisiones relacionadas con su embarazo, parto y puerperio.⁷⁴

Al respecto, la Conferencia de El Cairo instó a los Estados Parte a posibilitar la participación de las mujeres con el fin de que intervengan en la dirección, planificación, adopción libre de decisiones, ejecución, organización y evaluación de los servicios que reciben.⁷⁵ Asimismo, siguiendo las recomendaciones de la OMS, el Estado debe abstenerse de realizar prácticas médicas peligrosas o innecesarias durante el parto, como la episiotomía, rasurado público y monitoreo fetal, así como restringir el uso de oxitocina, analgesia y anestesia, entre otros.⁷⁶

OBLIGACIÓN DE PROTEGER

Proteger la salud materna implica para el Estado, en primer lugar, la obligación de adoptar leyes y medidas que aseguren el acceso igual a la atención de la salud. Sobre este aspecto, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) ha manifestado que la salud reproductiva, en la que se incluye la salud materna, debe ocupar un lugar privilegiado en las iniciativas legislativas, así como en los programas de salud nacionales y locales.⁷⁷ Cuando se trata de la obligación de proteger, los Estados se convierten, además, en garantes especiales de aquellos derechos que se encuentran relacionados con una prestación

⁷³ ONU-Comité DESC, Observación General núm. 14, *op. cit.*, párrafos 30 y 31.

⁷⁴ El escaso poder de decisión que tienen muchas mujeres sobre su vida sexual y reproductiva es considerado como uno de los principales obstáculos para el disfrute pleno del derecho a la salud. Véase, ONU, *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, El Cairo, *op. cit.*, p. 38.

⁷⁵ *Ibidem*, p. 39.

⁷⁶ OMS, *Guía práctica para el cuidado del parto normal*, *op. cit.*, pp. 34-37. Otras de las prácticas que la OMS insta a abandonar por demostrar ser dañinas, son las evaluaciones perinatales con enfoque de riesgo, el uso rutinario de exámenes ecográficos durante el embarazo, eliminar la prohibición del acompañamiento por un familiar, restricción de líquidos y comidas ligeras durante el trabajo de parto, exámenes vaginales frecuentes para evaluar el progreso en trabajo de parto normal, uso de sedantes o tranquilizantes de rutina, la inducción del parto, cesárea de rutina después de cesárea previa, lactancia sin restricciones, entre otros.

⁷⁷ CIDH, *Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos*, *op. cit.*, párrafo 41. Véase también ONU-Comité CEDAW, Observación General núm. 24, *La mujer y la salud*, 20° periodo de sesiones, 1999, párrafo 17.

que también puede ser de carácter privado,⁷⁸ sobre los que el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (Comité DESC) expresamente reconoce que no deben representar una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de esta atención.⁷⁹

En este sentido se pronunció también la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) al señalar que la salud es un bien público cuya protección está a cargo de los Estados,⁸⁰ es decir, que son responsables de regular y fiscalizar la prestación de los servicios de salud, sean públicos o privados, con el fin de lograr una efectiva protección de los derechos de la vida e integridad personal.⁸¹ Sobre este tema, en sus informes la CIDH ha manifestado su preocupación sobre las dificultades que enfrentan las mujeres en el sector público de salud como consecuencia de la falta de recursos, la ausencia de normatividad, la precariedad de las condiciones de prestación de los servicios y la carencia de profesionales y materiales indispensables y que tienen relación directa con los altos índices de mortalidad materna y los impedimentos para recibir servicios de salud adecuados durante el embarazo y después del parto.⁸² Para el sistema regional de derechos humanos, los obstáculos para acceder a servicios de salud materna representan afectaciones directas al derecho a la integridad física, psíquica y moral de las mujeres.⁸³

Además, la protección a la salud materna incluye la obligación del Estado de velar porque las prácticas sociales o tradicionales “no afecten el acceso a la atención anterior y posterior al parto”⁸⁴ y a adoptar las medidas que protejan a aquellas mujeres que pertenezcan a grupos en situación de vulnerabilidad o marginación de la sociedad. El relator de las Naciones Unidas sobre el Derecho al Disfrute del más alto Nivel Posible de Salud manifestó que, para este objetivo, no basta con aumentar en forma progresiva las intervenciones técnicas o hacerlas más accesibles, sino que corresponde a la obligación esencial del Estado atender los factores sociales, culturales, políticos y jurídicos que influyen en las decisiones de las mujeres sobre su salud materna y reproductiva.⁸⁵

En particular, la CIDH manifestó preocupación porque las mujeres que habitan en zonas rurales, indígenas y afrodescendientes, así como las adolescentes, son los grupos que en mayor medida ven violados sus derechos al acceso a los servicios de salud materna, lo que hace visible, además, la desigualdad del disfrute del derecho a la salud en relación con los hombres, lo que evidencia también la carencia de servicios apropiados para atender las necesidades fisiológicas específicas de las mujeres en relación con su esfera reproductiva y de ser víctimas recurrentes de patrones socioculturales discriminatorios que ponen en riesgo su salud.⁸⁶

Otra preocupación importante son las distintas formas de violencia que muchas mujeres padecen durante el embarazo y que afectan directamente su derecho a la integridad y, en algunas ocasiones, hasta la vida.⁸⁷ En cuanto a la obligación de proteger, el Estado tiene además la carga de adoptar las medidas necesarias para sancionar adecuadamente todas las formas de violencia contra la mujer, incluyendo

⁷⁸ Corte IDH, *Caso Artavia Murillo y otros (Fertilización in Vitro) vs. Costa Rica*, Serie C, núm. 257, Sentencia del 28 de noviembre de 2012, párrafo 148.

⁷⁹ ONU-Comité DESC, Observación General núm. 14, *op. cit.*, párrafos 30 y 35.

⁸⁰ Corte IDH, *Caso Artavia Murillo y otros (Fertilización in Vitro)*, *op. cit.*, párrafo 148; y, Corte IDH, *Caso Ximenes Lopes vs. Brasil*, Serie C, núm. 149, Sentencia del 4 de julio de 2006, párrafo 89.

⁸¹ CIDH, *Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos*, *op. cit.*, párrafo 24.

⁸² *Ibidem*, párrafo 41.

⁸³ *Ibidem*, párrafo 39.

⁸⁴ ONU-Comité DESC, Observación General núm. 14, *op. cit.*, párrafos 30 y 35.

⁸⁵ ONU, *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (A/61/338)*, 13 de septiembre de 2006, párrafo 17.

⁸⁶ CIDH, *Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos*, *op. cit.*, párrafos 53 y 54. Cabe resaltar que la Comisión destaca como ejemplo a una mujer campesina embarazada que, al buscar atención médica por alguna dolencia, no es atendida en el establecimiento de salud por no contar con la autorización de su esposo para hacerlo.

⁸⁷ *Ibidem*, Recomendaciones 74 y 75.

aquellas que se presentan en el área de la salud,⁸⁸ así como a contar con los recursos y medios necesarios para la investigación y persecución de conductas inadecuadas que permitan a las mujeres, en caso de ser víctimas, obtener reparación y protección inmediata.⁸⁹

OBLIGACIÓN DE GARANTIZAR

Es obligación del Estado garantizar un número suficiente de hospitales, clínicas u otros centros de salud materna.⁹⁰ En este sentido, el Estado mexicano fue exhortado a ampliar la cobertura en los servicios, y en particular los de salud reproductiva, dentro de los cuales se incluye la salud materna.⁹¹ Esta obligación abarca la creación de programas de salud que satisfagan las necesidades físicas y psicológicas de las mujeres jóvenes, embarazadas y lactantes.⁹²

La CIDH establece que la falta de medidas positivas para garantizar los elementos de *disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad* del derecho a la salud en todos sus ámbitos, puede derivar en una violación de las obligaciones incluidas en el principio de igualdad y no discriminación transversal en el sistema interamericano.⁹³ Por su parte, la CIDH refuerza esta obligación del Estado e insta a impulsar políticas que “propongan medidas específicas de prevención y atención a la salud materna”, apelando a que, para cumplir con la garantía del derecho a la salud, y particularmente de salud materna, es indispensable poner a disposición de las mujeres, y en especial de aquellas que se encuentran en situación de vulnerabilidad, servicios adecuados de salud, así como programas de información y asistencia en salud reproductiva,⁹⁴ implementando de ser necesario *programas de proximidad* o de otra índole, con la finalidad de que las mujeres en esta situación puedan, en la práctica, tener acceso a servicios de salud en condiciones de igualdad y no discriminación.⁹⁵ Asimismo, el Estado debe dirigir esfuerzos a la eliminación de estereotipos de género que mantienen prácticas discriminatorias que impiden en los hechos el acceso de las mujeres a servicios de atención médica, tales como autorizaciones, estado civil o su sola condición de mujer.⁹⁶

Al respecto se pronunció también la CIDH al señalar que para lograr el efectivo ejercicio de los derechos humanos de las mujeres es necesario el acceso oportuno a servicios completos de atención a su salud, así como de información y educación sobre el tema.⁹⁷ Por su parte, la Corte IDH resalta el deber de los Estados en este tema para prestar especial atención y cuidado a las mujeres indígenas, asegurándose de garantizar el acceso a servicios de salud médica durante el periodo de gestación, parto y lactancia.⁹⁸

⁸⁸ ONU-Comité CEDAW, Observación General núm. 19, 11° periodo de sesiones, 1992, párrafos 19 y 20.

⁸⁹ ONU, *México ante la CEDAW*; México, ONU-Mujeres, OACNUDH, UNFPA, párrafo 432; y, ONU-Comité CEDAW, Observación General núm. 24, *op. cit.*, párrafo 15.

⁹⁰ ONU-Comité DESC, Observación General núm. 14, *op. cit.*, párrafos 30 y 36.

⁹¹ ONU, *México ante la CEDAW*, *op. cit.*, párrafo 33.

⁹² ONU, *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*, Beijing, *op. cit.*, párrafo 281.

⁹³ CIDH, *Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos*, *op. cit.*, Recomendación 76.

⁹⁴ *Ibidem*, párrafo 43.

⁹⁵ ONU, *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud. Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales (A/HRC/7/11)*, 31 de enero de 2008, párrafo 42.

⁹⁶ ONU-Comité CEDAW, Observación General núm. 24, *op. cit.*, párrafo 14; y CIDH, *Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos*, *op. cit.*, párrafo 93.

⁹⁷ CIDH, *Solución Amistosa Paulina del Carmen Ramírez Jacinto*, Informe núm. 21/07, Petición 161-02, Solución Amistosa, 9 de marzo de 2007, párrafo 19.

⁹⁸ Corte IDH, *Caso Comunidad Indígena Sawhoyamaya vs. Paraguay*, Serie C, núm. 146, Sentencia del 29 de marzo de 2006, párrafo 177.

Adicionalmente, garantizar el derecho a la salud en el área de salud materna implica que el Estado tiene la obligación de asegurar que los servicios que se proporcionen a las mujeres sean realizados mediante una atención respetuosa⁹⁹ y libre de cualquier tipo de violencia.¹⁰⁰ Al mismo tiempo, el Estado deberá vigilar la adecuación cultural de aquellos en el caso de mujeres indígenas o afrodescendientes, mediante, por ejemplo, la realización y elección informada del tipo de parto.¹⁰¹

Asimismo, garantizar el derecho a la integridad física, psíquica y moral de las mujeres en relación con el acceso a servicios de salud materna en condiciones de igualdad, conlleva para los Estados la priorización de recursos destinados a atender las necesidades particulares de las mujeres embarazadas durante y después del parto.¹⁰² En este último sentido, se suma la preocupación del Comité CEDAW respecto a muchas mujeres que corren el riesgo de morir o quedar con alguna discapacidad por circunstancias de carencia económica en la que viven su embarazo, lo que les impide acceder a servicios de maternidad, anteriores y posteriores al parto, por lo que dicho Comité recuerda la obligación del Estado de garantizar el acceso de las mujeres, en condiciones de igualdad, gratuitos y sin riesgos, a servicios obstétricos de emergencia, asignando el máximo de recursos disponibles para lograrlo.¹⁰³ En el mismo sentido se pronunció la Corte IDH al recordar que las políticas de salud deben contar con personal capacitado que lleve controles prenatales y posparto adecuados.¹⁰⁴

De la misma forma, garantizar la salud materna implica que el suministro de estos servicios se realice en condiciones seguras y gratuitas cuando sea necesario, asegurando a las mujeres una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.¹⁰⁵ Por otra parte, garantizar el acceso a servicios de atención médica implica, además, que sean aceptables para la mujer. Al respecto, el Comité CEDAW establece que serán aceptables los servicios de salud cuando se “garantice el consentimiento previo con pleno conocimiento de causa, se respete su dignidad, se garantice su intimidad y se tengan en cuenta sus necesidades y perspectivas”.¹⁰⁶ En este sentido, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos se ha pronunciado también para señalar específicamente que, durante el embarazo, el acceso efectivo a información sobre la salud tanto de la madre como del feto es primordial para ejercer plenamente el derecho de autonomía personal, más aún cuando la legislación de un determinado Estado permite la realización del aborto en ciertas circunstancias.¹⁰⁷

OBLIGACIÓN DE PROMOVER

La obligación de promover el derecho a la salud a cargo de los Estados establece la necesidad de emprender actividades para fomentar, mantener y restablecer la salud de la población.¹⁰⁸ De acuerdo con el

⁹⁹ CIDH, *Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos*, op. cit., párrafo 95.

¹⁰⁰ Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), artículo 12 y ONU-Comité CEDAW, Observación General núm. 24, op. cit., párrafo 15.

¹⁰¹ CIDH, *Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos*, op. cit., párrafo 95.

¹⁰² ONU, *El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, op. cit., párrafo 18.

¹⁰³ ONU-Comité CEDAW, Recomendación General núm. 24, op. cit., párrafo 27.

¹⁰⁴ Corte IDH, *Caso Comunidad Indígena Xákmok Kásek vs. Paraguay (Fondo, Reparaciones y Costas)*, Serie C, núm. 24, Sentencia del 24 de agosto de 2010, párrafo 233.

¹⁰⁵ CEDAW, artículo 12. Sobre este tema, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos destaca que aproximadamente más de la mitad de las mujeres embarazadas en el mundo padecen alguna forma de anemia, siendo aún más grave la situación en caso de las adolescentes que se encuentran en estado de gestación. Véase, CIDH, *Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos*, op. cit., párrafo 85.

¹⁰⁶ ONU-Comité CEDAW, Recomendación General núm. 24, op. cit., párrafo 22.

¹⁰⁷ Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Caso R.R. vs. Poland*, Sentencia del 26 de mayo de 2011, párrafo 197.

¹⁰⁸ ONU-Comité DESC, Observación General núm. 14, op. cit., párrafo 37.

Comité DESC, para lograrlo, los Estados deben al menos: *a)* identificar factores que contribuyen al logro de resultados positivos en materia de salud, apoyando por ejemplo la realización de investigaciones y el suministro de información; *b)* cuidar que los servicios de salud sean apropiados desde el punto de vista cultural y que las y los profesionales que los brindan se encuentren debidamente formados de tal manera que respondan a las necesidades concretas de la población, incluyendo las de los grupos en situación de vulnerabilidad; *c)* proporcionar y difundir información apropiada, en particular sobre los servicios de salud materna disponible, así como de prácticas nocivas; *d)* coadyuvar a que las personas, plenamente informadas, tomen las mejores decisiones respecto a su salud.¹⁰⁹ Todas las propuestas anteriores resultan acordes con la obligación de promover la salud materna.

En esta obligación, el derecho a la información adquiere una relevancia especial en el ejercicio de la salud materna y es un derecho indispensable para el goce de otros derechos.¹¹⁰ Por ello, como parte esencial de la garantía de salud materna, es obligación del Estado asegurar sistemas de información que permitan conocer de manera efectiva las condiciones de salud de las mujeres nacional y localmente, incorporando cifras y datos sobre planificación familiar, mortalidad y morbilidad materna, mortalidad neonatal y sus causas, con el objetivo de que las mujeres puedan tomar mejores decisiones y acciones efectivas.¹¹¹

La CIDH establece que el derecho de acceso a la información en materia reproductiva que tienen las mujeres deriva en una obligación *proactiva y oficiosa* para el Estado, lo que implica suministrar la información pública, masiva y especializada necesaria para que las personas ejerzan sus derechos y satisfagan sus necesidades de salud.¹¹² De esta forma, la divulgación a cargo del Estado se hace particularmente relevante para contribuir a que las personas se encuentren en condiciones de tomar decisiones libres, fundamentadas y responsables en materia de reproducción, incluidas en la esfera de la salud materna.¹¹³ Además, este órgano reconoce la importancia de que no sólo las mujeres, sino también sus familiares y la comunidad en general, conozcan los servicios de salud y sean capaces de identificar señales de alerta que requieran de atención médica.¹¹⁴ Por lo anterior, es obligación del Estado destinar los recursos necesarios con el fin de asegurar que las mujeres tengan conocimiento de sus derechos como usuarias del servicio de salud.¹¹⁵ Con mención especial, el derecho a la información desempeña un papel trascendental en el caso de las niñas y mujeres adolescentes para conocer los riesgos del embarazo a edad temprana.¹¹⁶

Los Estados deben dar a conocer los programas y políticas sobre salud reproductiva, su alcance y cobertura, así como asesoramiento especial sobre la transmisión de VIH/sida a mujeres embarazadas,¹¹⁷ promoviendo en todo momento la participación de las destinatarias de dichos programas en el diseño e implementación de estas políticas y planes.¹¹⁸ Por otra parte, la CIDH señala que la información en esta materia, incluida la relacionada con la salud materna, debe ser oportuna, completa, accesible, fidedigna, oficiosa, actualizada, comprensible y con un lenguaje sencillo.¹¹⁹

¹⁰⁹ *Idem.*

¹¹⁰ CIDH, *Informe Anual de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos 2008*, vol. III; (OEA/Ser.L/V/II.134), Washington, 2009, párrafo 147.

¹¹¹ CIDH, *Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos*, *op. cit.*, Recomendación 11.

¹¹² CIDH, *Informe Anual 2008. Relatoría especial para la Libertad de Expresión*, *op. cit.*, párrafo 91, y CIDH, *Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos* (OEA/Ser.L/V/II.), 22 de noviembre de 2011, párrafo 25.

¹¹³ CIDH, *Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos*, *op. cit.*, párrafos 4, 26 y 29.

¹¹⁴ *Ibidem*, párrafo 33.

¹¹⁵ *Ibidem*, párrafo 91.

¹¹⁶ ONU-Comité sobre los Derechos del Niño, Observación General núm. 4 (CRC/GC/2003/4), julio de 2003, párrafos 20, 28 y 31.

¹¹⁷ CIDH, *Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos*, *op. cit.*, párrafo 111.

¹¹⁸ *Ibidem*, párrafo 94.

¹¹⁹ *Ibidem*, párrafo 116.

Junto al derecho a la información, la educación se convierte en derecho fundamental para la adopción de decisiones en todos los ámbitos de la vida, incluidas las referentes a la salud, sexualidad y reproducción.¹²⁰ Al reconocer la brecha de igualdad entre hombres y mujeres, la CIDH establece la cercana relación entre autonomía y empoderamiento de las mujeres e insta a que sea incorporada en la agenda educativa, y reconoce que las mujeres con mayor nivel educativo tienen mejores herramientas para actuar adecuadamente en la prevención y promoción de la salud materna.¹²¹

¹²⁰ ONU, *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo*, op. cit., capítulo IV, “Igualdad y equidad entre los sexos y habilitación de la mujer”, párrafo 4.1.

¹²¹ CIDH, *Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos*, op. cit., párrafo 91.



Fotografía: Alejandro Cuevas Romo/CDHDF.