



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.

Marco normativo e institucional para la atención de la salud materna en México y el Distrito Federal

La salud materna en el marco jurídico e institucional federal

En México se ha institucionalizado un marco legal, normativo, técnico y político con el propósito de asegurar a las mujeres embarazadas el acceso al sistema de salud y que puedan recibir atención médica durante el embarazo, parto y puerperio.¹²² A continuación se presentan algunos de estos componentes que sustentan la atención de la salud materna en México, sus fortalezas y limitaciones.

Marco legal federal en vigor

El sustento legal que enmarca la atención materna se encuentra en el artículo 4° constitucional, que consagra el derecho a la protección de la salud y a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de hijas e hijos.¹²³ Adicionalmente, el artículo 1° establece que en México todas las personas deben gozar de los derechos humanos reconocidos en la Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado mexicano sea parte¹²⁴ y, por consecuencia del derecho a la salud materna.

¹²² Ileana Heredia-Pi *et al.*, “Brechas en la cobertura de atención continua del embarazo y el parto en México”, en *Salud Pública de México*, vol. 55, suplemento 2, 2013, p. 250.

¹²³ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, última reforma publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 27 de diciembre de 2013, artículo 4°, disponible en <<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf>>, página consultada el 15 de enero de 2014.

¹²⁴ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, *op. cit.*, artículo 1°.

En materia reglamentaria, la Ley General de Salud incluye un capítulo “sobre la atención materno-infantil”¹²⁵ en el que se señala su carácter prioritario y se enuncia, entre otras, la obligación de las dependencias públicas de ofrecer a las mujeres embarazadas una atención integral durante la gestación, el parto y puerperio. En 2012, con un decreto promulgado por el Ejecutivo federal, se reconoce de forma explícita en esta Ley General, el derecho de las mujeres embarazadas a obtener servicios de salud con estricto respeto a sus derechos humanos.¹²⁶ En 2014 se reformó esta misma normatividad para incluir la atención del VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual en mujeres embarazadas con el fin de evitar el contagio perinatal.¹²⁷

Respecto de la prevención, sanción y erradicación de la violencia obstétrica, cabe señalar que la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia¹²⁸ no considera este tipo de agresión. Sólo cinco estados de la República, además del Distrito Federal, lo hacen en sus respectivas leyes, al incluir la violencia obstétrica entre los tipos de violencia contra las mujeres, o bien, en la violencia en contra de los derechos sexuales y reproductivos. En este sentido, las leyes protegen a las mujeres contra cualquier acción u omisión por parte del personal de salud que las dañe, lastime o denigre durante el embarazo, parto y puerperio, así como contra la negligencia en su atención médica. En particular, se consideran como violencia obstétrica los siguientes actos:

- El trato deshumanizado hacia las mujeres.
- La práctica del parto vía cesárea, si hay condiciones para el parto natural.
- El abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales que implican la pérdida de autonomía de las mujeres y de su capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos.
- La omisión u obstaculización de atención prenatal oportuna y eficaz y de las emergencias obstétricas.
- La obligación de la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, cuando haya los medios necesarios para la realización del parto vertical.
- La obstaculización del apego precoz del niño o niña a su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer.
- La alteración del proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

Estas normas constituyen un avance en la protección de los derechos de las mujeres en la etapa del embarazo, parto y puerperio. No obstante, se evidencia una desigualdad a nivel nacional; porque aún en 24 estados no se contemplan medidas para la prevención, sanción y erradicación de este tipo de violencia.

¹²⁵ Ley General de Salud, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 7 de febrero de 1984, última reforma publicada el 13 de enero de 2014, capítulo v, artículos 61-66.

¹²⁶ Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones a la Ley General de Salud, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 7 de junio de 2012.

¹²⁷ Decreto por el que se adiciona una fracción *1 bis* al artículo 61 de la Ley General de Salud, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 15 de enero de 2014.

¹²⁸ Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 1 de febrero de 2007, última reforma publicada el 15 de enero de 2013.

Cuadro 4

Estado	Definición de la violencia obstétrica o contra los derechos reproductivos por entidad
Chiapas	<p>ARTÍCULO 6°. Los tipos de violencia contra las mujeres son:</p> <p>VII. Violencia obstétrica. Apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad; se consideran como tal, omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical; obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer, alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer, y practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural.</p> <p>VIII. Violencia de los derechos reproductivos. Es toda acción u omisión que limite o vulnere el derecho de las mujeres a decidir libre y voluntariamente sobre su función reproductiva, en relación con el número y espaciamiento de los hijos, acceso a métodos anticonceptivos de su elección, acceso a una maternidad elegida y segura, así como a los servicios de atención prenatal, y obstétricos de emergencia.</p> <p>Fuente: Ley de Acceso a una Vida Libre de Violencia para las Mujeres en el Estado de Chiapas, publicada en el <i>Periódico Oficial del Estado</i> el 23 de marzo de 2009, última reforma publicada el 14 de septiembre de 2011.</p>
Distrito Federal	<p>ARTÍCULO 6°. Los tipos de violencia contra las mujeres son:</p> <p>Violencia contra los derechos reproductivos: toda acción u omisión que limite o vulnere el derecho de las mujeres a decidir libre y voluntariamente sobre su función reproductiva, en relación con el número y espaciamiento de los hijos, acceso a métodos anticonceptivos de su elección, acceso a una maternidad elegida y segura, así como el acceso a servicios de aborto seguro en el marco previsto por la Ley para la Interrupción Legal del Embarazo, a servicios de atención prenatal, así como a servicios obstétricos de emergencia.</p> <p>Fuente: Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal, publicada en la <i>Gaceta Oficial del Distrito Federal</i> el 29 de enero de 2008.</p>
Durango	<p>ARTÍCULO 8°. Las clases de violencia de género son:</p> <p>VI. La violencia obstétrica: cualquier acto o trato deshumanizado que ejerza el personal de salud sobre las mujeres en la atención médica que se les ofrece durante el embarazo, el parto y puerperio, tales como omitir atención oportuna y eficaz de las urgencias obstétricas, obstaculizar el apego precoz del niño con la madre sin causa médica justificada, alterar el proceso natural de parto de bajo riesgo mediante el uso de técnicas de aceleración, y practicar el parto vía cesárea existiendo condiciones para el parto natural, estas dos últimas, sin obtener el consentimiento informado de la mujer.</p> <p>Fuente: Ley de las Mujeres para una Vida sin Violencia, publicada en la <i>Gaceta Oficial del Estado de Durango</i>, última reforma publicada el 13 de enero de 2012.</p>
Guanajuato	<p>ARTÍCULO 5°. Los tipos de violencia contra las mujeres son:</p> <p>VIII. Violencia obstétrica: es todo acto u omisión intencional, por parte del personal de salud, que dañe, lastime o denigre a la mujer durante el embarazo y parto, así como la negligencia en su atención médica.</p> <p>Fuente: Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Guanajuato, publicada en el <i>Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Guanajuato</i> el 26 de noviembre de 2010, última reforma publicada el 3 de diciembre de 2013.</p>

Cuadro 4 (continuación)

Estado	Definición de la violencia obstétrica o contra los derechos reproductivos por entidad
Veracruz	<p>ARTÍCULO 7°. Son tipos de violencia contra las mujeres:</p> <p>VI. La violencia obstétrica: apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad; se consideran como tal, omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical, obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer, alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer y practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.</p> <p>Fuente: Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz, publicada en la <i>Gaceta Oficial del Estado de Veracruz</i> el 28 de febrero de 2008.</p>
Zacatecas	<p>ARTÍCULO 9°. Los tipos de violencia contra las mujeres son:</p> <p>III. Violencia sexual. Se entenderá, así mismo, como Violencia Sexual, a la violencia contra los derechos sexuales y reproductivos, la cual consiste en cualquier acto u omisión que impida o restrinja el libre ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva de las mujeres y, por tanto, afecte el ejercicio de la libertad sexual.</p> <p>Fuente: Ley de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Zacatecas, publicada en la <i>Gaceta Parlamentaria de Zacatecas</i> el 17 de enero de 2009.</p>

En el caso de Veracruz, la violencia obstétrica se encuentra, además, tipificada como delito en el artículo 363 del Código Penal de la entidad, y sancionada con seis meses a seis años de prisión y una multa de 200 a 300 días de salario mínimo.¹²⁹ Sobre este tema, el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) advierte que la utilización del derecho penal no siempre es la vía idónea para erradicar este tipo de violencia y atacar las causas estructurales que la engendran, porque predispone al personal médico y no promueve un cambio de mentalidad ni de políticas públicas sobre parto humanizado.¹³⁰

Marco normativo y técnico: normas y lineamientos para la atención de la salud materna

La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 publicada en 1995¹³¹ constituye una referencia en materia de atención de la salud materna, pues establece los criterios técnicos y procedimientos para la atención médica antes, durante y después del parto, y es de observancia obligatoria para el personal de salud de los sectores público, social y privado.¹³² En ella se reconoce que la mayoría de los daños obstétricos se pueden prevenir, detectar y tratar con éxito, por lo que se proponen lineamientos básicos ten-

¹²⁹ Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Veracruz de Ignacio de la Llave, publicado en la *Gaceta Oficial. Órgano del Gobierno del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave*, el 7 de noviembre de 2003, última reforma publicada el 6 de noviembre de 2013, artículo 363.

¹³⁰ GIRE-Radar 4°, *Omisión e indiferencia. Derechos reproductivos en México*, op. cit., p. 128.

¹³¹ Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, op. cit.

¹³² *Ibidem*, 1. Campo de aplicación.

dientes a reducir los riesgos asociados a las intervenciones del personal de salud, a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional, a prevenir las complicaciones y a mejorar la sobrevivencia de la madre y del recién nacido.¹³³

Esta normatividad reitera el carácter prioritario de la atención de las mujeres que presentan emergencias obstétricas.¹³⁴ Otros de los aspectos importantes son la promoción del alojamiento conjunto de la madre y su hija o hijo recién nacido y de la lactancia materna, así como los criterios de calidad del servicio, de calidez en la atención y de oportunidad de la misma.¹³⁵

Cuadro 5 NOM-007-SSA2-1993: principales disposiciones

Atención del embarazo
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar un mínimo de cinco consultas prenatales, siendo la primera antes de las 12 semanas de gestación. • Orientar el control prenatal hacia la detección y control de factores de riesgo obstétrico, a la prevención, detección y tratamiento de la anemia, preeclampsia, infecciones cervicovaginales e infecciones urinarias, las complicaciones hemorrágicas del embarazo, retraso del crecimiento intrauterino y otras patologías intercurrentes con el embarazo. • Establecer en todas las unidades de salud con atención obstétrica, procedimientos escritos para la prevención, detección oportuna del riesgo y manejo adecuado de la prematuridad y el bajo peso al nacimiento.
Atención del parto
<ul style="list-style-type: none"> • Abrir un expediente médico con historia clínica y partograma para cada mujer que ingresa para atención obstétrica. • Realizar el rasurado del vello púbico de manera no rutinaria. • Incluir en el control del trabajo de parto normal la verificación y registro de la contractilidad uterina y el latido cardiaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina (al menos cada 30 minutos); el progreso de la dilatación cervical a través de exploraciones vaginales racionales, de acuerdo con la evolución del trabajo del parto y el criterio médico; el registro del pulso, tensión arterial y temperatura como mínimo cada cuatro horas. • No emplear de manera rutinaria analgésicos, sedantes y anestesia durante el trabajo de parto normal (únicamente bajo criterio médico, y previa información a la paciente). • No aplicar de manera rutinaria la inducción y conducción del trabajo de parto, como tampoco la ruptura artificial de las membranas. • Permitir la deambulación alternada y respetar todas las posiciones que la mujer embarazada desee utilizar, en tanto no exista contraindicación médica. • Contar con lineamientos para la indicación de cesárea y respetar la recomendación de un índice de 15% en los hospitales de segundo nivel y de 20% en los de tercer nivel en relación con el total de nacimientos. • Practicar la episiotomía sólo por personal capacitado para su reparación adecuada; y previa información de la mujer. • Para la atención del alumbramiento normal, propiciar el desprendimiento espontáneo de la placenta y evitar la tracción del cordón umbilical antes de su desprendimiento completo, comprobar la integridad y normalidad de la placenta y sus membranas, revisar el conducto vaginal, verificar que el pulso y la tensión arterial sean normales, que el útero se encuentre contraído y el sangrado transvaginal sea escaso. • Consignar los datos correspondientes al resultado del parto en el expediente clínico. • Realizar atención del puerperio de manera inmediata (primeras 24 horas posparto), incluyendo el inicio de la lactancia materna exclusiva y a libre demanda (en primeros 30 minutos); la valoración de la normalidad del pulso, la tensión arterial, la temperatura, el sangrado transvaginal, el tono y tamaño del útero y el reinicio de la micción; favorecer la deambulación, la alimentación normal y la hidratación, informar a la paciente sobre signos y síntomas de complicación (en primeras seis horas). • Orientar a la madre sobre los cuidados del recién nacido, sobre la técnica de la lactancia materna exclusiva y los signos de alarma que ameritan atención médica de ambos. • Para la atención del puerperio mediato y tardío, proporcionar un mínimo de tres consultas, vigilar la involución uterina, los loquios, la tensión arterial, el pulso y la temperatura; y orientar a la madre en los cuidados de la o el recién nacido, la lactancia materna exclusiva, los métodos de planificación familiar, la alimentación materna y acerca de los cambios emocionales que pueden presentarse durante el posparto.

Fuente: NOM-007-SSA2-1993, *op. cit.*, punto 5.2 a 5.5.

¹³³ *Ibidem*, Introducción.

¹³⁴ *Ibidem*, puntos 5.1.1.

¹³⁵ *Ibidem*, puntos 4.22, 4.24, 4.25, 4.26, 5.1.3 y 5.1.5.

En 2010, la Secretaría de Salud publicó un proyecto de modificación de la norma NOM-007-SSA2-1993, al reconocer que la ciencia médica, nacional e internacional, había desarrollado importantes avances y permitía establecer mejores prácticas para la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio.¹³⁶ En esta nueva iniciativa se incorporaron aspectos relevantes en relación con la prevención de la mortalidad materna, la calidad de la atención prenatal, la detección oportuna y tratamiento de diabetes gestacional, sífilis y VIH/sida, la prescripción de hierro y ácido fólico, la adecuada nutrición, y la prevención contra el uso y abuso de sustancias tóxicas y adictivas.¹³⁷ A más de un año de la publicación del proyecto en el *Diario Oficial de la Federación*, aún no se ha promulgado la versión actualizada de la norma NOM-007-SSA2-1993. Organizaciones de la sociedad civil han abogado para que el nuevo proyecto incorpore los estándares más altos establecidos por la Organización Mundial de la Salud. En particular, GIRE insta a la inclusión y el reconocimiento de las parteras en la atención del parto para que lleven a cabo tareas fundamentales durante su desarrollo.¹³⁸

El sector salud también cuenta con lineamientos y guías prácticas para garantizar un manejo adecuado del parto y reducir la incidencia de cesáreas, así como para promover adecuaciones interculturales en la operación de los servicios y en el diseño de los espacios para la atención de la salud. En este sentido, destacan la *Guía para la vigilancia y el manejo del parto*¹³⁹ y la *Guía de práctica clínica para la realización de operación cesárea*.¹⁴⁰ Esta última se publicó a partir de la preocupación por la alta proporción que representa esta práctica en México, muy superior a la incidencia de entre 10 y 15% recomendada por la Organización Mundial de la Salud. Se explica que esta alta proporción se debe a varias y complejas razones, entre las que destacan: “la seguridad que ofrece la operación cesárea”, la “falta de experiencia en las y los obstetras jóvenes”, el “temor a problemas médico legales y presión de la paciente al médico”, así como “la edad, índice de masa corporal, enfermedades concomitantes con el embarazo y mala práctica obstétrica”.¹⁴¹ Incluso se reconoce que conlleva riesgos quirúrgicos y anestesiológicos que se pueden relacionar con una mayor morbilidad y mortalidad materna.¹⁴²

En este sentido, el objetivo de la guía es establecer criterios para la operación cesárea con el propósito de reducir la frecuencia de su práctica injustificada.¹⁴³ Las recomendaciones que en ella se describen se ponen a disposición del personal de segundo y tercer nivel de atención para estandarizar sus acciones y reportar las indicaciones basadas en evidencia científica para practicar cesárea, analizar las estrategias que se han utilizado para disminuir la prevalencia de cesárea, y describir la prueba para valorar el parto vía vaginal en pacientes con cesárea previa.¹⁴⁴

¹³⁶ Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-007-SSA2-2010, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 5 de noviembre de 2012.

¹³⁷ *Ibidem*, Introducción.

¹³⁸ GIRE-Radar 4º, *Omisión e indiferencia. Derechos reproductivos en México*, op. cit., p. 130.

¹³⁹ Gobierno Federal, Ssa/Sedena/Semar, *Guía para la vigilancia y el manejo del parto*, México, Secretaría de Salud, 2009, disponible en <<http://ww.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>>, página consultada el 18 de diciembre de 2013.

¹⁴⁰ Gobierno Federal, Ssa/Sedena/Semar, *Guía de práctica clínica para la realización de operación cesárea. Evidencias y recomendaciones, Catálogo maestro de guías de práctica clínica, IMSS-048-08*, México, Consejo Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, disponible en <<http://ww.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>>, página consultada el 18 de diciembre de 2013.

¹⁴¹ *Ibidem*, p. 7.

¹⁴² Se explica que la operación cesárea eleva el riesgo de placenta previa y acretismo placentario, lo que condiciona una mayor posibilidad de hemorragia obstétrica y, por lo tanto, mayor probabilidad de muerte materna. *Idem*.

¹⁴³ *Ibidem*, p. 8.

¹⁴⁴ *Idem*.

Marco político e institucional: la atención de la salud materna en los programas del gobierno federal

Los principales planes y programas de desarrollo del gobierno federal, ya sean generales o sectoriales, hacen referencia a la atención oportuna de la salud materna, aunque no le asignan el carácter de estrategia sustantiva y prioritaria que establece la Ley General de Salud antes referida.¹⁴⁵ Por un lado, el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 recuerda el compromiso internacional de alcanzar “los Objetivos de Desarrollo del Milenio que fueron pactados con países miembros de la Organización de las Naciones Unidas”,¹⁴⁶ y considera la salud materna en las siguientes dos líneas de acción: “asegurar un enfoque integral y la participación de todos los actores, con el fin de reducir la mortalidad infantil y materna” e “intensificar la capacitación y supervisión de la calidad de la atención materna y perinatal”.¹⁴⁷ El Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y No Discriminación contra las Mujeres 2013-2018 también incluye la reducción de la mortalidad materna y el fortalecimiento de la atención perinatal entre sus líneas de acción.¹⁴⁸

El Programa Sectorial de Salud 2013-2018 es un poco más enfático y preciso, al considerar la reducción de la mortalidad materna, especialmente en comunidades marginadas, como una estrategia por desarrollar mediante un enfoque integral y la participación de los sectores involucrados.¹⁴⁹ Para ello, se definen ocho líneas de acción que incluyen, entre otras, el mejoramiento de la calidad de la atención, el fortalecimiento de redes interinstitucionales de servicios, así como la participación comunitaria. La mortalidad materna se establece como indicador de seguimiento que deben pasar de 43 defunciones maternas por cada 100 000 nacidos vivos en 2011 a 30 en 2018.¹⁵⁰

¹⁴⁵ Véase punto 2.1.1.

¹⁴⁶ Gobierno de la República, Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 20 de mayo de 2013, p. 47, disponible en <<http://pnd.gob.mx>>, página consultada el 20 de enero de 2014.

¹⁴⁷ *Ibidem*, p. 117.

¹⁴⁸ Gobierno de la República, Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y No Discriminación contra las Mujeres 2013-2018, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 30 de agosto de 2013, p. 27, disponible en <<http://pnd.gob.mx/wp-content/uploads/2013/11/Programa-Nacional-para-la-Igualdad-de-Oportunidades-y-no-Discriminación-contra-las-Mujeres-2013-2018.pdf>>, página consultada el 20 de enero de 2014.

¹⁴⁹ 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. 57.

¹⁵⁰ *Ibidem*, p. 59.

Cuadro 6 NOM-007-SSA2-1993: principales disposiciones

Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018	Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y No Discriminación contra las Mujeres 2013 -2018	Programa Sectorial de Salud 2013-2018
<p>Objetivo 2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud.</p> <p>Estrategia 2.3.3. Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad.</p> <p>Líneas de acción</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asegurar un enfoque integral y la participación de todos los actores, con el fin de reducir la mortalidad infantil y materna. • Intensificar la capacitación y supervisión de la calidad de la atención materna y perinatal. 	<p>Objetivo transversal 4. Fortalecer las capacidades de las mujeres para participar activamente en el desarrollo social y alcanzar el bienestar.</p> <p>Estrategia 4.2. Impulsar el acceso de las mujeres a los servicios de cuidado a la salud en todo el ciclo de vida.</p> <p>Línea de acción. 4.2.8. Reducir la mortalidad materna y fortalecer la atención perinatal con enfoque de interculturalidad.</p>	<p>Estrategia 4.2. Asegurar un enfoque integral y la participación de todos los involucrados para reducir la mortalidad materna, especialmente en comunidades marginadas.</p> <p>Líneas de acción</p> <p>4.2.1. Asegurar un enfoque integral y la participación incluyente y corresponsable en la atención del embarazo, parto y puerperio.</p> <p>4.2.2. Mejorar la calidad de la atención materna en todos los niveles de atención.</p> <p>4.2.3. Fortalecer la atención perinatal con enfoque de interculturalidad.</p> <p>4.2.4. Proporcionar consejería y el acceso a la anticoncepción para prevenir el embarazo no planeado.</p> <p>4.2.5. Vigilar el embarazo con enfoque de riesgo y referencia oportuna a la evaluación especializada.</p> <p>4.2.6. Fortalecer la atención oportuna y de calidad en emergencias obstétricas, considerando redes efectivas interinstitucionales de servicios.</p> <p>4.2.7. Consolidar el proceso de vigilancia epidemiológica, búsqueda intencionada y reclasificación de muertes maternas.</p> <p>4.2.8. Promover la participación comunitaria para el apoyo a mujeres embarazadas y mujeres con emergencias obstétricas.</p>

Fuente: Gobierno de la República, Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, *op. cit.*, p. 117; Gobierno de la República, Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y No Discriminación contra las Mujeres 2013-2018, *op. cit.*, p. 27; y, Gobierno de la República, Programa Sectorial de Salud 2013-2018, *op. cit.*, pp. 57 y 59.

El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) adscrito a la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud federal, se estableció como órgano rector para incorporar la perspectiva de género en salud y mejorar la salud sexual y reproductiva de la población; es responsable en particular de las políticas nacionales en materia de salud materna y perinatal.¹⁵¹ El Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida, creado en 2001, constituye la estrategia central del Ejecutivo nacional, cuya misión es ampliar las capacidades y oportunidades de las mujeres mexicanas para ejercer su derecho a cursar un embarazo saludable, un parto seguro y un puerperio sin complicaciones.¹⁵²

¹⁵¹ Portal internet del CNEGSR, “Misión y visión”, disponible en <<http://www.cnegsr.gob.mx/cnegsr/mision-y-vision.html>>, página consultada el 16 de enero de 2014.

¹⁵² Véase Ssa, Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida 2001-2006, Mexico, Ssa, 2002, p. 29, disponible en <<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7106.pdf>>, página consultada el 17 de enero de 2014; y, Ssa, Programa de Acción Específica 2007-2013. Arranque Parejo en la Vida, Mexico, Ssa-spps, 2008, p. 31, disponible en <<http://www.spps.gob.mx/arranque-parejo-en-la-vida>>, página consultada el 17 de enero de 2014.

Para mejorar la articulación de los servicios en diversas instituciones, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Secretaría de Salud federal firmaron en 2009 el Convenio General de Colaboración para proveer servicios de salud, a través de sus unidades médicas, a todas las mujeres en edad gestacional que presenten una emergencia obstétrica, con el fin de abatir la mortalidad materna nacional,¹⁵³ para lo que se estableció una red de 362 hospitales para la atención de dichas emergencias.¹⁵⁴

Este esfuerzo constituye uno de los primeros ejercicios operativos de integración funcional entre las instituciones del sector público de salud. Con ello se busca optimizar los hospitales obstétricos y caminar hacia la universalización de los servicios de salud, aunque el proceso no ha estado exento de dificultades en su instrumentación.¹⁵⁵

A juicio de la organización GIRE, a pesar de estos esfuerzos, “la violencia obstétrica continúa desapercibida en las políticas de calidad de los servicios de salud, así como en la discusión para la formación y práctica ginecobstétrica”.¹⁵⁶ En ninguno de los instrumentos de planeación o de coordinación se menciona del parto humanizado como referencia para una atención obstétrica en apego a los derechos de las mujeres, en particular a vivir una vida libre de violencia.

A raíz de los procesos de comparecencia del Estado mexicano ante el Comité CEDAW y, más recientemente, en el Examen Periódico Universal (EPU) del Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, estos organismos internacionales han insistido en la necesidad de que en México se intensifiquen los esfuerzos para reducir la mortalidad materna, en particular adoptando una estrategia amplia de maternidad sin riesgos con prioridad al acceso a servicios de salud prenatal, posnatal y obstétricos de calidad, y al establecimiento de mecanismos de vigilancia y asignación de responsabilidad.¹⁵⁷ La erradicación de la violencia contra las mujeres en el ámbito de la salud también ha sido señalada, y en particular la importancia de los mecanismos para investigar y sancionar todas las formas de violencia, así como la necesidad de capacitar en derechos humanos y violencia contra la mujer al personal de los servicios de salud, comisarías y fiscalías especializadas.

Cuadro 7 Recomendaciones a México en materia de salud materna

Ampliar la cobertura de los servicios de salud, en particular la atención de la salud reproductiva y los servicios de planificación de la familia, así como tratar de eliminar los obstáculos que impiden que las mujeres tengan acceso a esos servicios (CEDAW, 2006, párrafo 33).
Garantizar el acceso universal a servicios de atención de salud y a información y educación sobre salud y derechos sexuales y reproductivos, en particular para las adolescentes, con el fin de prevenir los embarazos no deseados y de adolescentes (CEDAW, 2012, párrafo 31 a).
Intensificar esfuerzos para reducir la tasa de mortalidad materna, en particular adoptar una estrategia amplia de maternidad sin riesgos en que se dé prioridad al acceso a servicios de salud prenatal, posnatal y obstétricos de calidad y al establecimiento de mecanismos de vigilancia y asignación de responsabilidad (CEDAW, 2012, párrafo 31 c).

¹⁵³ Convenio General de Colaboración que celebran la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado el 28 de mayo de 2009, disponible en <http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/convenios_emergencias_obs/ceo_conv.pdf>, página consultada el 27 de enero de 2014.

¹⁵⁴ Eduardo Lazcano-Ponce, “Cobertura de atención del parto en México. Su interpretación en el contexto de la mortalidad materna”, en *Salud Pública de México*, vol. 55, suplemento 2 de 2013, p. 221.

¹⁵⁵ *Idem*.

¹⁵⁶ GIRE-Radar 4º, *Omisión e indiferencia. Derechos Reproductivos en México*, op. cit., p. 126.

¹⁵⁷ Véase ONU, *México ante la CEDAW*, op. cit., y ONU, *Informe Preliminar del Grupo de Trabajo sobre el Examen Periódico Universal*, México, Consejo de Derechos Humanos, Ginebra (A/HRC/WG.6/17/L.5), 25 de octubre de 2013.

Cuadro 7 (continuación)

Establecer mecanismos efectivos en los planos federal y estatal para supervisar la aplicación de leyes sobre el acceso de las mujeres a una vida libre de violencia y la legislación relativa al acceso de las mujeres a los servicios de atención de salud y la educación (CEDAW, 2012, párrafo 14 d).
Tener en cuenta la Recomendación 19 sobre la violencia contra la mujer y tomar las medidas necesarias para que la ley sancione adecuadamente todas las formas de violencia contra la mujer y la existencia de procedimientos adecuados para la investigación y el procesamiento y considera especialmente importante que se adopten medidas para la capacitación en derechos humanos y tratamiento de la violencia contra la mujer del personal de los servicios de salud, comisarías y fiscalías especializadas (CEDAW, 2012, párrafo 432).
Implementar las recomendaciones del Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial y del CEDAW sobre servicios de salud adecuados y accesibles con el fin de reducir la alta mortalidad materna e infantil entre la población indígena (EPU, 2013, párrafo 157).
Aumentar los esfuerzos para reducir la tasa de mortalidad materna, básicamente mediante la adopción de una estrategia de maternidad segura en la que se dé prioridad al acceso a servicios de calidad de atención prenatal, posnatal y obstétrica (EPU, 2013, párrafo 155).
Intensificar los esfuerzos para garantizar el acceso universal a los servicios de salud, información y educación sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos, especialmente para adolescentes (EPU, 2013, párrafo 154).

Fuente: Elaboración propia a partir de ONU, México ante la CEDAW, *op. cit.*, y ONU, *Informe Preliminar del Grupo de Trabajo sobre el Examen Periódico Universal*, México, Consejo de Derechos Humanos, Ginebra (A/HRC/WG.6/17/L.5), 25 de octubre de 2013.

Salud materna en el Distrito Federal: análisis del marco jurídico e institucional

Marco legal y normativo aplicable en el Distrito Federal

En el Distrito Federal, la Ley de Salud reconoce que las y los habitantes de esta ciudad, independientemente de su edad, género, condición económica o social, identidad étnica o cualquiera otro, tienen derecho a la protección de la salud, y el Gobierno del Distrito Federal, la obligación de cumplirlo.¹⁵⁸ Adicionalmente, se incluyen la universalidad, equidad y gratuidad como principios rectores,¹⁵⁹ y se establece que la atención materno-infantil debe ser parte de los servicios básicos de salud.¹⁶⁰ Incluso se reconoce el carácter prioritario de la salud materna¹⁶¹ y se especifica que el Gobierno del Distrito Federal tiene la atribución de planear, organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salud, en particular la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio,¹⁶² sujetándose a lo dispuesto en las normas oficiales mexicanas y demás instrumentos jurídicos aplicables.¹⁶³ El gobierno también tiene la facultad de emitir disposiciones y lineamientos técnicos locales propios con el objetivo de unificar, precisar y establecer principios, criterios, políticas y estrategias de salud.¹⁶⁴

Concretamente, la Ley de Salud del Distrito Federal obliga a la Secretaría de Salud de esta entidad, en coordinación con las autoridades competentes, a integrar, conducir, desarrollar, dirigir, administrar y otorgar en forma permanente, oportuna y eficiente los servicios de salud y atención médica y de espe-

¹⁵⁸ Ley de Salud del Distrito Federal, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 17 de septiembre de 2009, última reforma publicada el 12 de junio de 2013, artículo 2°.

¹⁵⁹ *Ibidem*, artículo 3°.

¹⁶⁰ *Ibidem*, artículo 5°.

¹⁶¹ *Ibidem*, artículo 49.

¹⁶² *Ibidem*, artículo 17, fracción I, inciso d.

¹⁶³ *Ibidem*, artículo 10.

¹⁶⁴ *Idem*.

cialidades en centros de readaptación social. En particular, se menciona que los centros femeniles de reclusión y readaptación deben contar de forma permanente con servicios médicos de atención integral de salud y de especialidad en salud materno-infantil.¹⁶⁵

Por otra parte, la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal menciona un tipo de violencia obstétrica que, aunque no lo nombra como tal, lo incluye dentro de la violencia contra los derechos reproductivos de la mujer, definida como “toda acción u omisión que limite o vulnere el derecho de las mujeres [...] a servicios de atención prenatal, así como a servicios obstétricos de emergencia”.¹⁶⁶ Esta acotación es importante en tanto enmarca la salud materna dentro de la regulación que especifica con claridad las obligaciones de la autoridad capitalina en materia de políticas públicas para “reconocer, promover, proteger y garantizar el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia; así como establecer la coordinación interinstitucional para prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres”.¹⁶⁷

Marco político e institucional para la atención de la salud materna en el Distrito Federal

LA SALUD MATERNA EN LOS INSTRUMENTOS DE PLANEACIÓN DEL GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL

Al igual que en el ámbito federal, los programas estratégicos que orientan y estructuran el quehacer del gobierno en el Distrito Federal hacen mención de la salud materna, aunque sin enfatizar su carácter prioritario establecido en la normatividad local y federal.¹⁶⁸ En el diagnóstico situacional que sustenta el Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2013-2018, se considera como única línea de acción relacionada con la salud materna el fortalecimiento de las acciones de vigilancia durante el embarazo, parto y puerperio.¹⁶⁹

El Segundo Programa General de Oportunidades y No discriminación hacia las Mujeres de la Ciudad de México 2013-2018, a cargo del Instituto de las Mujeres del Distrito Federal, visibiliza con mayor cuidado la problemática de la salud materna al incluir un diagnóstico de la situación¹⁷⁰ y considerar como estratégica la atención integral de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, teniendo como uno de los indicadores de seguimiento el porcentaje de disminución de la tasa de mortalidad materna del Distrito Federal.¹⁷¹ Asimismo, se incluyen seis líneas de acción relacionadas con el mejoramiento del acceso a servicios de salud, así como a la calidad y calidez de los mismos.¹⁷² Este programa se presenta como instrumento rector que orienta las acciones en materia de género en el Gobierno del Distrito

¹⁶⁵ *Ibidem*, artículo 98. Asimismo, está por publicarse en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, la Ley de los Centros de Reclusión del Distrito Federal que reitera y precisa esta misma obligación.

¹⁶⁶ Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal, *op. cit.*, artículo 6°.

¹⁶⁷ *Ibidem*, artículo 2°.

¹⁶⁸ Véase puntos 2.2.1 y 2.1.1.

¹⁶⁹ Jefatura de Gobierno, Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2013-2018, publicado en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 11 de septiembre de 2013, p. 23, disponible en <http://www.consejeria.df.gob.mx/portal_old/uploads/gacetitas/522fe67482e50.pdf>, página consultada el 27 de enero de 2014.

¹⁷⁰ Inmujeres-DF, Programa General de Oportunidades y No Discriminación hacia las Mujeres de la Ciudad de México 2013-2018, pp. 40-50, disponible en <http://www.inmujeres.df.gob.mx/wb/inmujeres/spgiodcm2013_2018>, página consultada el 28 de enero de 2014.

¹⁷¹ *Ibidem*, p. 125. Indicador 4.3.3.

¹⁷² *Ibidem*, p. 128.

Federal;¹⁷³ no obstante, no se precisan mecanismos de coordinación interinstitucional. La implementación de las líneas de acción relacionadas con la salud materna implican en particular una intervención central de la Secretaría de Salud local; sin embargo, en su Programa de Trabajo 2013, esta dependencia no hace explícita la atención de la salud materna.¹⁷⁴

Cuadro 8

Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2013-2018	Segundo Programa General de Oportunidades y No Discriminación hacia las Mujeres de la ciudad de México 2013-2018	Programa de Trabajo 2013 (Sedesa)
<p>Área de oportunidad 2. Salud Objetivo 2 Lograr el ejercicio pleno y universal del derecho a la salud.</p> <p>Meta 2 Mejorar la atención médica a las personas en situación de vulnerabilidad, así como la atención médica en los servicios de salud sexual y salud reproductiva de las personas y poblaciones altamente discriminadas.</p> <p>Líneas de acción</p> <ul style="list-style-type: none"> Fortalecer las acciones de vigilancia durante el embarazo, parto y puerperio. Fortalecer las acciones para disminuir embarazos no planeados en adolescentes. 	<p>Estrategia 4.3. Atender de forma integral la salud sexual y reproductiva de las mujeres.</p> <p>Meta 4.3. Mejorar el acceso de las mujeres a los servicios de salud sexual y reproductiva.</p> <p>Líneas de acción:</p> <p>4.3.11. Fomentar el acceso a los servicios de salud y la vigilancia médica de todas las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio.</p> <p>4.3.12. Monitorear y evaluar las acciones que tienen como objetivo reducir la mortalidad materna.</p> <p>4.3.13. Mejorar la calidad y calidez de la atención durante el embarazo y el parto.</p> <p>4.3.14. Informar a las mujeres embarazadas sobre la posibilidad de interrumpir legalmente su embarazo, en caso de que su salud esté en riesgo.</p> <p>4.3.15. Otorgar a las mujeres de escasos recursos becas económicas que le garanticen una nutrición adecuada, durante el embarazo y lactancia.</p> <p>4.3.16. Diseñar y difundir por medio de campañas informativas materiales especializadas sobre los cuidados y los factores de riesgo durante el embarazo, el parto y el puerperio, estos materiales deben considerar el caso de mujeres que viven con VIH/sida y sus hijas/os.</p>	<p>No se hace referencia a la salud materna.</p>

Fuente: Jefatura de Gobierno, Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2013-2018, *op. cit.*, pp. 21-23; e, Inmujeres-DF, Programa General de Oportunidades y No Discriminación hacia las Mujeres de la Ciudad de México 2013-2018, *op. cit.*, pp. 124-128.

El Gobierno del Distrito Federal también tiene como referencia para su actuación los objetivos, estrategias y líneas de acción acordadas conjuntamente con las dependencias que conforman la Administración Pública del Distrito Federal, organizaciones de la sociedad civil, instituciones académicas y la CDHDF, en el Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal, en particular en el apartado 20.3 sobre “Maternidad sin riesgos y reducción de la morbimortalidad materna”. En éste se recomienda la asignación de personal, equipo e instrumental idóneo para garantizar una atención ginecobstétrica las 24 horas del día en la red hospitalaria del Distrito Federal; el establecimiento de procedimientos para el pronto y eficaz tratamiento de emergencias obstétricas y la detección y atención de embarazos y nacimientos de alto riesgo; la sensibilización sobre la importancia de los cuidados prenatales; así como la capacitación al personal y la vigilancia de la aplicación de la Norma Oficial Mexicana correspondien-

¹⁷³ *Ibidem*, p. 8.

¹⁷⁴ Véase Sedesa, Programa de Trabajo 2013, disponible en <http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/transparencia_portal/art14frac24/PT2013.pdf>, página consultada el 21 de enero de 2014.

te.¹⁷⁵ En conformidad con la Ley referida al citado Programa, el mismo es de observancia general en el Distrito Federal.¹⁷⁶

Cuadro 9 Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal

Punto 20.3. Maternidad sin riesgos y reducción de la morbimortalidad materna

Estrategia: Garantizar la salud de las mujeres y la maternidad sin riesgos a través de servicios de calidad y calidez que contemplen la asistencia durante el embarazo, incluyendo la atención obstétrica de emergencia, el parto y el puerperio, otorgándolos de manera gratuita cuando sea necesario.

Líneas de acción

- 1376. Implementar las medidas necesarias para proporcionar el personal y equipo médico e instrumental idóneo a las unidades de ginecología de la red hospitalaria del Distrito Federal, a efecto de que las 24 horas del día estén disponibles para brindar la atención médica requerida de forma eficiente, eficaz y de calidad.
- 1377. Girar instrucciones escritas, precisas y contundentes a las y los servidores públicos de las unidades de ginecología de la red hospitalaria del Distrito Federal, con el fin de que en todos aquellos casos en los que se valore a una paciente y existan o se presenten signos de alarma sobre su embarazo, parto, puerperio, y/o se trate de emergencias obstétricas, se realice de forma pronta y eficaz el tratamiento idóneo para preservar la salud e integridad física de la madre y el hijo o hija.
- 1378. Girar instrucciones a las direcciones de los hospitales de la red hospitalaria del Distrito Federal para que en caso de que no pueda ser atendida alguna paciente debido a la saturación que se presente en la unidad médica, se implementen las acciones necesarias con el fin de que sea referida bajo su responsabilidad a otro hospital de la red, trasladándola para que se le pueda brindar la debida atención.
- 1379. Informar y sensibilizar a las mujeres y/o las parejas sobre la importancia del cuidado prenatal, a través de campañas en los hospitales, centros de salud y delegaciones del Distrito Federal.
- 1380. Crear o en su caso proveer dietas especiales para las mujeres atendiendo a sus necesidades pre y posparto, con el fin de asegurarles una nutrición adecuada.
- 1381. Brindar servicios de consejería anticonceptiva (mediante pláticas o folletos en formatos accesibles), así como métodos anticonceptivos diversos, a todas las mujeres que acuden a los centros de salud o a los hospitales post evento obstétrico.
- 1382. Llevar a cabo los exámenes médicos necesarios para detectar y atender los embarazos y nacimientos de alto riesgo.
- 1383. Capacitar al personal de las Secretarías de Seguridad Pública y de Protección Civil para coadyuvar en la red de referencia y contrarreferencia.
- 1384. Diseñar un mecanismo de supervisión de la aplicación del Manual de Procedimientos para la Referencia y Contrarreferencia de Derecho-Habientes o Usuarios vigente y de los demás lineamientos que determinen el procedimiento de referencia de pacientes a otras instituciones hospitalarias, en particular en caso de emergencias obstétricas en la red hospitalaria del Distrito Federal.
- 1385. Elaborar folletos informativos de fácil comprensión, tanto para el personal médico como para las y los usuarios de los distintos hospitales materno-infantiles, para difundir y garantizar el cumplimiento de las disposiciones de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 sobre atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
- 1386. Implementar un mecanismo para vigilar periódicamente el cabal cumplimiento que el personal de los diversos hospitales materno-infantiles del Distrito Federal dé a las disposiciones de las normas NOM-007-SSA2-1993 y NOM-168-SSA1-1998 sobre expediente clínico.
- 1387. Diseñar, implementar y evaluar actividades de capacitación y actualización al personal médico y de enfermería con respecto de la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia durante y después del parto con base en los numerales 5.4 y 5.5 de la norma NOM-007-SSA2-1993.

Fuente: Comité Coordinador, Extracto del Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal, México, *op. cit.*, pp. 575-578.

¹⁷⁵ Comité Coordinador para la Elaboración del Diagnóstico y Programa del Distrito Federal, Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal, México, Comité Coordinador, 2009, pp. 575-578.

¹⁷⁶ Ley del Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal, publicada en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 30 de mayo de 2011.

RED HOSPITALARIA DEL DISTRITO FEDERAL CON SERVICIOS OBSTÉTRICOS

La red de hospitales adscritos a la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal suma un total de ocho hospitales especializados en la atención materno-infantil. Además se cuenta con 10 hospitales generales con atención ginecobstétrica, así como con un hospital de especialidad y una “clínica hospital” con este mismo servicio. Adicionalmente, el Hospital General Torre Médica Tepepan proporciona atención médica a personas privadas de la libertad, en particular, a mujeres embarazadas.

Cuadro 10

Hospitales	Año de fundación	Ubicación/delegación	Nacimientos (enero-nov 2012)	Médicos ginecobstetras
Hospitales generales				
Iztapalapa C.E.E.	1988	Iztapalapa	4 596	25
Dr. Enrique Cabrera	2007	Álvaro Obregón	3 830	25
Ticomán	1979	Gustavo A. Madero	3 666	23
Ajusco Medio	2010	Tlalpan	3 482	21
Tláhuac	2010	Tláhuac	3 307	25
Milpa Alta	1970	Milpa Alta	1 887	8
Dr. Gregorio Salas Flores	1969	Cuauhtémoc	1 175	17
Balbuena	1962	Venustiano Carranza	614	14
La Villa	1963	Gustavo A. Madero	702	19
Xoco	1962	Coyoacán	312	14
Torre Médica Tepepan	1982	Tepepan	1	–
Hospitales de especialidad				
Dr. Belisario Domínguez	2005	Iztapalapa	3 779	24
Hospitales materno-infantiles				
Cuauhtepc	1970	Gustavo A. Madero	3 757	24
La Magdalena Contreras	1982	La Magdalena Contreras	2 719	18
Cuajimalpa de Morelos	1993	Cuajimalpa de Morelos	2 433	21
Xochimilco	1964	Xochimilco	2 537	17
Tláhuac	1977	Tláhuac	1 121	17
Dr. Nicolás M. Cedillo	1971	Azcapotzalco	2 261	25
Topilejo	1970	Tlalpan	2 502	16
Inguarán	1963	Venustiano Carranza	5 571	43
Otras unidades hospitalarias				
Clínica Hospital Emiliano Zapata	2011	Iztapalapa	1 752	ND
Total nacimientos			52 004*	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos consultados en <<http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/hospitales/index.php>> (el 29 de enero de 2014); Sedesa/SAEH (Sistema de Automatizado de Egresos Hospitalarios), en Oficio núm. DGPCS/1144/2013, del 17 de diciembre de 2013, firmado por Luis Ángel Vázquez Martínez, director general de Planeación y Coordinación Sectorial de la Secretaría de Salud del Distrito Federal; y, GDF-Sedesa, *Agenda estadística 2012*, cuadro 2.8, Personal médico por especialidad, hospital y nivel, Secretaría de Salud del Distrito Federal, 2012.

ND: No disponible.

* En la *Agenda estadística 2012* de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (cuadro 4.1. Nacimientos por institución de ocurrencia), se registra un total de 52 134 nacimientos en hospitales de la red.

Estos hospitales tienen en promedio 32 años de haber sido fundados, aunque destaca la habilitación de dos hospitales generales y de una clínica hospital que incluyen servicios de atención obstétrica, en 2010 y 2011 respectivamente, en zonas periféricas de la ciudad, en las delegaciones Tláhuac, Tlalpan e Iztapalapa. Es de notar que, a través de esta red hospitalaria, se encuentran disponibles servicios públicos de atención obstétrica en casi todas las delegaciones de la ciudad, a excepción de las demarcaciones Benito Juárez, Iztacalco y Miguel Hidalgo.

Mapa 1



Fuente: Tomado del portal de la Sedesa, “Mapa de hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal”, disponible en <<http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/hospitales/index.php#>>, página consultada el 29 de enero de 2014.

Nota: Incluye todos los hospitales de la red.

La Secretaría de Salud del Distrito Federal reporta que entre enero y noviembre de 2013 en estos hospitales se atendió un total de 52 004 nacimientos, lo que equivale casi a un tercio del total de nacimientos registrados en la entidad.¹⁷⁷ Para ello, se contó con más de 396 médicos ginecobstetras, aunque se advierten diferencias en el tamaño de las plantillas, ya que los hospitales que atendieron el mayor número de nacimientos no fueron aquellos que contaban con la mayor asignación de personal. Preocupa en particular la situación del Hospital General de Milpa Alta, cuya plantilla se reduce a ocho ginecobstetras, mismos que atendieron en 2012 un total de 1 887 nacimientos.

¹⁷⁷ En 2012, el total de nacimientos en el Distrito Federal fue de 160 852. GDF-Sedesa, *Agenda estadística 2012, op. cit.*, cuadro 4.12. Serie histórica de nacimientos Distrito Federal 2008-2012, datos del Subsistema de Información sobre Nacimientos.

Entre el personal que labora en el sector público, aparte del personal médico no se incluyen parteras ni enfermeras obstetras u otro personal especializado en la atención del embarazo, parto y puerperio. Tampoco se han reportado establecimientos o programas especializados en la atención humanizada del parto.

Respecto de las acciones implementadas por la Secretaría de Salud local, podemos mencionar el Programa Canasta Nutricional para Mujeres Embarazadas, que implicó en 2013 la entrega de 41 000 canastas nutricionales.¹⁷⁸ Por otro lado, el Programa Salud Sexual y Reproductiva, busca prevenir embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual y VIH/sida en la población en edad reproductiva; así como proveer información para construir una vida sexual sana y responsable.¹⁷⁹ Además, se desarrolló la primera fase del Proyecto del Fortalecimiento de la Anticoncepción Post Evento Obstétrico en cinco hospitales de la red que contó con la colaboración del personal de enfermería dedicado a dar apoyo a las mujeres que estuvieron en esta circunstancia. La autoridad valora de forma positiva el impacto de estas acciones, ya que se logró avanzar de 27.8% de cobertura en 2011 a 47.7% en julio de 2013.¹⁸⁰ Finalmente, el Programa Tu embarazo Tiene Ángel pretende aportar mayores conocimientos sobre las distintas etapas del embarazo, parto y puerperio, buscando fomentar una cultura de prevención y autocuidado de la salud.¹⁸¹

Por su parte, el Instituto de las Mujeres del Distrito Federal (Inmujeres-DF) también reportó acciones de difusión e información sobre los derechos sexuales y reproductivos, como mesas con actividades lúdicas, brigadas de difusión, pláticas informativas, talleres y ferias informativas, así como servicios de asesorías y canalizaciones, principalmente orientadas a la interrupción legal del embarazo y la prevención y atención del VIH/sida en las mujeres de la ciudad de México.¹⁸²

Nuevamente se aprecia que los esfuerzos reportados por la autoridad se enfocan a la difusión de información y orientación hacia mujeres embarazadas, con la finalidad de promover una sexualidad sana, así como embarazos saludables en los que la mujer sea parte de la prevención y del autocuidado. Entre las acciones de la Secretaría de Salud y de Inmujeres-DF, en el marco de la elaboración del presente informe,¹⁸³ no se registran actividades de formación y capacitación del personal médico y administrativo que brindan servicios de salud materna en el Distrito Federal, pese a ser una de las recomendaciones hechas a México por organismos internacionales y por la propia CDHDF. Lo anterior es fundamental, en particular para eliminar prácticas de violencia obstétrica y garantizar a las mujeres una atención libre de prejuicios, con calidad en la atención del embarazo, parto y puerperio, y fortalecer la detección de riesgos.

¹⁷⁸ Jefe de Gobierno, *Primer Informe de Gobierno del Distrito Federal*, septiembre de 2013, p. 66, disponible en <<http://www.informedegobiernocdmx.com>>, página consultada el 13 de enero de 2014.

¹⁷⁹ *Idem*.

¹⁸⁰ *Idem*.

¹⁸¹ Sedesa, “Tu Embarazo Tiene Ángel. Medicina a distancia”, p. 2, disponible en <http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/medicina_a_distancia/servicios_brindados/embarazo_saludable.pdf>, página consultada el 15 de enero de 2014.

¹⁸² Oficio núm. INMUJERESDF/DG/1203/12/2013 del 16 de diciembre de 2013, firmado por Beatriz Santamaría Monjaraz, directora general del Instituto de las Mujeres del Distrito Federal.

¹⁸³ Véase Oficio núm. DGPCS/1144/2013 del 17 de diciembre de 2013, firmado por Luis Ángel Vázquez Martínez, director general de Planeación y Coordinación Sectorial de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.