



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.

Reflexión sobre la salud materna en el Distrito Federal: diagnóstico situacional, alertas y agenda pendiente

Panorama de la salud materna en México y el Distrito Federal

A continuación se ofrecen y comentan algunas tendencias en materia de preferencias reproductivas que permiten situar la temática del presente informe en el contexto más amplio de los derechos reproductivos de las mujeres. Posteriormente, a través de la revisión de información estadística oficial, así como de los insumos institucionales de la CDHDF, en particular de las quejas investigadas durante 2013 y las recomendaciones emitidas, se identifican algunas de las denuncias y demandas más recurrentes en materia de salud materna en el Distrito Federal.

Tendencias reproductivas de la población en México y el Distrito Federal

Según datos de 2010, en México cerca de 31.1 millones de mujeres se encuentra en edad fértil, es decir, tiene entre 15 y 49 años, lo que representa más de la mitad de la población femenina total (54.1%).¹⁸⁴ En el Distrito Federal son poco menos de 2.56 millones, lo que corresponde a 55.3% del total de mujeres.¹⁸⁵ Asimismo, 68.4% de las mujeres mayores de 14 años, residentes en el Distrito Federal, han tenido al menos un hijo nacido vivo, por lo que han requerido de atención médica.¹⁸⁶

¹⁸⁴ Conapo, *Perfiles de salud reproductiva. República mexicana*, México, Conapo, 2011, p. 15, disponible en <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Republica_Mexicana_Perfiles_de_Salud_Reproductiva>, página consultada el 23 de diciembre de 2013.

¹⁸⁵ *Ibidem*, p. 14.

¹⁸⁶ INEGI, “Estadísticas a propósito del Día de la Madre. Datos del Distrito Federal”, México, INEGI, 10 de mayo de 2013, p. 1, disponible en <<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/aPropositom.asp?s=inegi&c=2873&ep=124>>, página consultada el 20 de diciembre de 2013. El INEGI define la tasa global de fecundidad como “el número promedio de hijos que tendrían las mujeres durante su vida reproductiva”.

Fotografía: Alexis Forcada.



Desde el siglo pasado, las tendencias reproductivas han estado marcadas por importantes cambios que se reflejan, en particular, en la caída de la fecundidad. En el Distrito Federal, la tasa global de fecundidad disminuyó de 5.3 en 1970 a 1.8 hijos por mujer en 2013.¹⁸⁷ Esta tendencia es similar en el país, aunque se encuentra más pronunciada en la capital.¹⁸⁸ Los cambios observados en las preferencias reproductivas son resultado de procesos dinámicos y complejos en los que intervienen factores socio-económicos, como, por ejemplo, la mayor escolaridad y el incremento de la participación económica, social y política de las mujeres, así como los avances en el ámbito de la planificación familiar. Asimismo, las decisiones respecto de la reproducción se encuentran estrechamente vinculadas e influidas por los grupos e instituciones de referencia a los que pertenecen o con los que las personas tienen contacto, por ejemplo, las y los amigos, familia, escuela, grupos religiosos, centros de salud, entre otros; los medios de comunicación también desempeñan un papel destacado.¹⁸⁹

Un aspecto importante en estas transformaciones ha sido el aumento en el uso de métodos anticonceptivos. En el país, en 1976, sólo tres de cada 10 mujeres en edad fértil y unidas regulaban su fecundidad mediante el uso de algún anticonceptivo; en 1987, esta proporción aumentó a cinco de cada 10 y, en 2009, son poco más de siete de cada 10.¹⁹⁰ Actualmente, casi 80% de las mujeres unidas en edad fértil, en el Distrito Federal, son usuarias de métodos anticonceptivos.¹⁹¹ Existe un conocimiento casi generalizado de los distintos métodos anticonceptivos; los más utilizados entre las mujeres en edad fértil son la oclusión tubaria bilateral (OTB) (39.4%), el condón masculino (19.5%) y el dispositivo intrauterino (DIU) (18.2%).¹⁹² Métodos como la OTB, la vasectomía, el DIU y el implante subdérmico, son obtenidos principalmente (52%) en el sector público,¹⁹³ lo que da cuenta de la importancia de los servicios públicos de planificación familiar.

No obstante estos avances, los retos aún son grandes. Hay una brecha entre el conocimiento casi generalizado de métodos anticonceptivos y su uso. Se estima que 5.8% de las mujeres en edad fértil unidas tiene una demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos, y se eleva a 28.5% en el caso de las jóvenes entre 15 y 19 años.¹⁹⁴ Las y los adolescentes representan un sector de particular importancia y un foco de atención prioritario en un contexto de inicio de la vida sexual en edades cada vez más tempranas. Una encuesta del Instituto Mexicano de la Juventud (Imjuve) reporta que en el Distrito Federal 45.8% de las y los jóvenes de 15 a 19 años ya ha iniciado su vida sexual, y que empezó en promedio a los 16.7 años.¹⁹⁵ Este grupo merece especial cuidado por parte de la autoridad en materia de planificación familiar y salud reproductiva, relacionados sobre todo con la protección contra enfermedades de transmisión sexual y la postergación de la maternidad.

¹⁸⁷ *Idem.*

¹⁸⁸ En el país se observa una disminución de siete hijos en 1960 a 2.4 en 2009. INEGI, “Estadísticas a propósito del Día de la Madre. Datos Nacionales”, *op. cit.*, p. 1, disponible en <<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/aPropositom.asp?s=inegi&c=2873&ep=124>>, página consultada el 20 de diciembre de 2013.

¹⁸⁹ INEGI, “Estadísticas a propósito del Día de la Madre. Datos del Distrito Federal”, *op. cit.*, p. 2.

¹⁹⁰ INEGI, “Porcentaje de mujeres unidas en edad fértil usuarias de métodos anticonceptivos, 1976 a 2009”, disponible en <<http://www.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=mdemo32&s=est&c=17544>>, página consultada el 8 de enero de 2014.

¹⁹¹ INEGI, “Estadísticas a propósito del Día de la Madre. Datos del Distrito Federal”, *op. cit.*, p. 4.

¹⁹² Conapo, *Perfiles de salud reproductiva. Distrito Federal*, *op. cit.*, Anexos, cuadro A.7, p. 65, con datos de la Enadid 2009.

¹⁹³ *Idem.*, gráfica 22A, p. 42.

¹⁹⁴ *Idem.*, cuadro A.22, p. 77, con datos de la Enadid 2009. Se define la demanda insatisfecha como aquellas mujeres en edad fértil que no utilizan anticonceptivos y no desean tener un hijo en un periodo mínimo de dos años o no desean tener otro hijo.

¹⁹⁵ Imjuve, “Estadísticas sobre juventud en el Distrito Federal. Datos de la Encuesta Nacional de Juventud 2010”, elaborado por la Dirección de Investigación y Estudios sobre Juventud a partir de la Encuesta Nacional de Juventud 2010, p. 1, disponible en <<http://snij.imjuventud.gob.mx/interactivo/ficha/Distrito%20Federal.pdf>>, página consultada el 8 de enero de 2014.

Cuadro 11 Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en el Distrito Federal entre mujeres en edad fértil (MEF), 2009

Método anticonceptivo	MEF que declaran conocer distintos métodos anticonceptivos, 2009	Porcentaje de MEF que usa método anticonceptivo actualmente, 2009
Pastillas	97.4	6.5
DIU	95.1	18.2
Inyecciones	93.1	3.2
Implante subdérmico	64.0	1.4
OTB	94.5	39.4
Vasectomía	92.2	4.1
Condomes	98.1	19.5
Espermicidas	71.7	ND
Parche anticonceptivo	88.4	2.4
Condón femenino	80.9	0.4
Ritmo	83.9	ND
Retiro	78.7	ND

Fuente: Elaboración propia a partir de información del Conapo, *Perfiles de salud reproductiva. Distrito Federal*, México, Conapo, 2011, Anexos, cuadro A.7, p. 65 y cuadro A.14, p. 71.

ND: No disponible.

En el Distrito Federal se estima que 15.6% de las y los adolescentes de 12 a 19 años que han iniciado su vida sexual no utilizó método anticonceptivo en la primera relación sexual, porcentaje menor al observado en esta entidad en 2006 (22.2%) y al promedio nacional de 2012 (22.9%).¹⁹⁶ El condón masculino es el método más utilizado (76.6%) por las y los adolescentes en la primera relación sexual. Asimismo, la proporción de los que no usaron métodos anticonceptivos en la primera relación sexual en este grupo de edad se sitúa muy por debajo de la que reportan personas ya adultas (44%),¹⁹⁷ lo que ilustra un cambio de práctica favorable hacia una mayor protección al inicio de la vida sexual.

No obstante estos resultados, un dato preocupante es que la tendencia de utilización de anticonceptivos disminuye entre la primera y última relación sexual. Es decir, si bien 15.6% de las y los adolescentes de 12 a 19 años con inicio de vida sexual dicen no haber usado métodos anticonceptivos, este porcentaje se eleva a 24.1% cuando se les pregunta respecto de su última relación sexual.¹⁹⁸

Según datos de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, en 2012 se registró un total de 160 852 nacimientos; 28 142 se dieron en el grupo de edad de 10 a 19 años, de los cuales 962 fueron de mujeres entre los 10 y 14 años de edad.¹⁹⁹ Los resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (Enadid) 2009 muestran que un porcentaje elevado (39.7%) de las mujeres de 12 a 19 años con inicio de vida sexual han estado embarazadas.²⁰⁰ Estos embarazos, en su mayoría, no son deseados y representan riesgos por la falta de atención médica y complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio que esto puede implicar.

¹⁹⁶ INSP, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 201 (Ensanut). Resultados por entidades federativas. Distrito Federal, México, INSP, 2013, p. 38.

¹⁹⁷ *Ibidem*, p. 54.

¹⁹⁸ *Ibidem*, pp. 38-39.

¹⁹⁹ GDF-Sedesa, *Agenda estadística 2012*, op. cit., p. 64.

²⁰⁰ INSP, *Ensanut 2012*, op. cit., p. 39.

Salud materna

ATENCIÓN PRENATAL Y PUERPERAL

En el Distrito Federal, según datos de la Enadid 2009, 98.3% de las mujeres en edad fértil que tuvieron su último embarazo entre 2004 y 2009 fueron revisadas durante su embarazo.²⁰¹ No obstante, esta proporción varía según el grupo de edad al que pertenecen las mujeres. Para 2012, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) reporta una atención universal en el Distrito Federal, considerando a las mujeres de entre 20 y 29 años.²⁰² Pero según datos de la Encuesta Nacional de Juventud 2010, las mujeres en el Distrito Federal tienen su primer embarazo, en promedio, a los 19.3 años, y en este grupo de edad únicamente ocho de cada 10 tienen acceso a servicios de salud durante su periodo gestacional.²⁰³

Es de señalar también que una proporción importante de mujeres no recibe atención médica en el primer trimestre del embarazo, que resulta crucial para la prevención de malformaciones congénitas. De acuerdo con datos de la Secretaría de Salud local, en 2010, apenas 29.3% de las mujeres residentes en el Distrito Federal recibió su primera consulta en el primer trimestre del embarazo; las otras empezaron a atenderse en el segundo trimestre (32%) o, incluso más de un tercio, durante el tercero (38.7%).²⁰⁴ Según datos de la Enadid 2009, la primera revisión se realiza en promedio en la octava semana del embarazo y el promedio de revisiones supera las siete (7.6).²⁰⁵

Respecto de la atención prenatal, los resultados de la Ensanut 2012 evidencian una cobertura alta de los principales procedimientos de atención prenatal nacional, principalmente la prescripción de ácido fólico y los procesos de exploración clínica a la mujer embarazada.²⁰⁶ No obstante, aún no son universales. En particular, resulta preocupante la poca incidencia de pruebas de detección de sífilis, la determinación de glucemia, los exámenes de sangre o de orina o la inmunización con toxoide tetánico.²⁰⁷ A nivel nacional, se demuestra que las mujeres residentes en áreas metropolitanas, y afiliadas a la seguridad social, son las que presentan los mejores niveles de cobertura y continuidad en la atención materna.²⁰⁸

En el Distrito Federal, de las mujeres embarazadas de entre 12 y 19 años de edad, apenas 16.1% afirmó haber tomado ácido fólico en los últimos meses, una proporción menor que la observada en el país (27.3%),²⁰⁹ aunque 61.8% de las personas de estas edades confirmó conocer sus beneficios para prevenir algunas malformaciones congénitas del sistema nervioso central y de la columna vertebral.²¹⁰ Entre las mujeres de 20 a 49 años, la prescripción de ácido fólico se eleva a 97.2%, aunque es inferior al porcentaje observado en el país (98.1%).²¹¹ Asimismo, apenas 30.7% y 40.0% de ellas (contra 43.7% y 59.7% en el país) se realizaron, respectivamente, pruebas de detección de sífilis y de VIH/sida requeridas para dar un seguimiento oportuno a la salud durante el embarazo.²¹²

²⁰¹ INEGI, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (Enadid) 2009. Metodología y tabulados básicos, cuadro 5.7.5, p. 110, disponible en <http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/metodologias/ENADID/2009/met_y_tab_enadid09.pdf>, página consultada el 7 de enero de 2004.

²⁰² INSP, Ensanut 2012, *op. cit.*, p. 56.

²⁰³ Imjuve, “Estadísticas sobre juventud en el Distrito Federal. Datos de la Encuesta Nacional de Juventud 2010”, *op. cit.*, p. 1.

²⁰⁴ GDF-Sedesa *Agenda estadística 2010*, México, 2011, citado en INEGI, “Estadísticas a propósito del Día de la Madre. Datos del Distrito Federal”, *op. cit.*, p. 4.

²⁰⁵ INEGI, Enadid 2009, *op. cit.*, cuadro 5.7.5, p. 110.

²⁰⁶ Ileana Heredia-Pi *et al.*, “Brechas en la cobertura de atención continua del embarazo y el parto en México”, *op. cit.*, p. 252.

²⁰⁷ *Idem.*

²⁰⁸ *Idem.*

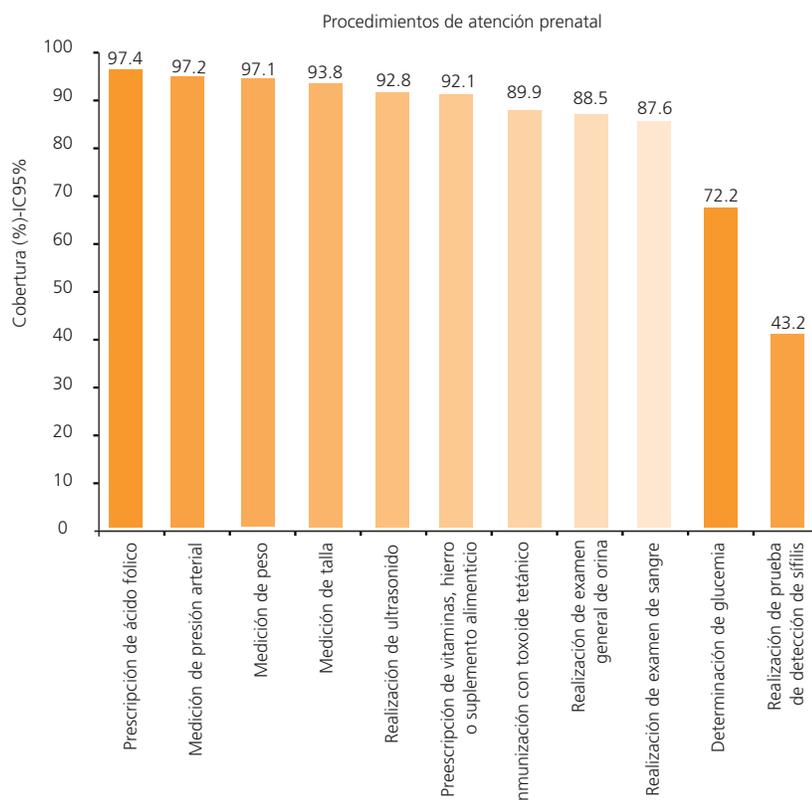
²⁰⁹ INSP, Ensanut 2012, *op. cit.*, p. 39.

²¹⁰ *Idem.*

²¹¹ *Ibidem*, p. 57.

²¹² *Idem.*

Gráfico 1 Procedimientos realizados durante la atención prenatal. México, Ensanut 2012



Nota: Estimaciones realizadas considerando el efecto de diseño de la encuesta IC95%.

Fuente: Tomado de 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. 253.

Otro reto es la atención puerperal. Los datos de la Enadid 2009 confirman que, en el Distrito Federal, alrededor de 10 de cada 100 mujeres (10.4%) no fueron revisadas en los primeros 30 días después del parto, contra 17.3% a nivel nacional.²¹³ Por su parte, la Ensanut 2012 revela que únicamente a 60.5% de las mujeres de 20 a 49 años se les proporcionó algún método anticonceptivo posterior al parto.²¹⁴

Un aspecto más del periodo del puerperio es la lactancia. En el Distrito Federal, la mayoría (90.1%) de las mujeres opta por ella como forma de alimentar a sus hijos, aunque en una proporción ligeramente inferior en comparación con el promedio nacional (90.7%).²¹⁵ La lactancia dura aproximadamente 7.7 meses, inferior a la media nacional de casi 8.9 meses,²¹⁶ y varía según el nivel de instrucción, bajando a 6.8 meses en el caso de las mujeres con escolaridad superior.²¹⁷

²¹³ INEGI, Enadid 2009, *op. cit.*, cuadro 5.7.7, p. 112.

²¹⁴ INSP, Ensanut 2012, *op. cit.*, p. 58.

²¹⁵ INEGI, Enadid 2009, *op. cit.*, cuadro 5.7.8, p. 113.

²¹⁶ *Idem.*

²¹⁷ *Idem.*

ATENCIÓN DEL PARTO

En 2012, las mujeres embarazadas dieron a luz principalmente en hospitales de la red de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (32.4%), del IMSS (24%) y en unidades médicas privadas (22.8%).²¹⁸ Al revisar la serie histórica de nacimientos por institución en el Distrito Federal, se aprecia una reducción del peso de las instituciones públicas de seguridad social, como el IMSS o el ISSSTE, a favor de un incremento del servicio proporcionado por unidades médicas privadas.

Otro indicador importante es el tipo de agente que atiende el parto, siendo principalmente personal médico en 98.6% de los casos; en 0.8%, enfermera, auxiliar o promotora de salud, y en 0.5%, partera o comadrona.²¹⁹

Cuadro 12 Nacimientos por institución, Distrito Federal, 2008 y 2012

Institución	2008	2012
Sedesa	47 381	52 134
IMSS	40 603	38 607
Unidad médica privada	14 672	36 727
Hospitales federales	20 374	15 888
Institutos nacionales	5 125	7 862
ISSSTE	8 338	4 078
Sedena	4 612	4 061
Semar	536	629
Pemex	467	409
IMSS Oportunidades	0	6
Otro	103	451
Total	142 211	160 852

Fuente: GDF-Sedesa, *Agenda estadística 2012*, op. cit., cuadro 4.12.

Si bien según la OMS la proporción de cesáreas debe situarse entre 10 y 15% del total de nacimientos, la Enadid 2009 reporta en el país un porcentaje de 48.8%, con una distribución similar entre cesáreas programadas y de emergencia.²²⁰ En el Distrito Federal, la Secretaría de Salud reporta, en 2012, un porcentaje promedio de 52.47% de cesáreas respecto de la totalidad de nacimientos ocurridos durante ese año.²²¹ Se presentaron pautas diferenciadas entre las distintas instituciones de atención. Las proporciones más bajas se observan en los hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (32.56%) y de la Secretaría de la Defensa Nacional (Sedena) (33.64%), y llega a alcanzar 80% de los nacimientos en las unidades médicas privadas.²²² En el IMSS es de 53.07% y en el ISSSTE de 62.16%.²²³

²¹⁸ 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.

²¹⁹ Conapo, *Perfiles de salud reproductiva. Distrito Federal*, op. cit., cuadro A.25, p. 79, con base en datos de Enadid 2009.

²²⁰ INEGI, Enadid 2009, op. cit., cuadro 5.7.6, p. 111.

²²¹ GDF-Sedesa, *Agenda estadística 2012*, op. cit., cuadro 4.7, Nacimientos por tipo de procedimiento según institución, Distrito Federal, 2012, datos del Sinac.

²²² *Idem.*

²²³ *Idem.*

Cuadro 13 Nacimientos por tipo de procedimiento, según institución, Distrito Federal, 2012

Institución	Cesárea	Parto normal	Fórceps	No especificado	Porcentaje de cesáreas
Sedesa	16 975	34 906	130	123	32.56
IMSS	20 487	17 540	226	354	53.07
Unidad médica privada	29 586	6 977	60	104	80.56
Hospitales federales	7 325	8 312	176	165	45.54
Institutos nacionales	4 887	2 959	8	8	62.16
ISSSTE	3 050	961	66	1	74.79
Sedena	1 366	2 677	18	0	33.64
Semar	419	209	1	0	66.61
Pemex	221	183	5	0	54.03
IMSS Oportunidades	4	2	0	0	66.67
Otro	176	274	0	1	39.02
Total	84 406	75 000	690	756	52.47

Fuente: GDF-Sedesa, *Agenda estadística 2012*, cuadro 4.7, Nacimientos por tipo de procedimiento según institución, Distrito Federal, 2012, datos del Sinac.

En la Ensanut 2012 se reporta un porcentaje de cesáreas realizadas en mujeres embarazadas de entre 20 y 49 años en el Distrito Federal, contra 35.5% en 2000 y 35.6% en 2006, lo que representa un incremento de 63.1% en estos 12 años.²²⁴ La misma encuesta alerta contra este alto porcentaje y cuestiona en particular las cesáreas realizadas en urgencias como consecuencia de una baja atención prenatal y un seguimiento deficiente del embarazo, lo que denota la falta de cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana 007.²²⁵ Para la organización GIRE, el alto índice de cesáreas evidencia “una serie de prácticas negativas que se realizan en el marco de la atención del embarazo, el parto y puerperio”.²²⁶ Retomando el marco jurídico antes referido, estas prácticas deben ser consideradas como actos de violencia obstétrica que impiden a las mujeres la posibilidad de vivir cabalmente su derecho a la maternidad libre, plena y segura.

México se sitúa en el cuarto lugar en el mundo después de China, Brasil y Estados Unidos, con una proporción alta de cesáreas por diagnósticos imprecisos y no siempre justificados.²²⁷ El incremento de esta práctica es multifactorial. Entre las justificaciones encontramos las propias pautas clínicas de ciertas instituciones, la protección médico legal de los proveedores, así como incentivos económicos, sobre todo en instituciones privadas. Por otro lado, en ciertos sectores, en particular de mujeres con un nivel socioeconómico alto, se tiene la percepción errónea de que es una técnica más segura y rápida, por lo que es más demandada.²²⁸

²²⁴ INSP, Ensanut 2012, *op. cit.*, p. 58.

²²⁵ *Idem.*

²²⁶ GIRE-Radar 4°, *Omisión e indiferencia. Derechos reproductivos en México*, *op. cit.*, 2013, p. 123.

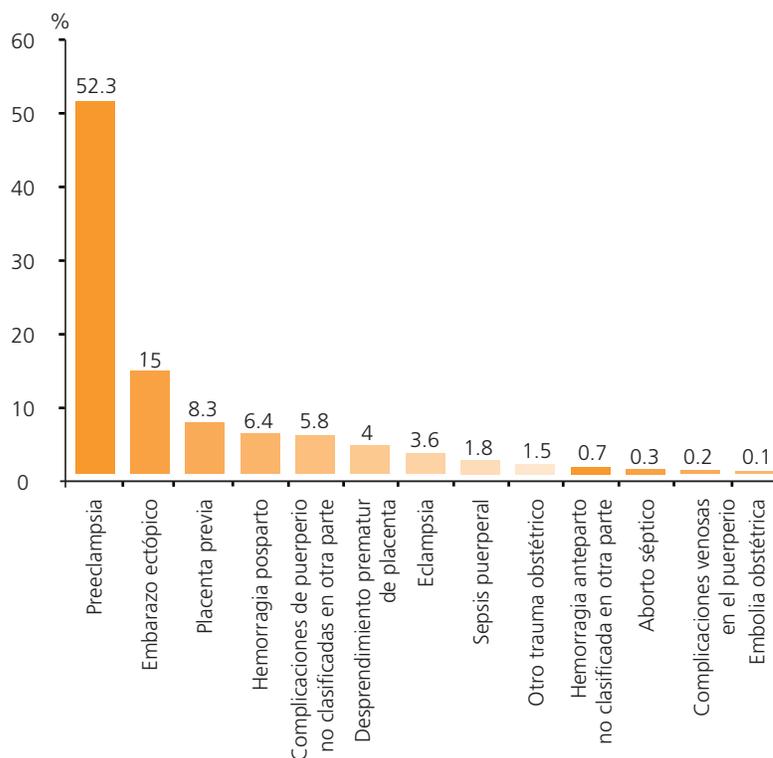
²²⁷ Leticia Suárez-López *et al.*, “Características sociodemográficas y reproductivas asociadas con el aumento de cesáreas en México”, en *Salud Pública de México*, vol. 55, suplemento 2, 2013, p. 226.

²²⁸ *Ibidem*, p. 231.

MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA²²⁹

Respecto de las afectaciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, destacan las hemorragias graves, infecciones, trastornos hipertensivos, parto obstruido o abortos peligrosos. En el país en 2010, del total de las principales complicaciones obstétricas destacan la preeclampsia (52.3%), el embarazo ectópico (15%), la placenta previa (8.3%) y la hemorragia posparto (6.4%). Estas afectaciones ocurrieron principalmente en la segunda mitad del embarazo (68.7%), en los tres primeros meses del embarazo (15%) o después del parto (9.9%).²³⁰

Gráfico 2 Distribución porcentual de morbilidad hospitalaria en mujeres de 15 a 49 años por complicaciones de emergencia obstétrica



Fuente: SSA, Base de egresos hospitalarios 2010.

Nota: Se utilizó la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (cie-10) códigos O00, O08, O14-O15, O44-O46, O71-O72, O85, O87-O88, O90.

²²⁹ La muerte materna se entiende como el fallecimiento de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, *op. cit.*, punto 4.1.14.

²³⁰ INEGI, "Estadísticas a propósito del Día de la Madre. Datos nacionales", *op. cit.*, p. 7.

Cuadro 14 Definición de las principales enfermedades que causan la morbilidad y mortalidad materna

Enfermedad	Descripción
Preeclampsia	Síndrome que se presenta desde la vigésima semana del embarazo en adelante, durante el parto y puerperio, caracterizado por hipertensión arterial y proteinuria.
Embarazo ectópico	Es la implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina: ovario, tuba uterina, intersticial, cérvix y cavidad abdominal. La localización más frecuente del embarazo ectópico es en la tuba uterina, manifestándose con dolor y sangrado. El embarazo tubario es una condición clínica que puede poner en riesgo la vida de la mujer y tiene efectos negativos en el potencial reproductivo.
Placenta previa	Es la complicación obstétrica consistente en la implantación anormal placentaria, la cual ocurre en segmento uterino y, en ocasiones, cubre parcial o totalmente el orificio cervical interno, de tal modo que obstruye el paso del feto durante el parto.
Hemorragia obstétrica/posparto	Hemorragia obstétrica grave se define como la pérdida sanguínea de origen obstétrico debido a pérdida de la volemia, caída del hematocrito mayor a 10 puntos. La hemorragia posparto se refiere a la pérdida sanguínea de más de 500 ml posteriores a un parto vaginal, o a la pérdida de más de 1000 ml posterior a una cesárea.
Eclampsia	Se establece cuando la paciente presenta hipertensión arterial, edema, proteinuria, además de crisis convulsivas repetidas; se puede relacionar con hemorragia cerebral y alteraciones en el estado de vigilia.
Sepsis puerperal	La clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) define la sepsis puerperal como una elevación de la temperatura corporal por arriba de los 38 °C, que se mantiene por 24 horas o recurre, después de las primeras 24 horas y dentro de los primeros 10 días del posparto. La Organización Mundial de la Salud la define como infección del tracto genital que ocurre desde el periodo transcurrido entre la rotura de membranas y el nacimiento.
Embolia obstétrica/ de líquido amniótico	Consiste en el paso de un bolo líquido amniótico hacia la circulación sistémica. Ocurre generalmente durante el trabajo de parto o en el puerperio inmediato, o dentro de las primeras 48 horas del posparto.

Fuente: Elaboración propia con base en Ssa, *Prevención, diagnóstico y manejo de la preeclampsia/eclampsia. Lineamientos técnicos*, México, SSA, 2002, p. 13, disponible en <<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/preeclampsia.pdf>>, página consultada en enero de 2014.

Gobierno Federal, Ssa/Sedena/Semar, *Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de la hemorragia obstétrica en la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato*, México, SSA, 2009, p. 8, disponible en <http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/162_GPC_HEMORRAGIA_OBSTETRICA/Imss_162ER.pdf>, página consultada en enero de 2014.

Gobierno Federal, Ssa/Sedena/Semar, *Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de la sepsis puerperal*, México, SSA, 2009, p. 7, <http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/272_GPC_Diagnostico_tratamiento_de_SEPSIS_PUERPERAL/RER_SEPSIS_PUERPERAL.pdf>, página consultada en enero de 2014.

Gobierno Federal, Ssa/Sedena/Semar, *Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de embarazo tubario*, México, SSA, 2009, pp. 8 y 25, disponible en <http://www.cvsp.cucs.udg.mx/guias/TODAS/IMSS_182_09_EMBARAZO_TUBARIO/IMSS_182_09EyR.pdf>, página consultada en enero de 2014.

Gobierno Federal, Ssa/Sedena/Semar, *Guía de práctica clínica. Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas*, México, SSA, 2009, <http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/442_GPC_Emergencias_obstetricas/GRR_Emergencias_obstetricas.pdf>, página consultada en enero de 2014.

En México, la razón de mortalidad materna para las mujeres de 15 a 49 años era de 50.3 defunciones por cada 100 000 nacidos vivos en 2011;²³¹ en el Distrito Federal fue de 40.8.²³² En ese año, ocurrieron un total de 56 defunciones de mujeres, la mayoría (76.8%) por causas obstétricas directas, entre las cuales destacan las hemorragias del embarazo, parto y posparto (32.6%), edemas, proteinurias y trastornos hipertensivos (27.9%), complicaciones del puerperio (14.0%) o el aborto (11.6%), entre otras.²³³ Según datos del INEGI, la mortalidad materna afecta principalmente a mujeres mayores de 34 años de edad, y sobre todo entre 40 y 44 años.²³⁴ Entre las 56 mujeres que fallecieron, 3.6% eran menores de 19 años, casi un tercio (32.1%) no contaba con seguridad social ni protección a la salud y otro tercio (33.9%)

²³¹ *Ibidem*, p. 8.

²³² GDF-Sedesa, *Agenda estadística 2012, op. cit.*, cuadro 9.15. Principales causas de mortalidad materna, Distrito Federal, 2011.

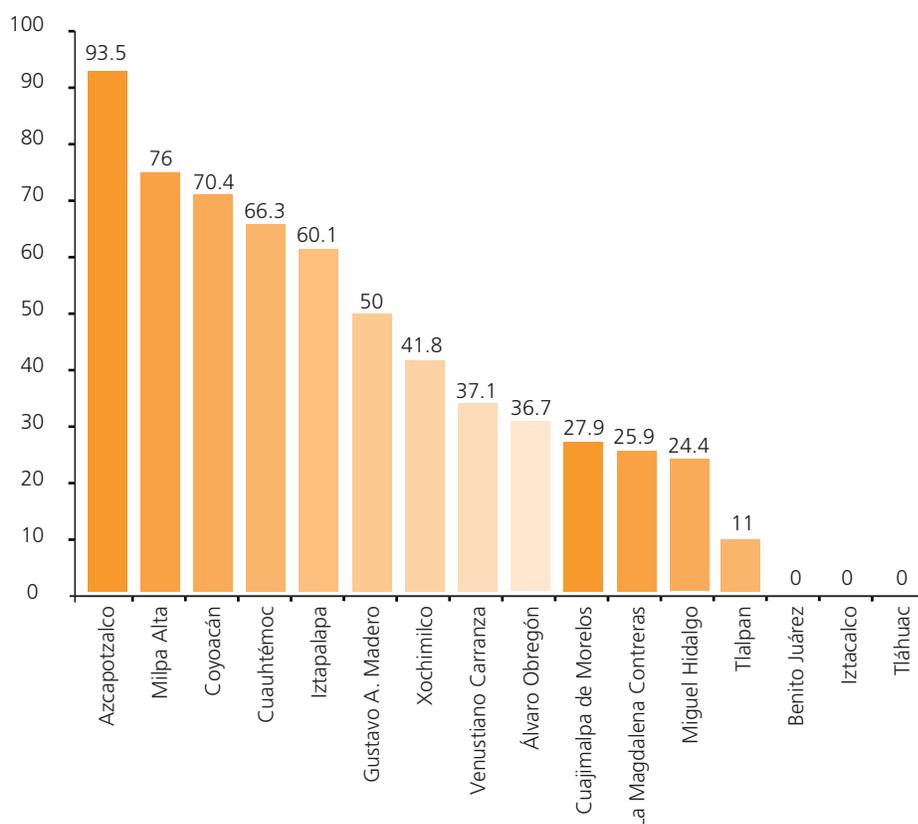
²³³ *Idem*.

²³⁴ INEGI, "Estadísticas a propósito del Día de la Madre. Datos del Distrito Federal", *op. cit.*, p. 6.

eran usuarias del Seguro Popular; 57.2% de ellas murieron en una clínica u hospital del servicio federal o estatal de salud.²³⁵

El indicador de mortalidad materna varía con cierta amplitud al desglosar este dato por delegaciones. Mientras en las delegaciones Benito Juárez e Iztacalco no se ha registrado ninguna muerte materna, la tasa de mortalidad materna supera las 70 muertes de mujeres por cada 100 000 nacidos vivos en las delegaciones Coyoacán (70.4), Milpa Alta (76.0) y Azcapotzalco (93.5).²³⁶

Gráfico 3 Razón de mortalidad materna por delegación, Distrito Federal, 2011



Fuente: Elaboración propia con base en GDF-Sedesa, *Agenda estadística 2012*, op. cit., cuadro 9.10, con datos de INEGI/SSDF.

Igual que en el país, las causas de muerte materna son conocidas y en su mayoría (75%) evitables, pues incluyen causas obstétricas directas que requieren, para ser prevenidas, de un acceso oportuno a unidades de atención obstétrica, así como de atención proporcionada por personal debidamente capacitado, culturalmente sensible y que esté disponible de manera permanente.²³⁷

²³⁵ OMM, *Numeralia 2011 Mortalidad materna en México*, México, OMM, 2013, p. 18, disponible en <<http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/DG%20Numeralia%202011%20ÚLTIMO%20corregida%20.pdf>>, página consultada el 20 de noviembre de 2013.

²³⁶ GDF-Sedesa, *Agenda estadística 2012*, op. cit., cuadro 9.10, Razón de mortalidad materna por delegación, 2011, con datos de INEGI/SSDF.

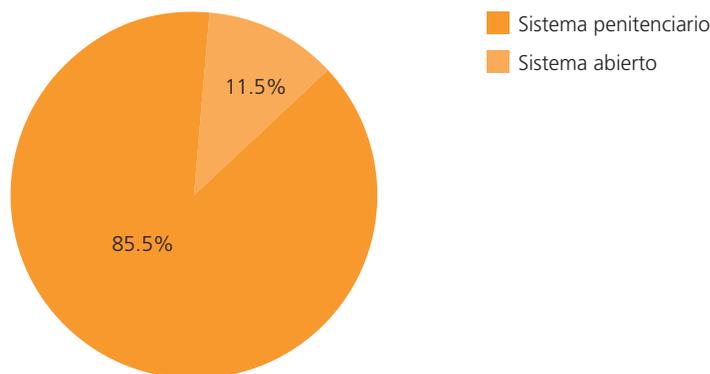
²³⁷ Eduardo Lazcano-Ponce, “Cobertura de atención del parto en México. Su interpretación en el contexto de la mortalidad materna”, en *Salud Pública de México*, vol. 55, suplemento 2, 2013, p. 220.

Violaciones a derechos humanos relacionadas con la salud materna

Si bien las quejas recibidas por la CDHDF no son una muestra estadísticamente representativa de la realidad, constituyen un indicador de las denuncias que se interponen en relación con la atención obstétrica en la ciudad de México. Cabe asimismo advertir que, como lo señala en un informe la organización GIRE, las quejas relacionadas con violencia obstétrica suelen presentarse cuando ha ocurrido un hecho trágico, en particular secuelas o muerte de la madre o del producto en gestación; otros hechos, como el maltrato físico y psicológico, la falta de información o de respeto a las decisiones de las mujeres y de su consentimiento informado, no se consideran como motivos para interponer quejas,²³⁸ por lo que hay un subregistro de este tipo de denuncias.

Durante el periodo de análisis, la CDHDF recibió un total de 52 quejas en agravio de mujeres por presuntas violaciones al derecho a la salud materna.²³⁹ Del total de quejas relacionadas con esta problemática, seis de ellas (11.5%) se relacionan con mujeres privadas de la libertad. Las restantes 46 (88.5%) denuncian presuntas violaciones en contra de mujeres que acudieron a recibir atención en algunos servicios de salud materna en la red de hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

Gráfico 4 Presuntas violaciones al derecho a la salud materna 2013, según ámbito



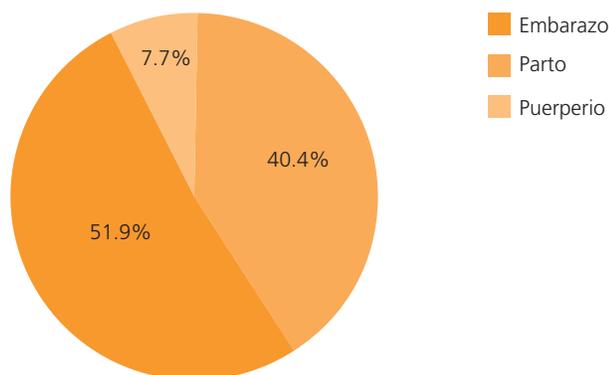
Fuente: Elaboración propia.

Estas denuncias hacen referencia a la negativa de acceso a servicios de atención médica, a malas prácticas o negligencia médica, o al trato discriminatorio que reciben las mujeres durante la etapa del embarazo, parto o puerperio, que en ocasiones implican secuelas graves e incluso la muerte de la mujer o del producto. Cuando estas presuntas violaciones son consecuencia de un acto u omisión intencional por parte del personal, se deben considerar como actos de violencia obstétrica.

²³⁸ GIRE-Radar 4°, *Omisión e indiferencia. Derechos reproductivos en México*, op. cit., p. 140. A pesar de los obstáculos que se presentan para contar con un registro de hechos de violencia contra la mujer, la investigación social en México ha tenido avances sustanciales y ha aportado elementos de diagnóstico tanto cualitativo como cuantitativo acerca de las distintas manifestaciones de la violencia de género. Véase, por ejemplo: Roberto Castro e Irene Casique, *Estudios sobre cultura, género y violencia contra las mujeres*, México, CRIM-UNAM, 2008.

²³⁹ La identificación de estas quejas se realizó a partir de una revisión puntual de las narraciones de hechos de las quejas investigadas por la CDHDF durante 2013, por presuntas violaciones al derecho a la salud, en las que se encontraban por lo menos una mujer entre las personas agraviadas. La información respecto de las quejas fue proporcionada por la Subsecretaría de Estadística del CIADH a partir del Siigesi.

Gráfico 5 Presuntas violaciones al derecho a la salud materna 2013, según etapa de atención



Fuente: Elaboración propia.

De las 52 quejas, poco más de la mitad (52.0%) denuncian presuntas violaciones durante la labor de parto; poco más de dos quintas partes (40.3%) durante la etapa de embarazo, y sólo cuatro casos (7.7%) en el puerperio.

Análisis de las quejas sobre salud materna

ETAPA DEL EMBARAZO

Las 18 quejas relacionadas con la atención médica durante el embarazo, se refieren mayoritariamente (76.2%) a que las mujeres agraviadas fueron víctimas de la negativa a acceder a servicios de atención. En cuatro ocasiones la explicación para negar el servicio fue la carencia de personal profesional y con los conocimientos adecuados o la falta de material, recursos o insumos necesarios para proporcionarles la atención acorde a sus necesidades. Así, por ejemplo, un caso relata que, a pesar del deterioro en la salud debido a las convulsiones que una mujer embarazada presentaba al momento de arribar al hospital, le fue negado el servicio con el pretexto de que en dicho nosocomio no se contaba con personal preparado para atenderla, sin ofrecerle otra alternativa de atención. Otro caso denuncia la negativa de servicio a una mujer que presentaba sangrado vaginal al momento de arribar al hospital, y que fue dada de alta a pesar de dicha situación, declarando en la queja que, una vez en su domicilio, comenzó a sangrar nuevamente, con la sensación de haber tenido un aborto. En algunas quejas, incluso, las agraviadas afirman haber recibido la negativa de atención a pesar de que sus embarazos fueron catalogados de “alto riesgo” y presentar complicaciones.

Aunque en la mayoría de las veces este tipo de violación se produce en la red de hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, hay algunos casos donde la negativa de acceso o atención médica a mujeres embarazadas se da por servidores públicos adscritos a otras dependencias del gobierno capitalino. Es el caso de una mujer detenida por personal de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, a quien, a pesar de su embarazo de aproximadamente cinco meses y de la necesidad de acceder a una revisión, se le negó la atención en tiempo y forma.

En siete quejas, las agraviadas dicen haber sido víctimas de malas prácticas o negligencia médica por parte de servidores públicos en diversos nosocomios del sector salud del Distrito Federal. Un caso refiere la presunta negligencia médica de un servidor público adscrito al Hospital General Xoco, que

recibió en urgencias a una mujer embarazada con sangrado vaginal y a quien, posteriormente, dio de alta a pesar del diagnóstico de amenaza de aborto. Horas después, al continuar el sangrado, nuevamente fue atendida y sometida a un legrado. Una de las quejas con consecuencias graves fue interpuesta debido a la presunta negligencia médica con la que actuó una servidora pública al dar de alta a una mujer con síntomas evidentes de preeclampsia, agravada que posteriormente falleció junto con el producto.

Finalmente, un caso refiere la negativa de proporcionar información a los familiares sobre la salud de una mujer ingresada al hospital durante la última etapa de gestación, por parte de los servidores públicos de un hospital de la red de hospitales del Distrito Federal.

ETAPA DEL PARTO

En poco menos de la mitad de los casos de presuntas violaciones al derecho a la salud materna durante el parto (11 casos, 42.3%), las agraviadas refieren haber recibido negativas en el servicio de diversas instituciones de salud pública del Distrito Federal. En la mayoría, las mujeres presentaban síntomas evidentes de trabajo de parto y, no obstante, fueron ignoradas, no se les atendió oportunamente e, incluso, se les solicitó que abandonaran las instalaciones del hospital. Es el caso, por ejemplo, de dos quejas en las que, a pesar de ser evidente la necesidad de atención a mujeres en trabajo de parto, no se les ofreció el servicio y, por el contrario, se les solicitó que regresaran en otro momento, lo que, en uno de los casos, derivó en secuelas médicas en el recién nacido. Otro caso implicó la negativa de realizarle una cesárea a una mujer a quien ingresaron al hospital, a pesar de la necesidad médica de llevarla a cabo. En seis ocasiones a las presuntas agraviadas no se les proporcionó el servicio por falta de personal, insumos o recursos materiales.

En este mismo grupo, el porcentaje de éstas se incrementa de manera importante cuando se analizan los casos donde hubo malas prácticas y negligencia médica, mencionadas en 18 de las 26 quejas. Como ejemplo, se narra la situación vivida por una mujer a quien, a pesar de haberle dado acceso al servicio médico del hospital, fue ignorada durante un periodo relativamente amplio. Derivado de esto, dio a luz a su hijo mientras se encontraba sin atención, lo que ocasionó que el niño resultara lesionado al caer de la camilla. Posteriormente, madre e hijo fueron dados de alta con la justificación de haberles realizado los estudios correspondientes para corroborar su estado de salud. No obstante, la madre y el padre del recién nacido lo llevaron con un pediatra particular, quien confirmó la fractura de uno de los brazos.

Otro caso narra el daño a la salud de una mujer debido a prácticas médicas inadecuadas de servidores públicos que realizaron la cesárea sin llevar a cabo un procedimiento quirúrgico apropiado, dejando en su interior parte de la placenta. Esto, aunado a una intervención posterior mal realizada que le generó un cuadro de septicemia, que hasta el momento de la interposición de la queja estaba siendo tratado.

Es importante mencionar que en ocho de las 26 quejas que ingresaron durante el periodo, las mujeres evidenciaron secuelas debido a la negligencia o a las malas prácticas médicas de las que fueron víctimas durante la labor de parto, lo que representa poco menos de un tercio de las agraviadas. En cinco casos se refiere la muerte de los productos, y en siete quejas, secuelas en las y los recién nacidos, entre las que destacan el caso de una mujer en labor de parto que no recibió atención oportuna y dio a luz en el área de urgencias del Hospital Materno-Infantil Tláhuac en condiciones que propiciaron la muerte de su hijo por asfixia con el cordón umbilical.

Dentro de este grupo, en 10 de los 26 casos (38.5%) se evidenciaron malos tratos y discriminación hacia las mujeres en el parto por las y los servidores públicos de los nosocomios pertenecientes al Gobierno del Distrito Federal. Tres casos, por ejemplo, relatan insultos y la prepotencia con que fueron tratadas por parte del personal del nosocomio donde las atendieron. Otro caso advierte sobre la agresi-

vidad con la que el personal de un hospital trató a una mujer en situación de parto al azotarle una de las puertas del hospital y negarle el servicio.

Igualmente, en nueve de los 27 casos (33.3%) las quejas refieren presuntas violaciones por negativa de información importante en torno a la salud de las mujeres en labor de parto o de sus hijos/as recién nacidos/as. En un caso, por ejemplo, se denuncia la negativa de información respecto a los medicamentos que le suministraban a una embarazada durante la labor de parto, violando su derecho a la información y al consentimiento informado.

ETAPA DEL PUERPERIO

Las dos quejas relacionadas con la atención puerperal hacen referencia a presuntas violaciones por la negativa de acceso al servicio o atención. Uno de los casos denuncia la negativa de acceso a estudios médicos necesarios y rutinarios a un recién nacido en un hospital de la red de nosocomios de la Secretaría de Salud del Distrito Federal; el otro refiere la omisión o negativa en la realización de estudios médicos a una mujer después del parto, quien los requería debido a su estado delicado de salud, resultado de una intervención quirúrgica mal practicada durante el parto (cesárea).

Cuadro 15 Presuntas violaciones al derecho a la salud materna, sistema abierto por etapa de gestación y tipo de denuncias, 2013

Tipo de denuncias	Quejas	Menciones
Etapa del embarazo	18	
Negación de atención o servicio		15
Malas prácticas y negligencia médica		7
Falta de personal		2
Falta de insumos y otros recursos materiales		2
Malos tratos y discriminación		2
Negativa de información		1
Muerte de la madre		1
Secuelas en la madre		1
Muerte del producto/hijo/a		2
Etapa del parto	26	
Malas prácticas y negligencia médica		18
Negación de atención o servicio		11
Malos tratos y discriminación		10
Negativa de información		9
Falta de personal		5
Falta de insumos y otros recursos materiales		1
Secuelas en la madre		8
Secuelas en el hijo o hija		7
Muerte del producto, hijo o hija		5
Etapa del puerperio	2	
Negación de atención o servicio		2

Fuente: Elaboración propia con base en la lectura de hechos de las quejas relacionadas con presuntas violaciones al derecho a la salud materna.

Análisis de las quejas sobre salud materna en el sistema penitenciario

Del total de quejas relacionadas con la presunta violación al derecho a la salud materna de las mujeres privadas de la libertad (seis casos), tres casos (50%) se relacionan con presuntas violaciones durante la etapa del embarazo; dos (33.3%) con la etapa posterior al parto, y sólo un caso (16.6%) con la labor de parto.

En el primer caso (presuntas violaciones durante la etapa de embarazo), las tres quejas se relacionan respectivamente con la negación del servicio, malas prácticas, negligencia médica, malos tratos y discriminación. En un caso, la queja fue iniciada por varias mujeres tras advertir la falta de atención por parte de las autoridades del sistema penitenciario para procurar un tratamiento adecuado para una compañera embarazada con un uso problemático de diversas drogas. Otro caso refiere las irregularidades en el tratamiento de una interna embarazada y diabética, y quien teme que dicha situación tenga secuelas tanto en su salud como en la de su bebé.

Por otro lado, se presentó una única queja relacionada con la etapa del parto, y se inició a raíz de una diligencia realizada por personal de la CDHDF en el Centro de Readaptación Social Santa Martha Acatitla. En dicha visita, una interna decidió acercarse al personal de la Comisión para iniciar el procedimiento de queja por negligencia y malas prácticas médicas debido a los posibles daños en la salud de su recién nacido, con motivo del retraso que provocó la falta de atención oportuna durante el trabajo de parto, particularmente por falta de personal capacitado para atender el nacimiento en el interior de dicho centro de reclusión.

Cuadro 16 Presuntas violaciones al derecho a la salud materna, sistema penitenciario por etapa de gestación y tipo de denuncias, 2013

Tipo de denuncias	Quejas	Menciones
Etapa del embarazo	3	
Negación de atención o servicio		1
Malas prácticas y negligencia médica		1
Malos tratos y discriminación		1
Etapa del parto	1	
Malas prácticas y negligencia médica		1
Negación de atención o servicio		1
Malos tratos y discriminación		1
Falta de personal		1
Falta de insumos y otros recursos materiales		1
Etapa del puerperio	2	
Malas prácticas y negligencia médica		1
Negación de información		1

Fuente: Elaboración propia con base en la lectura de hechos de las quejas relacionadas con presuntas violaciones al derecho a la salud materna.

Hospitales señalados en las quejas

Aunque no hay un patrón claro en los hospitales y clínicas adscritas a la Secretaría de Salud del Distrito Federal donde se advierta algún tipo específico de violación al derecho a la salud materna de las usuarias de los servicios médicos, se pudo apreciar que de los 19 hospitales o clínicas relacionados con las violaciones a este derecho, siete de ellos fueron mencionados en dos o más ocasiones en las quejas interpuestas dentro del periodo por *negación de atención o servicio*, a saber:

- Hospital Materno-Infantil Xochimilco (cuatro menciones).
- Hospital Belisario Domínguez (tres menciones).
- Hospital General Ajusco Medio (tres menciones).
- Hospital General Iztapalapa (tres menciones).
- Hospital de Especialidades Belisario Domínguez (dos menciones).
- Hospital General Gregorio Salas Flores (dos menciones).
- Hospital General Ticomán (dos menciones).

Por otra parte, de los 21 hospitales o clínicas mencionados en las quejas analizadas por *malas prácticas médicas o negligencia médica*, siete de ellos recibieron dos o más menciones:

- Hospital General Ajusco Medio (tres menciones).
- Hospital Materno-Infantil Xochimilco (tres menciones).
- Hospital General Belisario Domínguez (dos menciones).
- Hospital General Gregorio Salas Flores (dos menciones).
- Hospital General Iztapalapa (dos menciones).
- Hospital Materno-Infantil Cuauhtpec (dos menciones).
- Hospital Pediátrico de Xochimilco (dos menciones).

Finalmente, a pesar de la dispersión de los casos dentro de todos los nosocomios de la red de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, no deja de destacarse que en el Hospital Materno-Infantil de Xochimilco hubo dos casos en los que la presunta negligencia o malas prácticas médicas derivaron en secuelas médicas para los/las hijos/as.

Recomendaciones y agenda pendiente en materia de salud materna

Recomendaciones de la CDHDF relacionadas con la salud materna

DESCRIPCIÓN DE LOS PUNTOS RECOMENDATORIOS EMITIDOS

La CDHDF ha emitido un total de seis recomendaciones relacionadas con violaciones documentadas del derecho a la salud materna, dos emitidas en 2006, una en 2009 y tres de 2011 a 2013. Todos los instrumentos recomendatorios fueron dirigidos a la Secretaría de Salud del Distrito Federal; en uno, se involucra además a la Secretaría de Gobierno y a la Procuraduría General de Justicia, ambas del Distrito Federal.²⁴⁰ De los ocho hospitales materno-infantiles de la Secretaría de Salud, seis se señalan en las

²⁴⁰ CDHDF, Recomendación 7/2011, disponible en <www.cd hdf.org.mx>, página consultada el 28 de enero de 2014.

recomendaciones como autoridades responsables;²⁴¹ de igual manera, de los 11 hospitales generales con especialidad en ginecobstetricia, nueve estuvieron involucrados, incluida la Torre Médica Tepepan,²⁴² además del Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez.

Estas recomendaciones documentan 32 casos en los que mujeres o recién nacido(as) fueron víctimas de violaciones a sus derechos humanos –incluso perdieron la vida o quedaron con secuelas–, por la negación de la atención médica, por falta de personal especializado, o material y equipo adecuado, así como a causa de una atención médica deficiente e inoportuna durante el embarazo, parto y 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.

De estas seis recomendaciones, cuatro fueron aceptadas totalmente, dos solamente de manera parcial. A la fecha, todas se encuentran sujetas a seguimiento, incluso las que fueron emitidas en 2006, hace siete años.

Cuadro 17 Recomendaciones emitidas por la CDHDF sobre salud materna

Recomendación	Caso	Autoridades responsables	Estatus de aceptación	Estatus de cumplimiento
10/2006	Obstaculización o negativa al acceso a los servicios de salud. Un caso de embarazo de siete meses que presentó complicaciones, por lo que acudió a distintos hospitales, tanto federales como de la Sedesa; en todos le negaron la atención. Por el tiempo que transcurrió, su bebé falleció.	Salud-DF: Hospital Materno-Infantil de Tláhuac; Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez; Hospital de Urgencias Balbuena y Hospital Pediátrico Inguarán.	Totalmente	En seguimiento
13/2006	Obstaculización, restricción o negativa del derecho a la salud de las agraviadas, por no contar los hospitales materno-infantiles con un especialista en ginecobstetricia y anestesiología, respectivamente. Dos casos de mujeres que acudieron a hospitales de la Sedesa para dar a luz; los hospitales donde las atendieron carecían de médicos especialistas. Ambas mujeres perdieron la vida y sus bebés la conservaron.	Salud-DF: Hospital Materno-Infantil de Tláhuac y Hospital Materno-Infantil de Cuauhtepéc.	Totalmente	En seguimiento

²⁴¹ Se mencionan los hospitales Inguarán, Tláhuac, Cuauhtepéc, Xochimilco, Topilejo y Dr. Nicolás M. Cedillo.

²⁴² Los hospitales con especialidad en ginecobstetricia involucrados son: Dr. Gregorio Salas Flores, Dr. Enrique Cabrera, Iztapalapa, La Villa, Balbuena, Ticomán, Xoco y Milpa Alta.

Cuadro 17 (continuación)

Recomendación	Caso	Autoridades responsables	Estatus de aceptación	Estatus de cumplimiento
2/2009	<p>Negligencia médica y deficiencias en la disponibilidad de personal y de recursos materiales en la atención a la salud materno-infantil.</p> <p>Siete casos de negligencia médica y falta de cuidados neonatales y de la madre, en los que fallecieron algunas de las mujeres o sus bebés, por falta de personal especializado, así como de recursos e insumos materiales en hospitales de la Sedesa.</p>	<p>Salud-DF: Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez; Hospital Pediátrico de Legaria; Hospital General Dr. Rubén Leñero; Hospital General Xoco; Hospital Materno-Infantil de Cuauhtepc; Hospital General Dr. Enrique Cabrera; Hospitales Materno-Infantil de Xochimilco y de Topilejo y Hospital General de Milpa Alta.</p>	Totalmente	En seguimiento
7/2011	<p>Violaciones a los derechos humanos cometidas en agravio de quien en vida llevara el nombre de Viridiana López Centeno, interna del Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla y de su familia.</p> <p>Un caso de una mujer interna en el Cefereso con siete meses de embarazo que presentó diversos malestares, sin embargo, no recibió oportunamente la atención médica necesaria por lo que falleció ella y su bebé.</p>	<p>Salud-DF: Centros de reclusión: Torre Médica Tepepan y Hospitales generales de Iztapalapa y Dr. Rubén Leñero.</p> <p>Secretaría de Gobierno del Distrito Federal</p> <p>Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal</p>	Parcialmente aceptada	En seguimiento
15/2012	<p>Salud y vida de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y salud y vida de niñas y niños recién nacidos(as)</p> <p>17 casos de embarazos en término que recibieron mala práctica médica o deficiente atención médica por falta de equipo y personal en distintos hospitales de la Sedesa, lo que culminó con la muerte de algunas de las mujeres y sus bebés.</p>	<p>Salud-DF: Hospital General Milpa Alta; Hospital General Ticomán, Hospital General Dr. Gregorio Salas Flores; Hospital General Iztapalapa; Hospital General Xoco; Hospital General Balbuena; Hospital de Especialidades Belisario Domínguez; Hospital Materno-Infantil Tláhuac; Hospital Materno-Infantil Inguarán; Hospital Materno-Infantil Dr. Nicolás M. Cedillo; Hospital Materno-Infantil Topilejo, Hospital Materno-Infantil Cuauhtepc; Hospital Pediátrico Tacubaya y Hospital Pediátrico de Coyoacán.</p>	Totalmente	En seguimiento
15/2013	<p>Atención a la salud y protección a la vida materno infantil.</p> <p>Cuatro casos de mujeres que acudieron a distintos hospitales de la Sedesa, con embarazos en término. De los cuatro, tres de los bebés fallecieron, y en uno se practicó una extracción de útero sin el consentimiento de la agraviada o de sus familiares. Los casos denotaron mala práctica médica y carencia de equipo.</p>	<p>Salud-DF: Hospital General Gregorio Salas Flores; Hospital Materno-Infantil Inguarán; Hospital Materno-Infantil Tláhuac; Hospital General Enrique Cabrera y Hospital General Ticomán</p>	Parcialmente aceptada	En seguimiento

Fuente: Elaboración propia CIADH, a partir de la información consultada en <www.cdhd.org.mx>, página consultada el 15 de enero de 2014.

Las recomendaciones emitidas por la CDHDF incluyen puntos concretos que establecen la reparación integral del daño por las violaciones a derechos humanos documentadas, aludiendo al estándar más favorable para las víctimas.²⁴³ En ese sentido, los puntos recomendatorios son emitidos según los criterios de reparación del daño reconocidos por el derecho internacional de los derechos humanos.

Las seis recomendaciones relacionadas con casos de salud materna suman un total de 54 puntos recomendatorios,²⁴⁴ los cuales, clasificados por tipo de reparación, se dividen de la siguiente manera: 25% corresponden a medidas de rehabilitación, 10% a indemnización y 10% a medidas de satisfacción; el 54% restante corresponden a garantías de no repetición, las que pretenden contribuir a generar las condiciones necesarias para que los hechos violatorios no se repitan. Se presenta a continuación una descripción de los puntos emitidos por la CDHDF que, además de evidenciar algunos de los retos en materia de salud materna en el Distrito Federal, son ilustrativos del conjunto de medidas que deben considerarse en caso de violencia obstétrica para alcanzar una reparación integral del daño a las mujeres y sus familiares.

En primer lugar, las medidas de rehabilitación²⁴⁵ señalan principalmente la incorporación de las víctimas y sus familiares a programas de asistencia social, ya sea de tipo económico, en salud, educación (becas) o vivienda; además de proporcionar atención psicológica, médica y rehabilitación física. Las medidas de satisfacción,²⁴⁶ por su lado, exhortan a la realización de disculpas públicas e incluyen medidas de investigación y procesamiento de las personas probables responsables de los hechos violatorios.

Los puntos recomendatorios que solicitan una indemnización²⁴⁷ compensatoria incluyen la pena pecuniaria por los daños, material e inmaterial, sufridos por las víctimas. En éstos se señala a las autoridades el pago por concepto de daño emergente y lucro cesante, o bien la reposición de gastos funerarios o una indemnización pecuniaria por daño inmaterial. En algunos casos, el mismo punto señala el monto específico a pagar.

No se clasificó ningún punto recomendatorio correspondiente a medidas de restitución,²⁴⁸ posiblemente debido a que en los casos expuestos en los instrumentos recomendatorios, las víctimas perdieron la vida o quedaron con alguna discapacidad permanente, lo que imposibilita devolver a éstas la situación en la que se encontraban antes de suceder los hechos violatorios.

²⁴³ De acuerdo con el derecho internacional de los derechos humanos, una reparación adecuada, efectiva y rápida tiene por finalidad promover la justicia, además debe ser proporcional a la gravedad de las violaciones y al daño sufrido. ONU, *Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves al derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones*, Resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas (A/RES/60/147) del 16 de diciembre de 2005, párrafo 15.

²⁴⁴ Las seis recomendaciones suman un total de 52 puntos recomendatorios. Sin embargo, el punto 17 de la Recomendación 7/2011 implica a tres autoridades distintas, por lo que el total general se incrementa a 54. Clasificando los puntos por tipo de recomendaciones, llegamos a 67 acciones recomendadas, ya que cada punto puede incluir varias acciones que corresponden a tipos de reparación distintos.

²⁴⁵ Las medidas de rehabilitación incluyen la atención médica y psicológica de las víctimas, así como servicios jurídicos y sociales. ONU, *Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves al derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones*, op. cit., párrafo 21.

²⁴⁶ La forma de reparación a través de medidas de satisfacción consiste en tomar medidas eficaces para la verificación de los hechos y la revelación pública y completa de la verdad; puede incluir, entre otras acciones, una disculpa pública, conmemoraciones y homenajes a las víctimas, y la aplicación de sanciones judiciales o administrativas. *Ibidem*, párrafo 22.

²⁴⁷ La indemnización, por su parte, debe concederse de forma proporcional a la gravedad de la violación y de las circunstancias de cada caso; consiste en un monto que abarca todos los perjuicios económicamente evaluables, como el lucro cesante y el daño emergente, incluso gastos de asistencia jurídica y médica, así como perjuicios morales. *Ibidem*, párrafo 20.

²⁴⁸ Siempre que sea posible, la restitución busca devolver a la víctima a la situación anterior a la violación manifiesta de las normas internacionales de derechos humanos, por ejemplo, el restablecimiento de la libertad, el regreso al lugar de residencia, la reintegración en su empleo o la devolución de sus bienes. *Ibidem*, párrafo 19.

Cuadro 18 Puntos recomendatorios por tipo de reparación en materia de violaciones al derecho a la salud materna (excluyendo garantías de no repetición)

Tipo de medidas	Total de menciones	Descripción de las medidas
Indemnización	7	Contemplar una indemnización por lucro cesante y daño emergente (Punto 2 R13/2006; punto 1 R2/2009; punto 1 R15/2012; punto 1 R15/2013).
		Contemplar una indemnización por concepto de daño moral o inmaterial (punto 1 R10/2006; punto 1 R15/2012; punto 1 R15/2013).
Medidas de satisfacción	7	Tomar medidas para la cabal investigación, procesamiento y sanción de personas responsables (punto 6 R2/2009, punto 14 a 16 R7/2011).
		Realizar una disculpa pública acompañada de la publicación de un comunicado de prensa, dirigido a la SSDF, PGJDF y SGDF (punto 17 R7/2011).

Fuente: Elaboración propia a partir de la consulta de las recomendaciones correspondientes.

Las garantías de no repetición²⁴⁹ representan la mayoría (54%) de los puntos sobre salud materna, es decir, la CDHDF enfoca gran parte de sus recomendaciones a medidas de carácter estructural que buscan generar cambios en las prácticas e instituciones que trasciendan los hechos violatorios materia de las recomendaciones.

Entre estas medidas destacan aquellas enfocadas a crear o revisar, difundir y vigilar el cumplimiento de protocolos, normas o criterios de actuación. Podemos señalar, en este sentido, una de las recomendaciones que exhorta a agilizar y hacer más eficaz el sistema de referencia y contrarreferencia en caso de emergencias obstétricas, señalado en seis puntos. Destaca también la implementación de mecanismos para la supervisión del cumplimiento por parte del personal médico de las normas oficiales mexicanas y de los lineamientos sobre parto humanizado, así como el establecimiento de un registro y seguimiento de internas embarazadas en centros de reclusión femeniles.

Sobre el fortalecimiento de recursos humanos y materiales, se hace evidente en cinco ocasiones la necesidad de garantizar en las unidades de ginecobstetricia el personal médico, técnico y administrativo suficiente, así como el equipo, instrumental e insumos necesarios para que se brinde el servicio las 24 horas, incluyendo a los centros de reclusión femeniles, así como la inversión en el mantenimiento y modernización del equipo y material médico para la atención de la salud materno-infantil. Para ello, y de conformidad con las líneas de acción 1190 y 1194 del Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal, se insta a etiquetar e incrementar de forma progresiva el presupuesto asignado a la atención de la salud materno-infantil en la red de hospitales de la Secretaría de la Salud local.

Como medidas de prevención se sugiere diseñar carteles sobre los derechos de usuarios y usuarias de los servicios de salud, llevar a cabo estudios de satisfacción, así como campañas de salud preventiva sobre salud sexual y reproductiva dentro del sistema penitenciario. De la mano con estas actividades, se encomienda a la autoridad fortalecer la capacitación a servidores públicos en materia de derechos humanos, parto humanizado, además de principios de ética médica y de responsabilidades de servidores públicos.

Finalmente, se observa que ciertos puntos se repiten en las recomendaciones, es el caso, por ejemplo, de la asignación de recursos humanos y materiales en las unidades de ginecobstetricia (tema recomen-

²⁴⁹ Finalmente, las garantías de no repetición son aquellas que responden a tres diferentes tipos: acción y revisión legislativa, investigación y acción judicial, y acción ejecutiva. Esta última puede incluir control sobre algunas autoridades, protección a defensores de derechos humanos, educación y capacitación para funcionarios públicos, entre otros. *Ibidem*, párrafo 19.

dato en 2006, 2009, 2011 y 2012); de la referencia y contrarreferencia en casos de emergencias obstétricas (2006, 2011 y 2012); de los mecanismos de supervisión (2006 y 2012); o de la colaboración en materia de bancos de sangre (2006 y 2012).

Cuadro 19 Garantías de no repetición recomendadas por violaciones al derecho a la salud materna

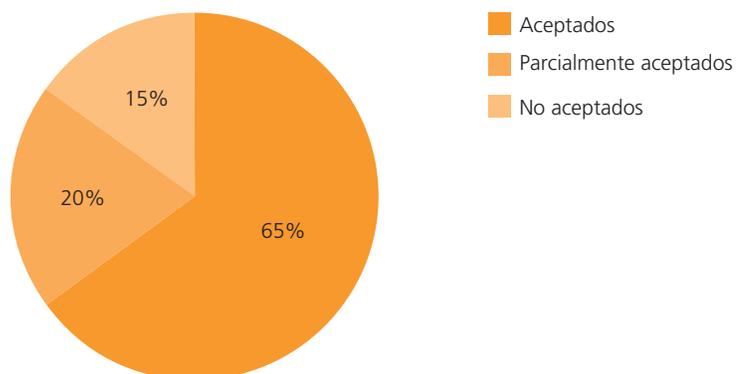
Tipo de medidas	Total de menciones	Descripción de las medidas
Creación y revisión, difusión y estandarización de protocolos, normas y criterios de actuación	15	Agilizar la colaboración entre instituciones y vigilar la aplicación del Manual de Procedimientos para la Referencia y Contrarreferencia y del Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la atención de emergencias obstétricas (punto 4 R10/2006; puntos 3, 5, 7 y 10 R7/2011; punto 15 R15/2012).
		Implementar mecanismo de supervisión del cumplimiento de las normas oficiales mexicanas NOM.007-SSA2-1993 y de la normatividad vigente sobre parto para personal médico (punto 5 R10/2006 y punto 11 R15/2012).
		Girar instrucciones por escrito a servidores públicos de las unidades de ginecobstetricia (de la red de hospitales) para atender de forma pronta y eficaz a mujeres embarazadas en caso de signos de alarma (punto 2 R10/2006).
		Elaborar una circular y promover una campaña de concientización a servidores públicos de hospitales sobre su responsabilidad profesional, administrativa y penal en materia de salud materna (punto 1 R13/2006).
		Establecer un registro y seguimiento de internas embarazadas y vigilancia de atención médica en centros de reclusión femeniles (puntos 4 y 9 R7/2011).
		Fortalecer y eficientizar el modelo operativo de los bancos de sangre y servicios de transfusión, en particular implementar mecanismos de colaboración con bancos de sangre de instituciones federales, y asignar medios de transporte eficaces (punto 1 R13/2006 y punto 16 R15/2012).
		Modificación del formato de consentimiento informado (punto 5 R2/2009).
Fortalecimiento de recursos humanos y materiales	9	Garantizar en unidades de ginecobstetricia, el personal médico, técnico y administrativo suficiente, así como el equipo, instrumental e insumos necesarios para que se brinde el servicio las 24 horas incluyendo los centros de reclusión (punto 3 R10/2006; punto 3 R2/2009; puntos 11 y 12 R7/2011; punto 14 R15/2012).
		Diseño de programa para cubrir ausencias de personal médico; elaboración de directorio de médicos especialistas para cubrir ausencias; celebrar convenios de colaboración con hospitales federales y privados, además de hacerlo de manera territorial (punto 1 R13/2006).
		Elaborar un informe sobre la atención a la salud materna, y realizar un estudio sobre los recursos humanos y materiales en los hospitales con atención ginecobstétrica (punto 1 R13/2006; puntos 3 y 4 R2/2009).
		Invertir en el mantenimiento y modernización del equipo y material médico para la atención de la salud materno-infantil (punto 13 R15/2012, punto 3 R10/2006).
Medidas preventivas (campañas de información; encuesta de satisfacción, etcétera)	4	Diseñar carteles sobre los derechos de las y los usuarios de los servicios de salud (punto 11 R15/2012).
		Implementar estudios de satisfacción a personas usuarias de servicios de salud (punto 12 R15/2012).
		Fomentar actividades de sensibilización (campañas preventivas) sobre salud sexual y reproductiva en los centros femeniles de reclusión (puntos 2 y 6 R7/2011).

Cuadro 19 (continuación)

Tipo de medidas	Total de menciones	Descripción de las medidas
Capacitación, formación y sensibilización a servidores públicos en materia de derechos humanos	4	Organizar reunión con expertos y sociedad civil para informar al personal médico que atiende a mujeres embarazadas, sobre temas de parto humanizado y atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y derechos humanos (punto 10 R15/2012).
		Llevar a cabo una estrategia de difusión sobre el parto humanizado, embarazo, parto, puerperio, cuidados del recién nacido y buen trato para personal médico (punto 11 R15/2012).
		Capacitar al personal médico y administrativo de las unidades médicas y hospitalarias respecto de los Principios de Ética Médica aplicables a la función del personal de salud y en materia de derechos humanos (punto 8 R7/2011).
		Realizar campañas de concientización a servidores públicos de hospitales sobre responsabilidad profesional (punto 1 R13/2006).
Medidas de carácter presupuestario	4	En conformidad con las líneas de acción 1190 y 1194 del PDHDF, etiquetar e incrementar de forma progresiva el presupuesto para financiar la contratación del personal administrativo y médico necesarios, mantener y modernizar las instalaciones, el equipo y material médico, así como adquirir los insumos necesarios para la atención de la salud materno-infantil en la red de hospitales de la Sedesa (puntos 3 y 4 R2/2009; puntos 13 y 14 R15/2012).

Fuente: Elaboración propia a partir de la consulta de las recomendaciones correspondientes.

Gráfico 6 Estatus de aceptación de los puntos recomendatorios sobre salud materna



Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la aceptación de los puntos recomendatorios en materia de salud materna, la mayoría (65%) fueron aceptados en su totalidad por la autoridad, mientras que 20% sólo de manera parcial y 15% fueron rechazados.²⁵⁰

La aceptación parcial o no aceptación corresponden principalmente a los puntos referentes a medidas de rehabilitación, de indemnización y de satisfacción, particularmente a la realización de disculpa pública y la investigación, procesamiento y sanción de personas responsables de los hechos violatorios.

²⁵⁰ La información sobre el estatus de aceptación de los puntos recomendatorios fue consultada en el portal de la CDHDF en <<http://www.cd hdf.org.mx/index.php/recomendaciones/seguimiento>>, página consultada el 31 de enero de 2014, información actualizada al 31 de diciembre de 2013.

Por lo general, la no aceptación se presenta cuando la autoridad no reconoce su responsabilidad en algunos de los casos que se documentan en las recomendaciones, por ejemplo, los casos C y D de la Recomendación 15/2013. Sobre esta última, cabe señalar que la CDHDF, a través de la Dirección Ejecutiva de Seguimiento, ha solicitado a la autoridad reconsiderar su posición respecto de estos casos.

CUMPLIMIENTO DE LOS PUNTOS RECOMENDATORIOS: AVANCES Y PENDIENTES

Todas las recomendaciones emitidas por la CDHDF en materia de salud materna se encuentran en seguimiento. A la fecha, apenas 17% de los 46 puntos recomendatorios²⁵¹ están concluidos. Incluso, están aún en seguimiento dos emitidos en 2006, relacionados con la asignación de personal y equipo médico e instrumental en las unidades de ginecobstetricia de la red hospitalaria del gobierno del Distrito Federal (punto 3 R10/2006 y punto 1 R13/2006). Más de la mitad de los puntos recomendatorios sobre salud materna, es decir 70% se encuentran cumplidos parcialmente, y 13% no presentan avances.²⁵²

Los ocho puntos recomendatorios cumplidos son principalmente aquellos que no tienen impactos estructurales o no implican asignación de recursos económicos;²⁵³ se encuentran entre estas acciones, tareas como el acceso a atención psicológica para las víctimas y sus familiares (punto 13 R7/2011), la incorporación a programas sociales y apoyo psicológico (punto 2 R13/2006), el ofrecimiento de una disculpa pública²⁵⁴ (punto 17 R7/2011), la colaboración en las investigaciones ministeriales (punto 6 R2/2009), o la estandarización y difusión de instrucciones para la atención de emergencias obstétricas, la referencia de pacientes en dichas circunstancias y la observación de las normas oficiales mexicanas (puntos 2, 4 y 5 R10/2006).

Los puntos recomendatorios no cumplidos se concentran en las recomendaciones de reciente emisión, la 15/2012, emitida el 10 de octubre de 2012, y la 15/2013 presentada el 21 de agosto de 2013. Preocupa que, respecto del instrumento recomendatorio 15/2012, los únicos puntos no cumplidos son los que instan al gobierno a capacitar, difundir y observar la normatividad vigente en materia de parto humanizado y sobre la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido, así como en temas sobre derechos humanos y atención de la salud (puntos 10 y 11).

En cuanto a los puntos parcialmente cumplidos, aunque consideran acciones de diversa naturaleza, es evidente que se trata principalmente de garantías de no repetición, medidas de mayor envergadura que requieren de recursos económicos o de la coordinación entre varias dependencias. Sobre este último punto citaremos, por ejemplo, aquellos casos en los que la autoridad se enfrenta a dificultades para integrar a las víctimas a programas sociales de dependencias no recomendadas directamente en el instrumento (puntos 1 y 2 de la R 2/2009; punto 1 de la R7/2011). Cabe señalar, asimismo, que queda pendiente la implementación de campañas de salud en los centros penitenciarios femeniles de Santa Martha Acatitla y Tepepan, así como la realización de un registro y seguimiento de las mujeres embarazadas en dichos centros (puntos 6 y 9 de la R7/2011).

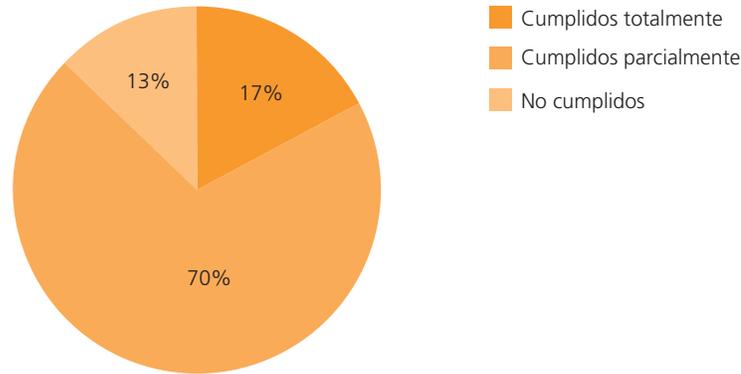
²⁵¹ Los ocho puntos recomendatorios que no fueron aceptados por la autoridad no se contabilizan dentro de los puntos en seguimiento, por lo que en total son 46 los puntos en seguimiento.

²⁵² La información sobre el estatus de seguimiento de los puntos recomendatorios fue consultada en el portal de la CDHDF en <<http://www.cd hdf.org.mx/index.php/recomendaciones/seguimiento>>, página consultada el 31 de enero de 2014, información actualizada al 31 de diciembre de 2013.

²⁵³ Cabe señalar que el punto de compensación pecuniaria que aparece cumplido (punto 2 R13/2006), es por falta de interés por parte de las personas peticionarias.

²⁵⁴ Aunque el punto establece el ofrecimiento de una disculpa pública, fue aceptado de manera parcial, por lo que se cumplió con el ofrecimiento de una disculpa privada (información documentada en el expediente de seguimiento de la Recomendación 7/2011).

Gráfico 7 Estatus de cumplimiento de los puntos recomendatorios sobre salud materna



Fuente: Elaboración propia.

Para la CDHDF, la difusión de los lineamientos sobre parto humanizado ha estado en el centro de la estrategia institucional y es prioridad de su agenda en materia de salud materna. En este sentido se elaboró, en coordinación con las organizaciones GIRE y Parto Libre, la cartilla *Atención humanizada al parto*, que incluye los derechos de las mujeres durante el parto, y que a continuación se reproduce.

YA SEA DURANTE EL EMBARAZO, PARTO O POSTPARTO TIENES DERECHO A:

1. DISFRUTAR

DEL MÁS ALTO NIVEL POSIBLE DE SALUD FÍSICA, MENTAL Y SOCIAL. A RECIBIR ATENCIÓN DE CALIDAD Y CALIDEZ ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DEL EMBARAZO.

Aun cuando estos procedimientos no son lo usual en los hospitales públicos y privados de México, tienes derecho a exigirlos en el marco de los derechos humanos que implican una vida libre de violencia; además, están plenamente respaldados en la medicina basada en evidencia científica actualizada, por lo que tienes derecho a solicitarlos.

INFORMATE:
www.partolibremexico.org
 (55) 57 84 04 86
www.cdhhf.org.mx
 (55) 52 29 56 00
www.gire.org.mx
 (55) 56 98 66 04

ESTE DOCUMENTO FUE ELABORADO POR:
 PARTO LIBRE, CDHDF Y GIRE CON BASE EN:
 • Las Recomendaciones de La Organización Mundial de la Salud (OMS) para la atención del parto normal.
 • La propuesta del derecho de la mujer a un cuidado respetuoso de la maternidad por White Ribbon Alliance.
 • Las revisiones del grupo de Embarazo y Nacimiento de la Biblioteca Cochrane.

ANGIS
 GIRE
 Soluciones

CARTILLA
ATENCIÓN HUMANIZADA AL PARTO

2. SER TRATADA SIN DISCRIMINACIÓN ALGUNA Y ESTAR LIBRE DE VIOLENCIA FÍSICA, PSICOLÓGICA O INSTITUCIONAL.

Nadie puede agredirte o negarte la atención médica por tu origen étnico, género, edad, discapacidad, condición social, condición de salud, religión, preferencia sexual, estado civil o cualquier otra razón que atente contra tu dignidad. Tus necesidades específicas y preferencias culturales siempre deben ser respetadas.

3. TOMAR DECISIONES LIBRES E INFORMADAS SOBRE LA ATENCIÓN QUE RECIBES.

Recibir información objetiva, veraz y oportuna de forma clara y completa sobre los procedimientos clínicos que te van a realizar y sus consecuencias a corto y largo plazo. A este procedimiento se le llama consentimiento informado.

4. PRIVACIDAD.

Nadie te puede exponer frente a otras personas ni exhibir información personal sin tu autorización.

EN EL PROCESO DE PARTO, SIEMPRE Y CUANDO TU SALUD LO PERMITA, PUEDES:

- DECIDIR el lugar del nacimiento en caso de ser un parto normal, sin complicaciones. Actualmente tienes la posibilidad de recibir atención de calidad en: tu hogar, clínicas y hospitales.
- SOLICITAR comida/bebida durante el trabajo de parto.
- ACEPTAR O NO el uso de analgésicos o anestésicos.
- CONTAR O NO con un/a acompañante en todo momento y/o una partera.
- TENER libre movimiento durante tu trabajo de parto.
- ELEGIR la postura durante el período expulsivo.
- DEFINIR el destino de la placenta y otras prácticas culturales importantes para ti.
- ACEPTAR O NO la realización de una lavativa intestinal y el rasurado del vello púbico antes del parto.

LA OMS RECOMIENDA QUE EN LA ATENCIÓN DEL PARTO NO SE REALICEN CIERTAS PRÁCTICAS MÉDICAS DE FORMA RUTINARIA O INNECESARIA, QUE SE ATENDA DE FORMA INDIVIDUALIZADA Y DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES QUE CADA PARTO DEMANDE. RECOMENDACIONES:

SIEMPRE Y CUANDO TU SALUD LO PERMITA, LAS Y LOS PROFESIONALES DE LA SALUD DEBEN:

- PROMOVER EL PARTO VAGINAL, aun cuando hayas tenido una cesárea y siempre que así lo quieras.
- EVITAR EL USO RUTINARIO DE:
 - Episiotomía*
 - Inducción o conducción del parto
 - Rotura precoz artificial de membranas
 - Maniobras que interfieran con el esfuerzo natural de pujo
 - Exploración manual del útero postparto

CUANDO TU BEBÉ NAZCA:

- Esperar a que el cordón umbilical deje de latir antes de cortarlo.
- Tener contacto físico piel a piel con tu bebé siempre que la salud de ambos lo permita.
- Lactancia materna inmediata, de 10 minutos a dos horas, después del nacimiento.

* Corte para engrandecer la apertura vaginal y facilitar la expulsión del producto.

Consideraciones finales

La maternidad constituye un acontecimiento especial y de gran importancia en todas las culturas y países alrededor del mundo. Vivir este momento de manera libre, segura y plena es un derecho esencial de las mujeres, reconocido en un conjunto de instrumentos internacionales de derechos humanos, así como en conferencias y declaraciones consensuadas entre la comunidad internacional. En este contexto, 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, en particular de aquellos relacionados con la maternidad.

La salud materna es parte fundamental de este compromiso que implica no solamente el acceso de todas las mujeres embarazadas a los servicios de atención disponibles, suficientes, de calidad y aceptables para cursar un embarazo saludable, un parto seguro y un puerperio sin complicaciones, sino también una serie de libertades, por ejemplo, decidir sobre su propio cuerpo y hacerlo de manera informada y libre. Asimismo, se encuentra estrechamente vinculado con los derechos a recibir información, a no ser discriminada y a vivir una vida libre de violencia.

Los principales indicadores estadísticos relacionados con la salud materna dan cuenta de varios retos en México y el Distrito Federal para una efectiva protección de los derechos humanos de las mujeres. En primer lugar, se evidencia que la maternidad sigue cobrando la vida de un número alto de mujeres, muchas de ellas por causas evitables o prevenibles mediante una adecuada atención del personal especializado debidamente capacitado y culturalmente sensible.

Aunque la cobertura de la atención prenatal es casi universal en el Distrito Federal, menos de un tercio de las mujeres son atendidas desde el primer trimestre del embarazo y no todas reciben una atención adecuada ni de conformidad con los procedimientos de atención prenatal establecidos en las normas oficiales mexicanas. Otro tema de preocupación se refiere a las brechas entre grupos de edad, pues las adolescentes están en una situación de particular vulnerabilidad.

Por otro lado, se observa una proporción alta y creciente de partos por cesárea, con porcentajes mayores en el Distrito Federal que en el resto del país. Cuando se trata de situaciones de emergencia,

estas prácticas son resultado de un seguimiento deficiente del embarazo. Sin embargo, este crecimiento responde también a la tendencia de mayor medicalización del parto. En estos casos, la falta de información oportuna actúa como obstáculo para que las mujeres adopten decisiones libres y vivan plenamente sus derechos reproductivos. Cabe señalar que los hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal recurren en menor medida a la práctica de cesárea. Al contrario, en los hospitales del Seguro Social y en el sector privado este tipo de procedimiento se encuentra más generalizado. Lo anterior corresponde a situaciones en las que se hace un uso inapropiado de los avances médicos tecnológicos y, por ende, se limita a las mujeres el ejercicio de su derecho a vivir una maternidad plena.

Por su lado, los insumos institucionales de la CDHDF aportan elementos de convicción sobre la falta de recursos, la precariedad de las condiciones de prestación del servicio y la carencia de profesionales y materiales indispensables para atender debidamente las necesidades fisiológicas de las mujeres embarazadas, así como patrones discriminatorios que ponen en riesgo su salud. A través de las quejas y recomendaciones se denuncia la negación del servicio o malas prácticas médicas que llegan a cobrar la vida de las mujeres, del producto o de hijas o hijos recién nacidos, y se demuestran situaciones en las que la atención que reciben las mujeres en la red hospitalaria no es respetuosa ni libre de violencia. Al contrario, se documentan malos tratos hacia mujeres embarazadas en las distintas etapas del embarazo, parto o puerperio.

Estas prácticas que atentan en contra de los derechos reproductivos de las mujeres constituyen actos de violencia obstétrica que deben ser cabalmente investigados y, en su caso, sancionados por el Estado, en tanto dañan, lastiman y denigran a la mujer durante el embarazo, parto o puerperio, y le restan la posibilidad de vivir plenamente su maternidad y ejercer sus derechos. Resulta imprescindible alertar contra estas prácticas y difundir con mayor amplitud y de manera más sistemática las recomendaciones de la OMS a favor de un cuidado del embarazo y del parto de manera no medicalizada, con el uso de tecnología apropiada y respeto a la dignidad, privacidad, confidencialidad y toma de decisiones de las mujeres.

Mediante los instrumentos recomendatorios que emite, la CDHDF ha reiterado en varias ocasiones la necesidad de asignar mayores recursos humanos y materiales para la atención de la salud materna, agilizar la referencia de pacientes en casos de emergencias obstétricas, establecer mecanismos de supervisión de la actuación del personal médico, siendo estos mismos puntos los que registran un mayor rezago en su cumplimiento. Otra recomendación que queda pendiente se relaciona precisamente con la capacitación, difusión y observancia de la normatividad vigente en materia de parto humanizado, atención en salud materna y respeto de los derechos humanos de las mujeres, elementos esenciales para combatir prácticas de violencia obstétrica y garantizar a las mujeres una atención libre de prejuicios y de calidad en la atención del embarazo, parto y puerperio.

Frente a la persistencia de actos de violencia obstétrica en contra de mujeres embarazadas que obstaculicen el ejercicio de su derecho a vivir una maternidad libre, plena y segura, se recomienda llevar a cabo de manera prioritaria las siguientes estrategias:

- *Marco jurídico:* consolidar el marco legal y normativo para incluir cabalmente las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre cuidados del embarazo y del nacimiento, y regular el conjunto de obligaciones de la autoridad para el respeto, protección, garantía y promoción de la salud materna y la maternidad libre, plena y segura.
- *Marco político y programático:* incluir en los programas de desarrollo y planes sectoriales en salud, estrategias relacionadas con la erradicación de la violencia obstétrica, prácticas rutinarias nocivas para la salud de las mujeres, realización de cesáreas cuando no es necesario, así como la formación del personal médico en materia de derechos humanos de las mujeres y estándares internacionales relacionados con los cuidados del embarazo y nacimiento.

- *Disponibilidad de servicios de salud:* sostener una inversión creciente en el mantenimiento, modernización y ampliación de los establecimientos, bienes y servicios de salud materna en el Distrito Federal que permitan una atención de proximidad y garanticen la accesibilidad física, económica y libre de discriminación.
- *Recursos humanos y materiales:* garantizar la disponibilidad de personal especializado (incluyendo parteras y enfermeras obstetras) suficiente para la atención continua de los nacimientos, la prevención de la mortalidad materna, la aplicación de controles prenatales y posparto adecuados y la detección de partos de alto riesgo y emergencias obstétricas.
- *Calidad del servicio:* evaluar la calidad y calidez de la atención a través de la aplicación sistemática de encuestas de satisfacción a las usuarias y sus familiares; y reforzar los mecanismos para regular y fiscalizar la prestación de los servicios de salud materna, incluyendo a las instituciones privadas.
- *Emergencia obstétrica:* revisar y fortalecer los mecanismos de respuesta ágil y oportuna en caso de emergencias obstétricas, con los derechos de las mujeres como criterios que deben prevalecer sobre cualquier otro; agilizar la integración funcional entre las instituciones del sector público de salud para optimizar los establecimientos existentes y alcanzar la universalización de los servicios de salud.
- *Formación y capacitación:* redoblar esfuerzos en la formación y capacitación en derechos humanos de las mujeres, con especial énfasis en los derechos reproductivos y parto humanizado, para que el personal médico que proporciona servicios de salud materna elimine prácticas de violencia obstétrica y garantice a las mujeres una atención libre de prejuicios y con calidad durante embarazo, parto y puerperio; promover una armonización de los planes de estudio de las escuelas de medicina con los estándares de la OMS en relación con la atención del embarazo, parto y puerperio.
- *Investigación, sanción y reparación del daño:* reforzar mecanismos de supervisión y denuncias, así como los procedimientos para la investigación y sanción en casos de malas prácticas, negligencia médica o cualquier forma de violencia contra la mujer, garantizando para las víctimas una reparación integral del daño causado.
- *Acceso a información:* ampliar el acceso efectivo de las mujeres a información oportuna, completa, accesible, fidedigna, actualizada, comprensible y con un lenguaje sencillo, para que ejerzan su derecho a la autonomía personal y tomen decisiones libres respecto de su embarazo y parto, y de esta forma cuenten con herramientas para defender sus derechos.

Acrónimos y abreviaturas

CDHDF	Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (siglas en inglés)
CEPAL	Comisión Económica para América Latina
CIDH	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
Comité DESC	Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas
Corte IDH	Corte Interamericana de Derechos Humanos
CNEGR	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
Conapo	Consejo Nacional de Población
DIU	Dispositivo intrauterino
Enadid	Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica
Ensanut	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
EPU	Examen Periódico Anual
GDF	Gobierno de Distrito Federal
GIRE	Grupo de Información en Reproducción Elegida
Imjuve	Instituto Mexicano de la Juventud
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
Inmujeres	Instituto Nacional de las Mujeres
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
MEF	Mujeres en edad fértil
NOM	Norma Oficial Mexicana
OACNUDH	Oficina de Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos
OCDE	Organización para el Comercio y el Desarrollo Económicos
OMS	Organización Mundial de la Salud

ONU	Organización de Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OTB	Oclusión tuberia bilateral
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
SAEH	Sistema de Automatizado de Egresos Hospitalarios
Sedena	Secretaría de la Defensa Nacional
Sedesa	Secretaría de Salud del Distrito Federal
Siigesi	Sistema Integral de Información
Sinac	Subsistema de Información sobre Nacimientos
Semar	Secretaría de Marina
SSA	Secretaría de Salud
SSDF	Secretaría de Salud del Distrito Federal
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas (siglas en inglés)
VIH/sida	Virus de Inmunodeficiencia Humana
WHO	Organización Mundial de la Salud (siglas en inglés)

Bibliografía

Publicaciones y artículos

- Beauvoir, Simone de, *El segundo sexo*, Buenos Aires, Siglo xx, 1981.
- Bolufer Peruga, Mónica, “Ciencia y moral. En los orígenes de la maternidad totalizante”, *Mètode*, núm. 76, Universidad de Valencia, 2012.
- , “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.
- Castro, Roberto e Irene Casique, *Estudios sobre cultura, género y violencia contra las mujeres*, México, CRIM/UNAM, 2008
- Chalmers, Beverly, Viviana Mangiaterra y Richard Porter, *WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course*, *Birth* 2001, núm. 28, pp. 202-207, traducción al español en *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, vol. 21, núm. 3, 2002.
- CIDH, *Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos* (OEA/Ser.L/V/II. Doc. 61), Washington, 22 de noviembre de 2011.
- , *Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos* (OEA/Ser.L/V/II. Doc. 62), Washington, 2010.
- , *Informe Anual de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos 2008*, vol. III, Informe de la Relatoría Especial para la Libertad de Expresión (OEA/Ser.L/V/II.134), Washington, 2009.
- Comité Coordinador para la Elaboración del Diagnóstico y Programa del Distrito Federal, *Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal*, México, Comité Coordinador, 2009.
- Comité Promotor por una Maternidad Segura en México, carpeta informativa, consultada en <<http://www.maternidadsegura.org.mx/recursos/biblioteca/publicaciones-del-comite.html>>, página consultada el 6 de febrero de 2014.

- Conapo, *Perfiles de salud reproductiva. República mexicana*, México, Conapo, 2011, disponible en <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Republica_Mexicana_Perfiles_de_Salud_Reproductiva>, página consultada el 23 de diciembre de 2013.
- GDF-Sedesa, *Agenda estadística 2012*, Distrito Federal, 2012.
- GIRE-Radar 4°, *Omisión e indiferencia. Derechos reproductivos en México*, México, GIRE, 2013.
- Heredia-Pi, Ileana *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.
- Imjuve, “Estadísticas sobre Juventud en el Distrito Federal. Datos de la Encuesta Nacional de Juventud 2010”, elaborado por la Dirección de Investigación y Estudios sobre Juventud a partir de la Encuesta Nacional de Juventud 2010, disponible en <<http://snij.imjuventud.gob.mx/interactivo/ficha/Distrito%20Federal.pdf>>, página consultada el 8 de enero de 2014.
- INEGI, “Estadísticas a propósito del Día de la Madre. Datos Nacionales”, México, INEGI, 10 de mayo de 2013, disponible en <<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/aPropositom.asp?s=inegi&c=2873&ep=124>>, página consultada el 20 de diciembre de 2013.
- _____, “Estadísticas a propósito del Día de la Madre. Datos del Distrito Federal”, México, INEGI, 10 de mayo de 2013, disponible en <<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/aPropositom.asp?s=inegi&c=2873&ep=124>>, página consultada el 20 de diciembre de 2013.
- _____, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (Enadid) 2009. Metodología y tabulados básicos, disponible en <http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/metodologias/ENADID/2009/met_y_tab_enadid09.pdf>, página consultada el 7 de enero de 2004.
- INSP, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (Ensanut). Resultados por entidades federativas, Distrito Federal, México; INSP, 2013.
- Lazcano-Ponce, Eduardo, “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, 2013.
- Mojzuk, Marta, *Entre el materialismo y la construcción socio-política de la maternidad*, p. 15, disponible en <http://www.emede.net/textos/martamojzuk/maternalismo-maternidad_dea.pdf>, página consultada el 31 de enero de 2014.
- Nari, Marcela María Alejandra, *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.
- 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.
- OMS, *Guía práctica para el cuidado del parto normal*, Ginebra, OMS, 1999.
- _____, *Cuidados en el parto normal: una guía práctica*, Informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo (WHO/FRH/MSM/96.24), Ginebra, 1996.
- _____, “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.
- ONU, *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2013*, Nueva York, ONU, 2013, 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.
- _____, *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 2013.
- _____, *Informe del Relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud* (A/HRC/7/11), 31 de enero de 2008.

- _____, *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.
- _____, *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*, Beijing, 4 al 15 de septiembre de 1995 (A/CONF.177/20/Rev.1).
- _____, *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, El Cairo, 5 al 13 de septiembre de 1994.
- 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.
- ONU-OACNUDH, *Indicadores de derechos humanos. Guía para la medición y la aplicación* (HR/PUB/12/5), 2012.
- OMM, *Numeralia 2011 Mortalidad materna en México*, México, OMM, 2013, disponible en <<http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/DG%20Numeralia%202011%20ÚLTIMO%20corregida%20.pdf>>, página consultada el 20 de noviembre de 2013.
- OPS y OMS, *Salud reproductiva y maternidad saludable. Legislación nacional de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos*, Washington, OPS/OMS, 2013.
- Rich, Adrienne, *Nacida de mujer. La crisis de la maternidad como institución y como experiencia*, Barcelona, Noguer, 1976.
- Saletti Cuesta, Lorena, *Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad*, Granada, Universidad de Granada, 2008.
- Suárez-López, Leticia *et al.*, “Características sociodemográficas y reproductivas asociadas con el aumento de cesáreas en México”, en *Salud Pública de México*, vol. 55, suplemento 2, 2013.
- 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.

Observaciones, resoluciones y jurisprudencia de organismos regionales e internacionales

- CIDH, *Solución Amistosa Paulina del Carmen Ramírez Jacinto*, Informe núm. 21/07, Petición 161-02, Solución Amistosa, 9 de marzo de 2007.
- Corte Europea de Derechos Humanos, *R.R. vs. Poland*, Sentencia del 26 de mayo de 2011.
- Corte IDH, *Caso Artavia Murillo y otros (Fertilización in Vitro) vs. Costa Rica*, Serie C, núm. 257, Sentencia del 28 de noviembre de 2012.
- _____, *Caso Comunidad Indígena Xákmok Kásek vs. Paraguay*, Serie C, núm. 24, Sentencia de 24 de agosto de 2010.
- _____, *Caso Ximenes Lopes vs. Brasil*, Serie C, núm. 149, Sentencia del 4 de julio de 2006.
- _____, *Caso Comunidad Indígena Sawhoyamaxa vs. Paraguay*, Serie C, núm. 146, Sentencia del 29 de marzo de 2006.
- ONU, *México ante la CEDAW*, México, ONU-Mujeres/OACNUDH/UNFPA.
- ONU-Comité CEDAW, Observación General núm. 24, La mujer y la salud, 20° periodo de sesiones, 1999.
- _____, Observación General núm. 19, 11° periodo de sesiones, 1992.
- ONU-Comité sobre los Derechos del Niño, Observación General núm. 4 (CRC/GC/2003/4), julio de 2003.
- ONU-Comité DESC, Observación General núm. 14, 22° periodo de sesiones, Ginebra, 11 de agosto de 2000.

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

Instrumentos internacionales de derechos humanos

Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, adoptada en Belém do Pará, Brasil, el 9 de junio de 1994.

Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, adoptada por la Asamblea General en su Resolución 34/180, del 18 de diciembre de 1979.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 2200 A (XXI), el 16 de diciembre de 1996.

Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Humanos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador), aprobado en el décimo octavo periodo ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos, el 17 de noviembre de 1988.

Normatividad local y federal

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*, 7 de noviembre de 2003, última reforma publicada el 6 de noviembre de 2013.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, última reforma publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 27 de diciembre de 2013.

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.

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

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.

Ley de las Mujeres para una Vida sin Violencia, última reforma publicada en la *Gaceta Oficial del Estado de Durango* el 13 de enero de 2012.

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

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.

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.

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.

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

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.

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.

Documentos de gobierno

- 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.
- Gobierno de la República, Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 20 mayo de 2013, disponible en <<http://pnd.gob.mx>>, página consultada el 20 de enero de 2014.
- Gobierno de la República, Programa Sectorial de Salud 2013-2018, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 12 de diciembre de 2013.
- 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, 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.
- 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.
- Gobierno Federal, Ssa/Sedena/Semar, *Guía de práctica clínica. 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.
- 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, disponible en <http://www.consejeria.df.gob.mx/portal_old/uploads/gacetas/522fe67482e50.pdf>, página consultada el 27 de enero de 2014.
- Jefe de Gobierno, *Primer Informe de Gobierno del Distrito Federal*, septiembre 2013, disponible en <<http://www.informedegobiernocdmx.com>>, página consultada el 13 de enero de 2014.
- Inmujeres-DF, Programa General de Oportunidades y No Discriminación hacia las Mujeres de la Ciudad de México 2013-2018, disponible en <http://www.inmujeres.df.gob.mx/wb/inmujeres/spgioldcm2013_2018>, página consultada el 28 de enero de 2014.
- Secretaría de Salud del Distrito Federal (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.
- _____, “Tu embarazo tiene ángel. Medicina a distancia”, 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.
- Ssa, Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida 2001-2006, Mexico, Ssa, 2002, disponible en: <<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7106.pdf>>, página consultada el 17 de enero de 2014; Ssa, Programa de Acción Específico 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.

Recomendaciones de la CDHDF

Recomendación 10/2006

Recomendación 13/2006

Recomendación 2/2009

Recomendación 7/2011

Recomendación 15/2012

Recomendación 15/2013

Oficios

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.

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 DF.

Portales de internet

Portal del CNEGSR: <<http://www.cnegsr.gob.mx>>.

Portal de la CDHDF: <<http://www.cd hdf.org.mx>>.

Portal de las Naciones Unidas-Objetivos del Milenio: <<http://www.un.org/es/millenniumgoals/>>.

Portal de la OMS: <<http://www.who.int>>.

Anexo.

Estadístico mujeres 2013

Índice

1. Servicios proporcionados
2. Servicios de orientación y prevención
 - Servicios proporcionados a personas
 - Orientaciones mediante oficio
 - Servicios de colaboración
 - Remisiones
3. Servicios de protección y defensa
 - Quejas registradas y quejas calificadas como presuntamente violatorias de derechos humanos
 - Autoridades responsables
 - Derechos humanos vulnerados
4. Las mujeres y la información pública



Fotografía: Alejandro Cuevas Romo/CDHDF.

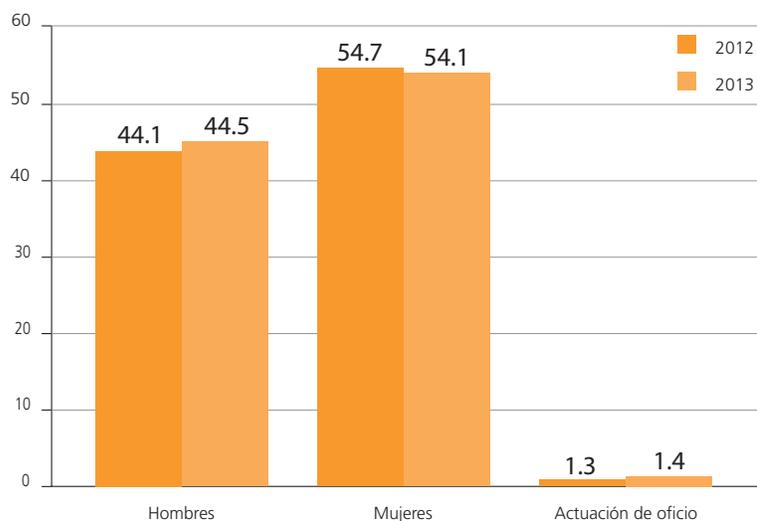
Servicios proporcionados 2012-2013

Cuadro A.1 Servicios proporcionados 2012-2013

Rubro de servicio	Periodo		Total de servicios en la gestión	Diferencia %
	2012	2013		
Servicios de orientación y prevención	20 188	20 125	40 313	-0.31
Servicios de protección y defensa	14 174	15 071	29 245	6.33
Subtotal servicios proporcionados	34 362	35 196	69 558	2.43
Oficina Información Pública	770	1 052	1 822	36.62
Total	35 132	36 248	71 380	3.18

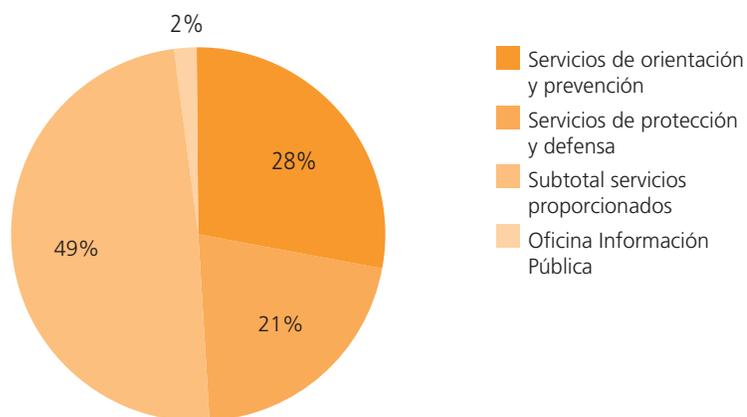
Fuente: Elaborado por el CIADH con base en el respaldo del Siigesi de 2013.

Gráfico A.1 Servicios brindados según sexo de la o el peticionario 2012-2012



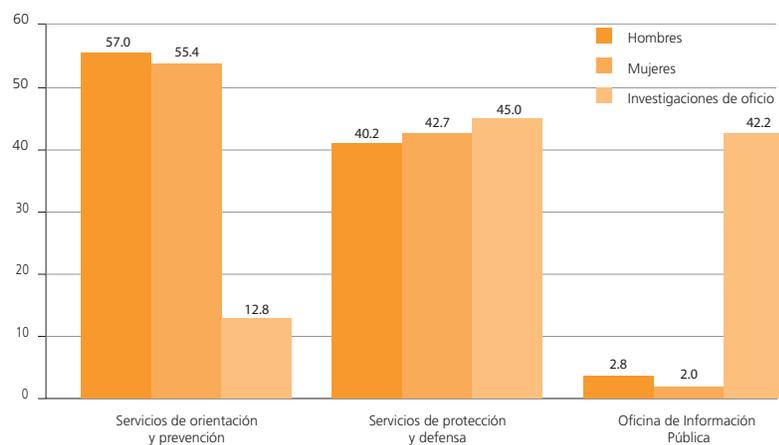
Fuente: Elaborado por el CIADH con base en el respaldo del Siigesi de 2013.

Gráfico A.2 Servicios proporcionados 2013



Fuente: Elaborado por el CIADH con base en el respaldo del Siigesi de 2013.

Gráfico A.3 Servicios brindados por sexo de las o los peticionarios 2013



Fuente: Elaborado por el CIADH con base en el respaldo del Siigesi de 2013.

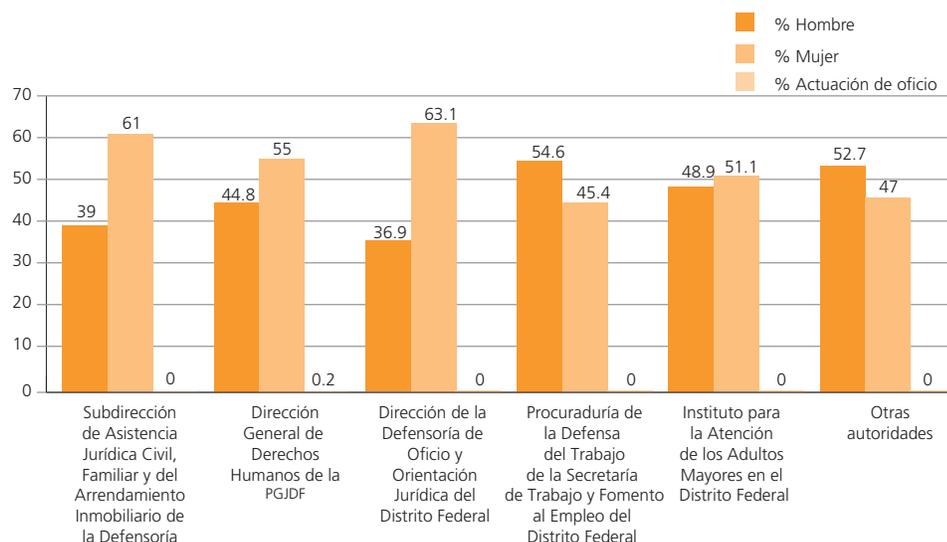
Principales servicios de orientación y prevención 2012-2013, porcentaje de peticionarias

Cuadro A.2 Servicios proporcionados

Tipo de atención	Servicios proporcionados				Diferencia % mujeres
	2012	% Mujeres	2013	% Mujeres	
Orientación verbal	13 361	57.5	12 238	56.5	-8.4
Orientación con oficio	2 309	55.6	2 408	53.3	4.3
Servicio de colaboración	1 466	49.5	1 941	51.5	32.4
Remisiones	1 053	54.9	1 157	57.8	9.9
Otros	1 999	42.4	2 381	42.9	19.1
Total	20 188	55.1	20 125	54.1	-0.3

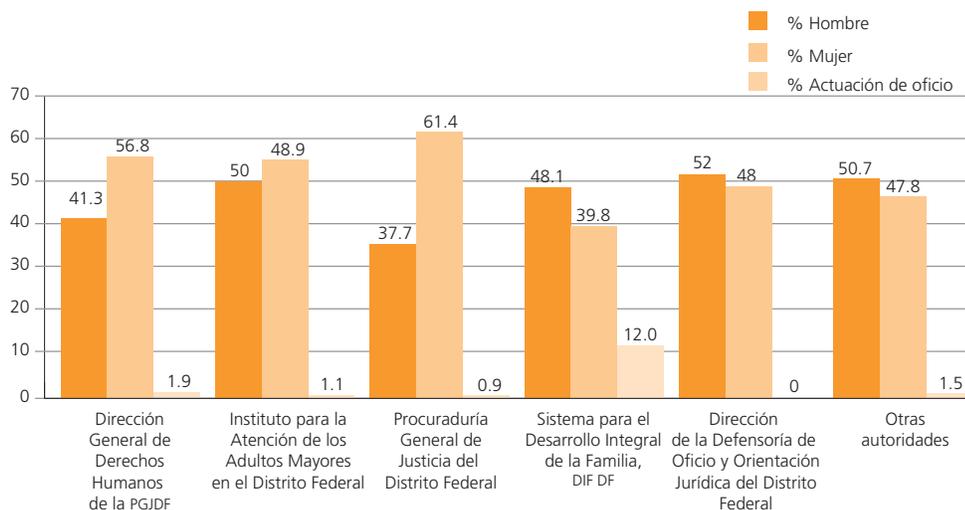
Fuente: Elaborado por el CIADH con base en el respaldo del Siigesi de 2013.

Gráfico A.4 Principales autoridades a las que se canalizó mediante oficio 2013 por sexo de las y los peticionarios



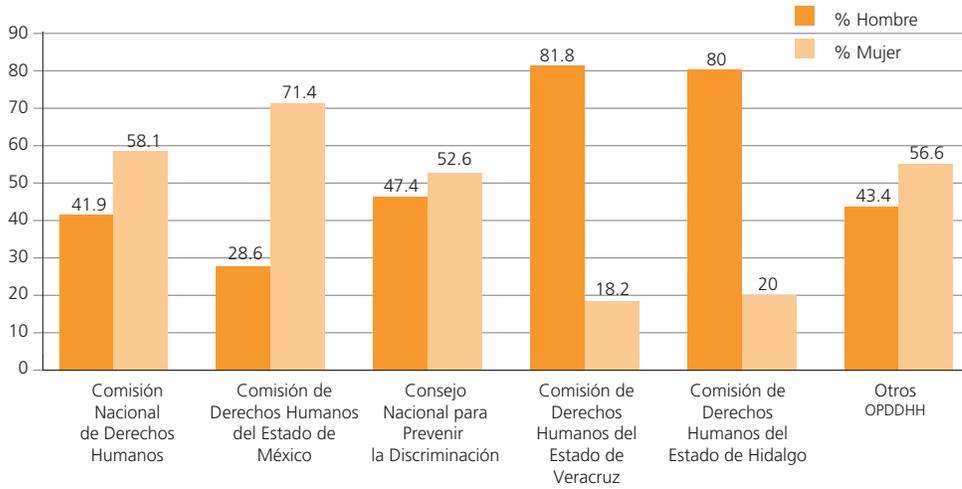
Fuente: Elaborado por el CIADH con base en el respaldo del Siigesi de 2013.

Gráfico A.5 Principales autoridades a los que se enviaron los oficios del servicio de colaboración 2013 por sexo de las y los peticionarios



Fuente: Elaborado por el CIADH con base en el respaldo del Siigesi de 2013.

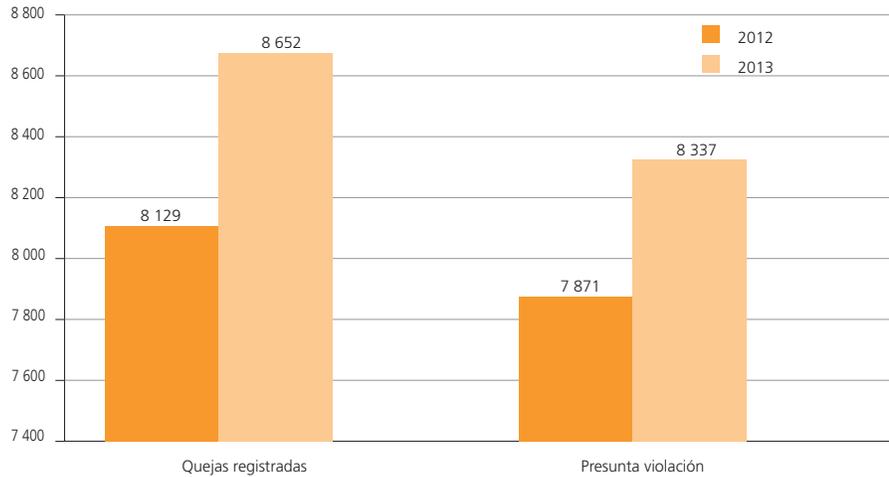
Gráfico A.6 Principales OPDDHH a los que se enviaron las remisiones 2012 por sexo de las y los peticionarios



Fuente: Elaborado por el CIADH con base en el respaldo del Siigesi de 2013.

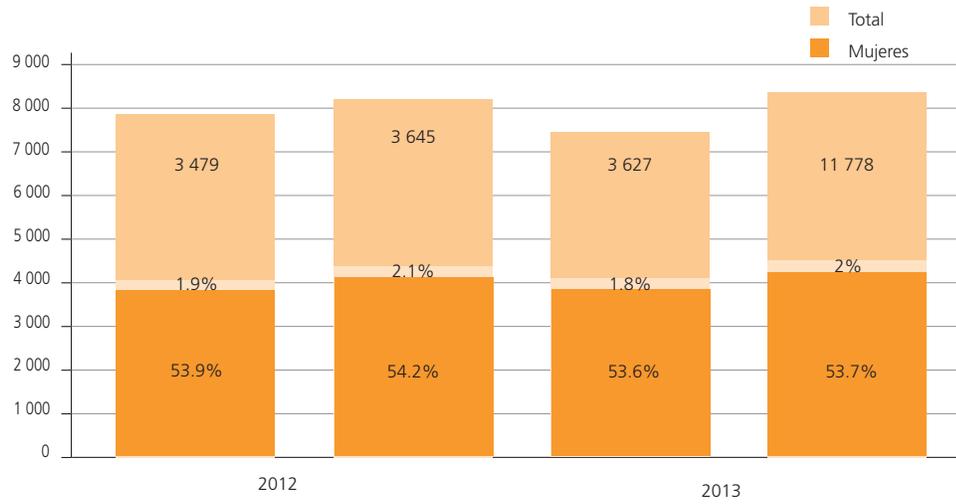
Servicios de protección y defensa

Gráfico A.7 Comparativo de quejas registradas y quejas calificadas como presuntamente violatorias de derechos humanos respecto al año anterior



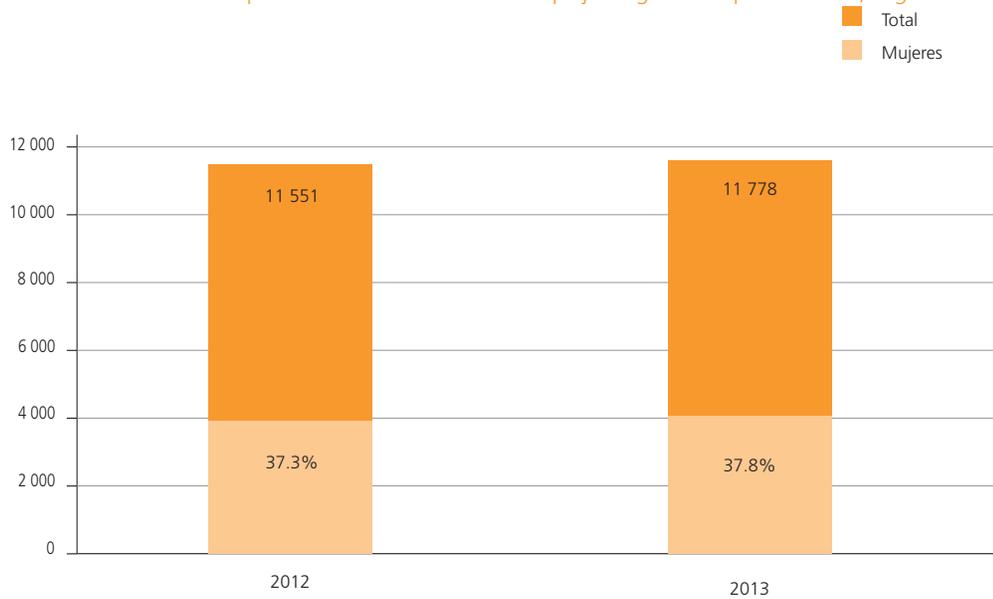
Fuente: Elaborado por el CIADH con base en el respaldo del Siigesi de 2013.

Gráfico A.8 Comparativo de quejas registradas y quejas calificadas como presuntamente violatorias de derechos humanos, según mujeres peticionarias



Fuente: Elaborado por el CIADH con base en el respaldo del Siigesi de 2013.

Gráfico A.9 Total de personas involucradas en las quejas registradas por la CDHDF, según sexo



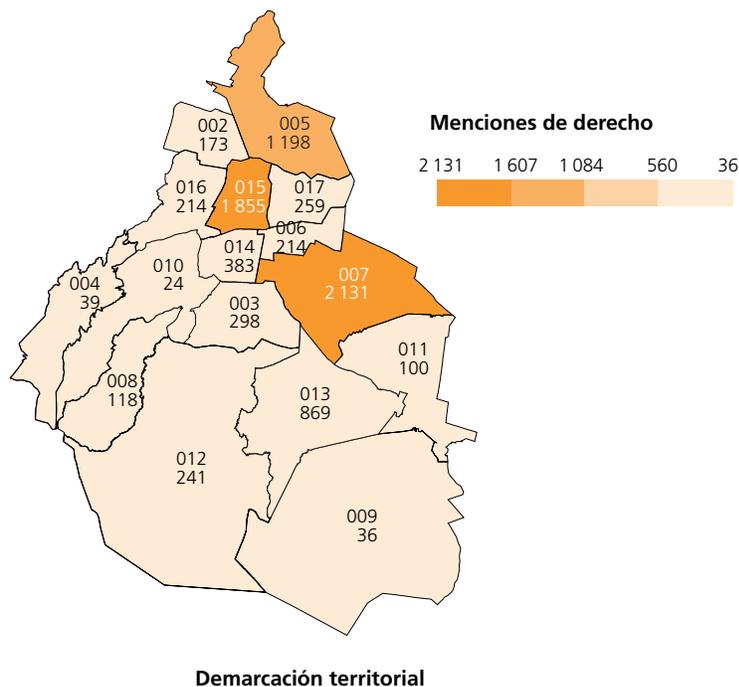
Fuente: Elaborado por el CIADH con base en el respaldo del Siigesi de 2013.

Cuadro A.3 Quejas presuntamente violatorias por demarcación territorial

Clave	Demarcación territorial	2012	2013	Respecto 2012	Total
		Total	Total		
007	Iztapalapa	1 911	2 131	11.5	4 042
015	Cuauhtémoc	1 705	1 855	8.8	3 560
005	Gustavo A. Madero	1 288	1 198	-7	2 486
013	Xochimilco	815	869	6.6	1 684
014	Benito Juárez	357	383	7.3	740
003	Coyoacán	239	298	24.7	537
017	Venustiano Carranza	248	259	4.4	507
012	Tlalpan	258	241	-6.6	499
016	Miguel Hidalgo	189	214	13.2	403
006	Iztacalco	178	214	20.2	392
010	Álvaro Obregón	195	204	4.6	399
002	Azcapotzalco	220	173	-21.4	393
008	La Magdalena Contreras	89	118	32.6	207
011	Tláhuac	91	100	9.9	191
004	Cuajimalpa de Morelos	42	39	-7.1	81
009	Milpa Alta	34	36	5.9	70
Otros	Otro estado	12	5	-58.3	17
Total		7 871	8 337	5.9	16 208

Fuente: Elaborado por el CIADH con base en el respaldo del Siigesi de 2013.

Mapa 1.1 Quejas presuntamente violatorias por demarcación territorial



Fuente: Elaborado por el CIADH con base en el respaldo del Siigesi de 2013

Cuadro A.4 Agravios registrados en contra de mujeres por demarcación territorial

Clave	Demarcación territorial	Quejas presuntamente violatorias		% Diferencia respecto de 2012	Agravios a mujeres	
		2012	2013		%	%
		Total	Total		2012	2013
002	Azcapotzalco	318	239	-24.8	45.3	43.5
003	Coyoacán	377	448	18.8	41.6	48.7
004	Cuajimalpa de Morelos	61	47	-23	41	53.2
005	Gustavo A. Madero	1 698	1 435	-15.5	24.6	21.9
006	Iztacalco	296	285	-3.7	39.9	41.1
007	Iztapalapa	2 535	2 648	4.5	30.3	31.9
008	La Magdalena Contreras	128	172	34.4	54.7	50
009	Milpa Alta	51	50	-2	58.8	54
010	Álvaro Obregón	290	296	2.1	46.6	46.3
011	Tláhuac	121	144	19	48.8	43.1
012	Tlalpan	392	325	-17.1	49.5	49.5
013	Xochimilco	992	1 038	4.6	30.6	26.6
014	Benito Juárez	528	590	11.7	50.8	47.6
015	Cuauhtémoc	2 673	2 839	6.2	42.6	44.2
016	Miguel Hidalgo	255	322	26.3	40.4	46.3
017	Venustiano Carranza	387	435	12.4	43.9	46
Otros	Otro estado	28	7	-75	32.1	57.1
Total		11 130	11 320	1.7	36.9	37.6

Nota: En una queja puede encontrarse involucrada como agraviada una o más personas y calificarse la afectación de uno o más tipos de violación. Los agravios describen el número de personas que fueron afectadas con la vulneración de los diferentes tipos de violación calificados.

Fuente: Elaborado por el CIADH con base en el respaldo del Siigesi de 2013.

Cuadro A.5 Agravios registrados de acuerdo con el ámbito de gobierno presuntamente responsable, según el sexo de las personas agraviadas

Órgano de gobierno	Total de agravios a personas		% Diferencia respecto de 2012	Agravios a mujeres	
	2012	2013		%	%
	Total	Total		2012	2013
Centralizados	11 714	11 497	-1.9	35	35.5
Delegaciones	873	1 109	27	53.4	50.4
Tribunal Superior de Justicia	541	681	25.9	45.1	45.4
Organismos Autónomos	134	110	-17.9	38.1	40
Asamblea Legislativa	2	14	600	0	42.9
Total	13 264	13 411	1.1	36.6	37.2

Nota: En una queja puede encontrarse involucrada como agraviada una o más personas y calificarse la afectación de uno o más tipos de violación. Los agravios describen el número de personas que fueron afectadas con la vulneración de los diferentes tipos de violación calificados. En una queja puede señalarse a una o más autoridades como probables responsables.

Fuente: Elaborado por el CIADH con base en el respaldo del Siigesi de 2013.

Cuadro A.6 Agravios cometidos en contra de mujeres por autoridades presuntamente responsables (administración pública del GDF)

Órgano de gobierno	Total de agravios a personas		% Diferencia respecto de 2012	Agravios a mujeres	
	2012	2013		%	%
	Total	Total		2012	2013
Secretaría de Gobierno	3 273	3 123	-4.6	24	23.5
Procuraduría General de Justicia	3 546	2 954	-16.7	42.3	45.2
Secretaría de Seguridad Pública	1 749	1 887	7.9	33	32.9
Secretaría de Salud	1 171	1 308	11.7	28.4	30
Consejería Jurídica y de Servicios Legales	469	497	6	43.1	41
Secretaría de Desarrollo Social	298	382	28.2	49.3	49.2
Secretaría del Medio Ambiente	297	292	-1.7	47.8	53.4
Secretaría de Transportes y Vialidad	241	279	15.8	34.4	29.7
Secretaría de Desarrollo Urbano y Vivienda	156	182	16.7	57.7	65.4
Secretaría de Finanzas	130	173	33.1	40	37
Otros	384	420	9.4	48.2	43.1
Centralizados	11 714	11 497	-1.9	35	35.5

Nota: En una queja puede encontrarse involucrada como agraviada una o más personas y calificarse la afectación de uno o más tipos de violación. Los agravios describen el número de personas que fueron afectadas con la vulneración de los diferentes tipos de violación calificados. En una queja puede señalarse a una o más autoridades como probables responsables.

Fuente: Elaborado por el CIADH con base en el respaldo del Siigesi de 2013.

Cuadro A.7 Agravios registrados en contra de mujeres por autoridades presuntamente responsables: jefaturas delegacionales

Órgano de gobierno	Total de agravios a personas		% Diferencia respecto de 2012	Agravios a mujeres	
	2012	2013		%	%
	Total	Total		2012	2013
Jefatura Delegacional en Cuauhtémoc	92	142	54.3	46.7	51.4
Jefatura Delegacional en Coyoacán	84	132	57.1	38.1	53.8
Jefatura Delegacional en Iztapalapa	71	124	74.6	60.6	57.3
Jefatura Delegacional en Xochimilco	63	105	66.7	52.4	46.7
Jefatura Delegacional en Gustavo A. Madero	114	101	-11.4	59.6	46.5
Jefatura Delegacional en Tlalpan	75	71	-5.3	52	46.5
Jefatura Delegacional en Miguel Hidalgo	27	68	151.9	48.1	33.8
Jefatura Delegacional en Iztacalco	46	61	32.6	60.9	54.1
Jefatura Delegacional en La Magdalena Contreras	26	60	130.8	65.4	56.7
Jefatura Delegacional en Álvaro Obregón	38	50	31.6	63.2	60
Jefatura Delegacional en Tláhuac	42	44	4.8	54.8	38.6
Jefatura Delegacional en Benito Juárez	79	40	-49.4	58.2	72.5
Jefatura Delegacional en Venustiano Carranza	55	36	-34.5	56.4	61.1
Jefatura Delegacional en Azcapotzalco	31	34	9.7	48.4	35.3
Jefatura Delegacional en Cuajimalpa de Morelos	18	21	16.7	38.9	47.6
Jefatura Delegacional en Milpa Alta	12	20	66.7	33.3	25
Delegaciones	873	1 109	27	53.4	50.4

Nota: En una queja puede encontrarse involucrada como agraviada una o más personas y calificarse la afectación de uno o más tipos de violación. Los agravios describen el número de personas que fueron afectadas con la vulneración de los diferentes tipos de violación calificados. En una queja puede señalarse a una o más autoridades como probables responsables.

Fuente: Elaborado por el CIADH con base en el respaldo del Siigesi de 2013.

Cuadro A.8 Agravios cometidos de acuerdo al ámbito de gobierno presuntamente responsable, según el sexo de las personas agraviadas (organismos autónomos)

Órgano de gobierno	Total de agravios a personas		% Diferencia respecto de 2012	Agravios a mujeres	
	2012	2013		%	%
	Total	Total		2012	2013
Universidad Autónoma de la Ciudad de México	23	28	21.7	43.5	39.3
Junta Especial Diez de la Junta Local de Conciliación y Arbitraje del Distrito Federal	3	6	100	66.7	50
Junta Local de Conciliación y Arbitraje	2	8	300	0	25
Junta Especial Siete de la Junta Local de Conciliación y Arbitraje	5	6	20	20	33.3
Junta Especial Ocho de la Junta Local de Conciliación y Arbitraje del Distrito Federal	5	5	0	20	0
Junta Especial Nueve de la Junta Local de Conciliación y Arbitraje	3	4	33.3	33.3	100
Tribunal de lo Contencioso Administrativo	1	5	400	0	40
Junta Especial Diecisiete de la Junta Local de Conciliación y Arbitraje del Distrito Federal	4	3	-25	50	0
Junta Especial Quince de la Junta Local de Conciliación y Arbitraje	4	3	-25	50	66.7
Instituto Electoral del Distrito Federal	1	3	200	0	100
Otros	83	39	-53	38.6	38.5
Organismos autónomos	134	110	-17.9	38.1	40

Nota: En una queja puede encontrarse involucrada como agraviada una o más personas y calificarse la afectación de uno o más tipos de violación. Los agravios describen el número de personas que fueron afectadas con la vulneración de los diferentes tipos de violación calificados. En una queja puede señalarse a una o más autoridades como probables responsables.

Fuente: Elaborado por el CIADH con base en el respaldo del Siigesi de 2013.

Cuadro A.9 Agravios cometidos de acuerdo al ámbito de gobierno presuntamente responsable, según el sexo de las personas agraviadas (Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal)

Órgano de gobierno	Total de agravios a personas		% Diferencia respecto de 2012	Agravios a mujeres	
	2012	2013		%	%
	Total	Total		2012	2013
Juzgados de Primera Instancia Familiares	26	56	115.4	61.5	51.8
Tribunal Superior de Justicia	6	22	266.7	50	50
Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada	10	23	130	70	47.8
Juzgado Sexagésimo Cuarto Penal	4	9	125	0	0
Juzgado Décimo Tercero Familiar	4	19	375	75	73.7
Juzgados de Primera Instancia Penales	21	15	-28.6	38.1	26.7
Juzgado Décimo Séptimo Familiar	18	14	-22.2	55.6	57.1
Juzgados Penales de Delitos no Graves del TSJDF.	5	8	60	40	37.5
Juzgado Vigésimo Primero Penal	6	10	66.7	0	20
Juzgado Quincuagésimo Sexto Penal	2	6	200	0	0
Otros	439	499	13.7	44.4	45.5
Tribunal Superior de Justicia	541	681	25.9	45.1	45.4

Nota: En una queja puede encontrarse involucrada como agraviada una o más personas y calificarse la afectación de uno o más tipos de violación. Los agravios describen el número de personas que fueron afectadas con la vulneración de los diferentes tipos de violación calificados. En una queja puede señalarse a una o más autoridades como probables responsables.

Fuente: Elaborado por el CIADH con base en el respaldo del Siigesi de 2013.

Cuadro A.10 Agravios cometidos de acuerdo al ámbito de gobierno presuntamente responsable, según el sexo de las personas agraviadas (Asamblea Legislativa)

Autoridad	Total de agravios a personas		% Diferencia respecto de 2012	Agravios a mujeres	
	2012	2013		%	%
	Total	Total	2012	2013	
Contaduría Mayor de Hacienda de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal	0	3	100	0	66.7
Asamblea Legislativa del Distrito Federal IV Legislatura	0	2	100	0	50
Presidente de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal	0	2	100	0	50
Oficialía Mayor de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal	1	1	0	0	0
Asamblea Legislativa del Distrito Federal V Legislatura	0	2	100	0	50
Comisión de Asuntos Indígenas, Pueblos y Barrios Originarios y Atención a Migrantes	0	1	100	0	0
Comisión de Derechos Humanos de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal	0	1	100	0	100
Comisión de Gobierno de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal	0	2	100	0	0
Diputada	1	0	-100	0	0
Asamblea Legislativa	2	14	600	0	42.9

Nota: En una queja puede encontrarse involucrada como agraviada una o más personas y calificarse la afectación de uno o más tipos de violación. Los agravios describen el número de personas que fueron afectadas con la vulneración de los diferentes tipos de violación calificados. En una queja puede señalarse a una o más autoridades como probables responsables.

Fuente: Elaborado por el CIADH con base en el respaldo del Siigesi de 2013.

Cuadro A.11 Agravios cometidos de acuerdo con derecho humano vulnerado, según el sexo de las personas agraviadas

Derechos vulnerados	Total de agravios a personas		% Diferencia respecto de 2012	Agravios a mujeres	
	2012	2013		%	%
	Total	Total	2012	2013	
Derechos de las personas privadas de su libertad	3911	4053	3.6	25.8	22.1
Derecho a la seguridad jurídica	3362	3777	12.3	40.2	39.4
Derecho a la salud	2377	2512	5.7	19.8	18.6
Derechos de la víctima o persona ofendida	2331	2063	-11.5	51	53.9
Derecho a la integridad personal	1855	1704	-8.1	32.3	27.1
Derecho al debido proceso y garantías judiciales	1798	1693	-5.8	35.5	34.5
Derecho a la libertad y seguridad personales	1027	1057	2.9	29.1	25.9
Derecho al trabajo	749	1023	36.6	47.3	47
Derechos de la niñez	769	751	-2.3	58	58.1
Derecho de petición y pronta respuesta	405	475	17.3	39.3	34.1
Otros	2422	2603	7.5	47.4	49.5
Derechos vulnerados	21006	21711	3.4	36.5	35.2

Nota: En una queja puede encontrarse involucrada como agraviada una o más personas y calificarse la afectación de uno o más tipos de violación. Los agravios describen el número de personas que fueron afectadas con la vulneración de los diferentes tipos de violación calificados. En una queja puede señalarse a uno o más derechos humanos presuntamente vulnerados.

Fuente: Elaborado por el CIADH con base en el respaldo del Siigesi de 2013.

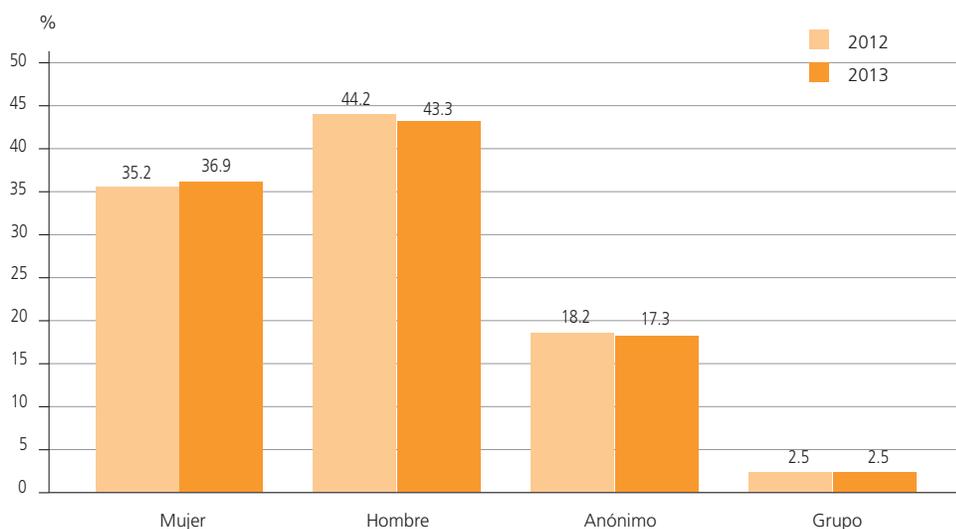
Las mujeres y la información pública

Cuadro A.12 Solicitudes de información pública y datos personales 2012-2013

Sexo de la o el solicitante	Periodo		Diferencia %
	2012	2013	
Mujer	271	388	43.2
Hombre	340	456	34.1
Anónimo	140	182	30
Grupo	19	26	36.8
Total	770	1 052	36.6

Fuente: Elaborado por el CIADH con base en el respaldo del Siiges de 2013.

Gráfico A.10 Solicitudes de información pública y datos personales 2012-2013 por sexo de las y los peticionarios 2012-2013



Fuente: Elaborado por el CIADH con base en el respaldo del Siiges de 2013.

Notas aclaratorias

- En una queja puede encontrarse involucrada como agraviada una o más personas y calificarse la afectación de uno o más tipos de violación. Los agravios describen el número de personas que fueron afectadas con la vulneración de los diferentes tipos de violación calificados.
- Los expedientes de queja se reportan de acuerdo con el avance que presenta la investigación al momento de realizar la consulta, por lo que es importante considerar que la situación y/o calificación de los expedientes puede modificarse diariamente de acuerdo con el trámite de investigación e integración.

Informe anual 2013. Volumen II
Salud materna y violencia obstétrica. La situación de los derechos humanos
de las mujeres en el Distrito Federal
se terminó de editar en marzo de 2014
Para su composición se utilizaron tipos Minion Pro y Frutiger LT Std.



www.cd hdf.org.mx

COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DEL DISTRITO FEDERAL
Oficina sede
Avenida Universidad 1449, col. Florida, pueblo de Axotla,
del. Álvaro Obregón, 01030 México, D. F., tel.: 5229 5600