



INFORME MUJERES 2013

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

Volumen II

Ciudad de México, marzo de 2014



INFORME **MUJERES** **2013**

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

Volumen II

Ciudad de México, marzo de 2014

COORDINACIÓN GENERAL E INTEGRACIÓN: Domitille Delaplace.

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

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

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

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

FOTOGRAFÍA DE PORTADA: Alejandro Cuevas Romo/CDHDF.

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

Primera edición, 2014

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

ISBN: 978-607-7625-78-0

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

Por una maternidad libre, plena y segura

Índice

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

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

Resumen ejecutivo

La salud materna en el derecho internacional

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



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

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

Datos sobre salud materna en el Distrito Federal

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

La CDHDF y la salud materna

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

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

Propuestas

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

Introducción

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

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

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

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

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

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

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

Planteamiento del problema

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¹¹ *Ibidem*, párrafo 96.

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

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

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

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

Fotografía: Alejandro Cuevas Romo/CDHDF.



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

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

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

Objetivos general y específicos

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

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

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

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

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

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

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

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

Metodología

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

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

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

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

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

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

²¹ *Ibidem*, p. 39.

²² *Ibidem*, p. 40.

²³ *Ibidem*, p. 41.

²⁴ *Ibidem*, p. 42.

²⁵ *Ibidem*, p. 43.

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

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

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

Estructura

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

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

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

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

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

Reflexión inicial sobre la salud materna

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

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

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

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

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

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

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

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

Cuadro 1 Indicadores sobre salud materna, 2010

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

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

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

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

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

³¹ *Idem*.

³² *Ibidem*, p. 30.

³³ *Idem*.

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

La importancia de la maternidad en el pensamiento feminista

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

EL MITO DE LA MATERNIDAD

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

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

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

⁴⁰ *Ibidem*, p. 10.

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

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

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

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

LA MATERNIDAD COMO OPRESIÓN PATRIARCAL

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

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

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

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

⁴⁵ *Ibidem*, pp. 74 y 75.

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

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

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

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

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

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

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

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

La salud materna en el derecho internacional de los derechos humanos

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

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

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

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

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

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

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

⁵⁶ *Idem*.

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

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

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

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

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

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

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

⁵⁹ *Ibidem*, párrafo 96.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cuadro 3 (continuación)

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

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

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

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

OBLIGACIÓN DE RESPETAR

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

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

OBLIGACIÓN DE PROTEGER

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

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

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

⁷⁵ *Ibidem*, p. 39.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⁸² *Ibidem*, párrafo 41.

⁸³ *Ibidem*, párrafo 39.

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

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

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

⁸⁷ *Ibidem*, Recomendaciones 74 y 75.

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

OBLIGACIÓN DE GARANTIZAR

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⁹⁴ *Ibidem*, párrafo 43.

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

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

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

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

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

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

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

OBLIGACIÓN DE PROMOVER

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¹⁰⁹ *Idem*.

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

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

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

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

¹¹⁴ *Ibidem*, párrafo 33.

¹¹⁵ *Ibidem*, párrafo 91.

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

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

¹¹⁸ *Ibidem*, párrafo 94.

¹¹⁹ *Ibidem*, párrafo 116.

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

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

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



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

La salud materna en el marco jurídico e institucional federal

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

Marco legal federal en vigor

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cuadro 4

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

Cuadro 4 (continuación)

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

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

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

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

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

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

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

¹³² *Ibidem*, 1. Campo de aplicación.

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

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

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

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

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

¹³³ *Ibidem*, Introducción.

¹³⁴ *Ibidem*, puntos 5.1.1.

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

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

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

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

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

¹³⁷ *Ibidem*, Introducción.

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

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

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

¹⁴¹ *Ibidem*, p. 7.

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

¹⁴³ *Ibidem*, p. 8.

¹⁴⁴ *Idem*.

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

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

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

¹⁴⁵ Véase punto 2.1.1.

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

¹⁴⁷ *Ibidem*, p. 117.

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

¹⁴⁹ Gobierno de la República, Programa Sectorial de Salud 2013-2018, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 12 de diciembre de 2013, p. 57.

¹⁵⁰ *Ibidem*, p. 59.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cuadro 7 Recomendaciones a México en materia de salud materna

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

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

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

¹⁵⁵ *Idem*.

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

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

Cuadro 7 (continuación)

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

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

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

Marco legal y normativo aplicable en el Distrito Federal

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

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

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

¹⁵⁹ *Ibidem*, artículo 3°.

¹⁶⁰ *Ibidem*, artículo 5°.

¹⁶¹ *Ibidem*, artículo 49.

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

¹⁶³ *Ibidem*, artículo 10.

¹⁶⁴ *Idem*.

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

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

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

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

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

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

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

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

¹⁶⁷ *Ibidem*, artículo 2°.

¹⁶⁸ Véase puntos 2.2.1 y 2.1.1.

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

¹⁷⁰ Inmujeres-DF, Programa General de Oportunidades y No Discriminación hacia las Mujeres de la Ciudad de México 2013-2018, pp. 40-50, disponible en <http://www.inmujeres.df.gob.mx/wb/inmujeres/spgiiodcm2013_2018>, página consultada el 28 de enero de 2014.

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

¹⁷² *Ibidem*, p. 128.

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

Cuadro 8

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

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

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

¹⁷³ *Ibidem*, p. 8.

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

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

Cuadro 9 Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal

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

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

Líneas de acción

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

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

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

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

RED HOSPITALARIA DEL DISTRITO FEDERAL CON SERVICIOS OBSTÉTRICOS

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

Cuadro 10

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

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

ND: No disponible.

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

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



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

Nota: Incluye todos los hospitales de la red.

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

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

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

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

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

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

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

¹⁷⁹ *Idem*.

¹⁸⁰ *Idem*.

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

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

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

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.*

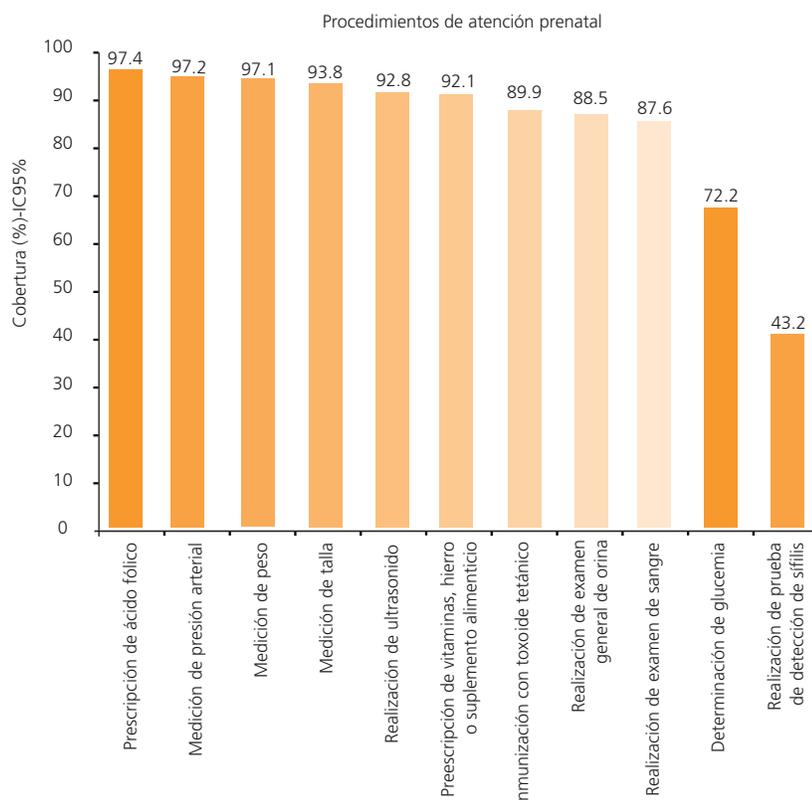
²⁰⁹ INSP, Ensanut 2012, *op. cit.*, p. 39.

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.

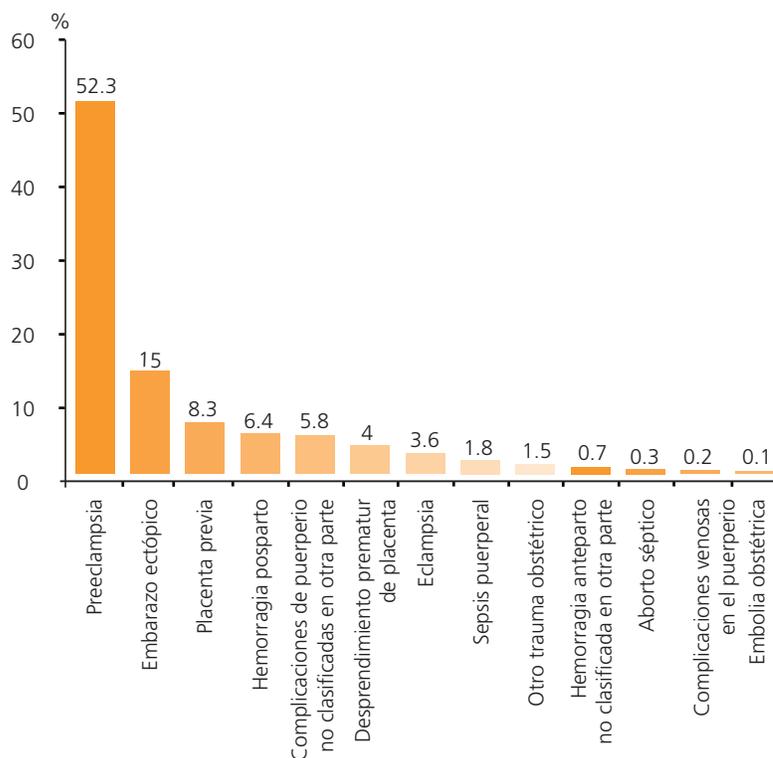
²²⁷ Leticia Suárez-López *et al.*, “Características sociodemográficas y reproductivas asociadas con el aumento de cesáreas en México”, en *Salud Pública de México*, vol. 55, suplemento 2, 2013, p. 226.

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.

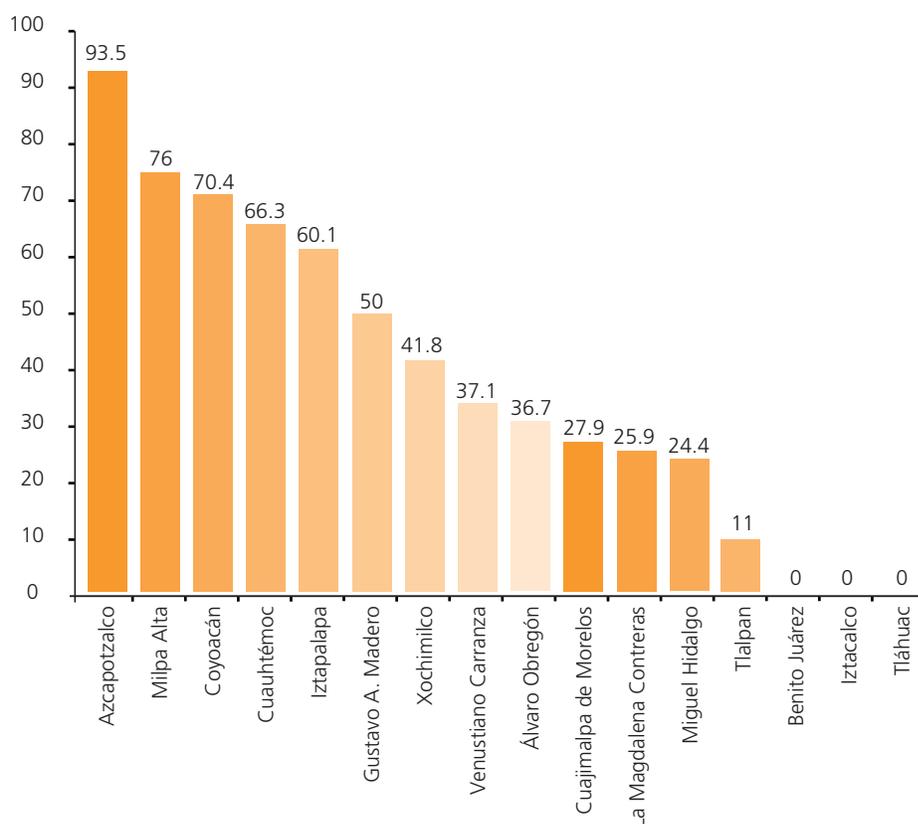
²³³ *Idem*.

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.

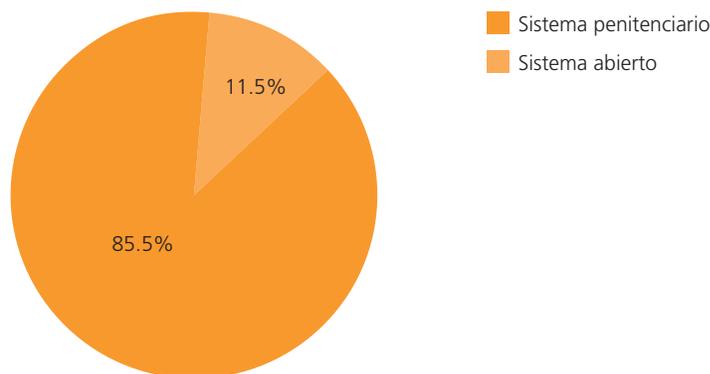
²³⁷ Eduardo Lazcano-Ponce, “Cobertura de atención del parto en México. Su interpretación en el contexto de la mortalidad materna”, en *Salud Pública de México*, vol. 55, suplemento 2, 2013, p. 220.

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



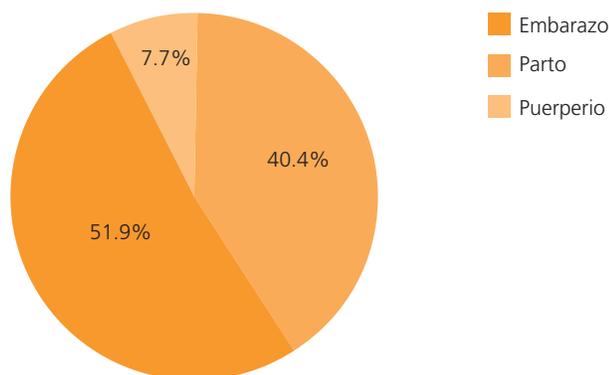
Fuente: Elaboración propia.

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 Cuauhtepc (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 Cuauhtepic.	Totalmente	En seguimiento

²⁴¹ Se mencionan los hospitales Inguarán, Tláhuac, Cuauhtepic, 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

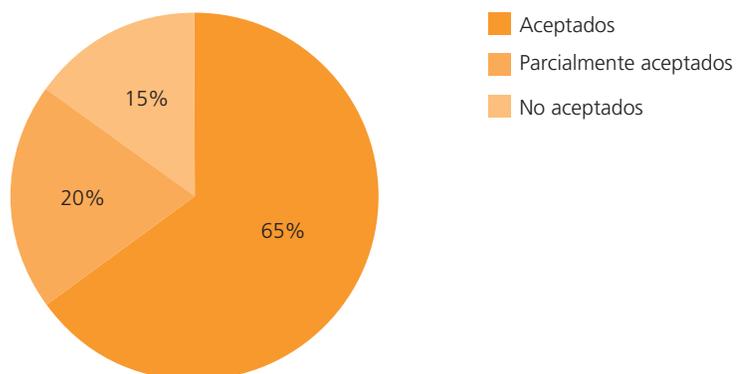
Tipo de medidas	Total de menciones	Descripción de las medidas
Creación y revisión, difusión y estandarización de protocolos, normas y criterios de actuación	15	Agilizar la colaboración entre instituciones y vigilar la aplicación del Manual de Procedimientos para la Referencia y Contrarreferencia y del 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 ginecología 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).

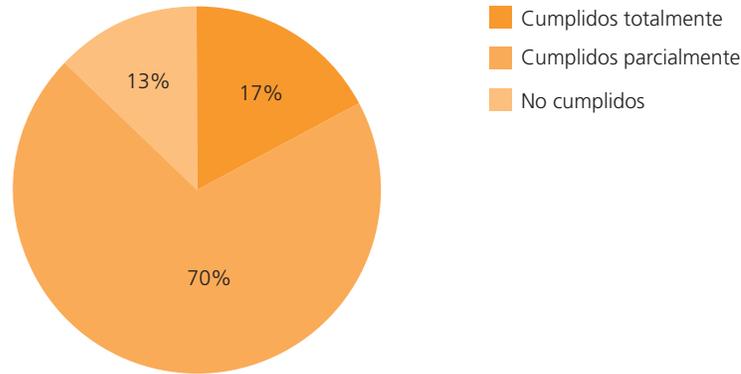
²⁵¹ Los ocho puntos recomendatorios que no fueron aceptados por la autoridad no se contabilizan dentro de los puntos en seguimiento, por lo que en total son 46 los puntos en seguimiento.

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.

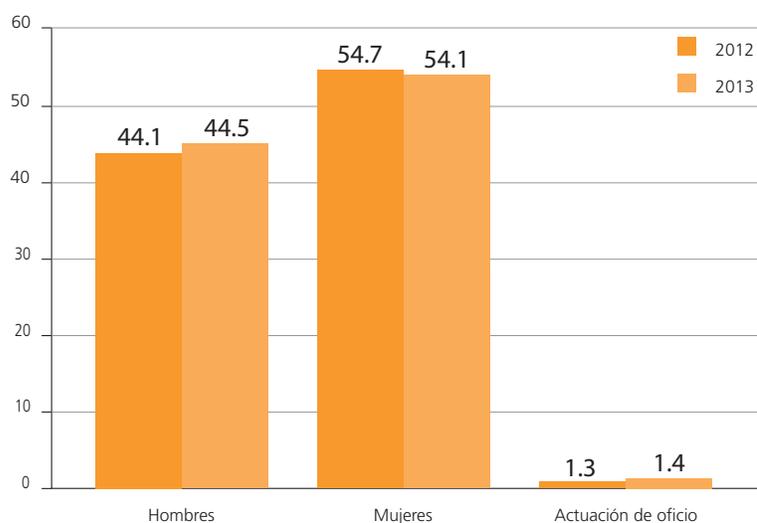
Servicios proporcionados 2012-2013

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

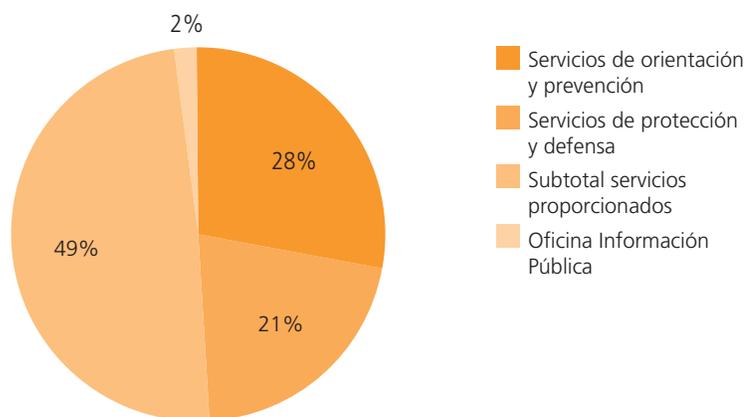
Fuente: Elaborado por el CIADH con base en el respaldo del Siigesi de 2013.

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



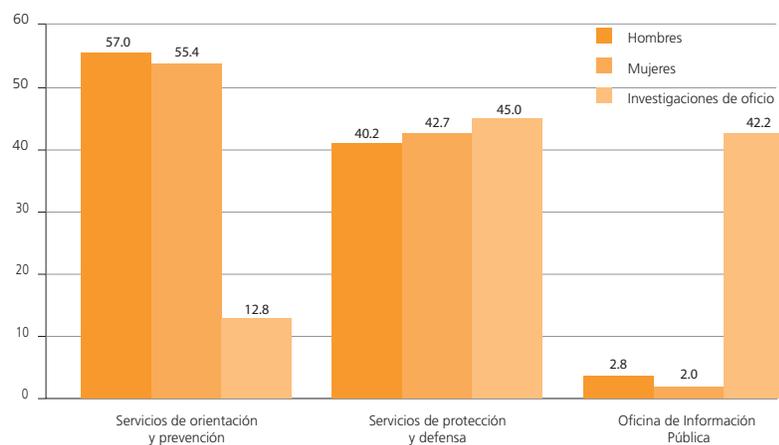
Fuente: Elaborado por el CIADH con base en el respaldo del Siigesi de 2013.

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.

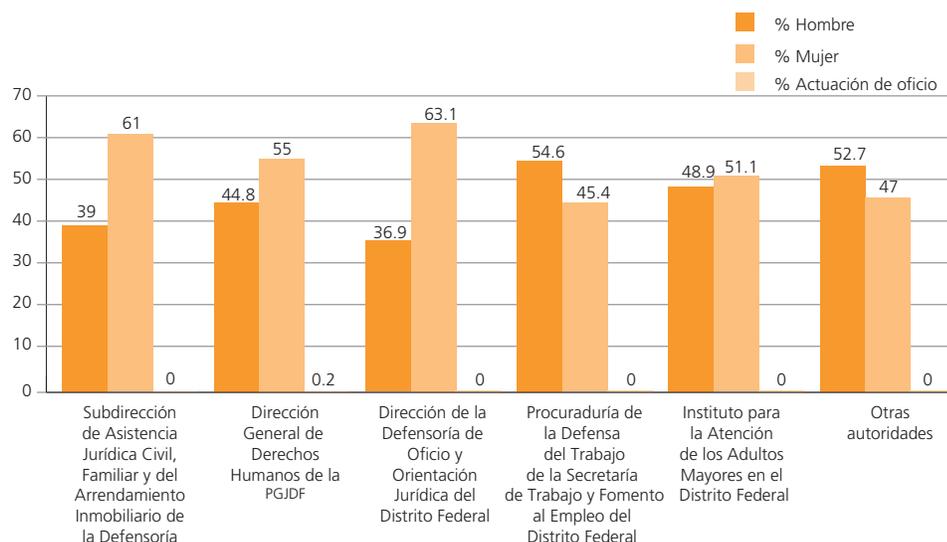
Principales servicios de orientación y prevención 2012-2013, porcentaje de peticionarias

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

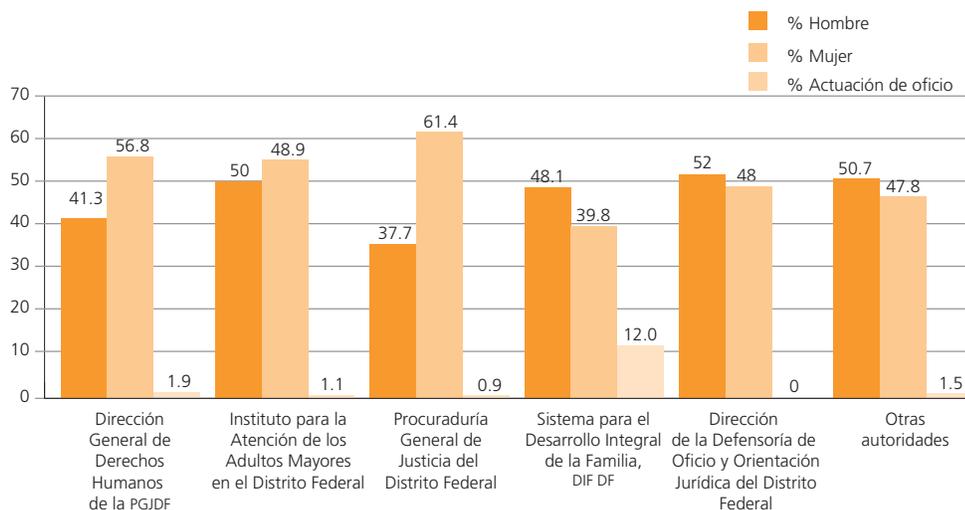
Fuente: Elaborado por el CIADH con base en el respaldo del Siigesi de 2013.

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



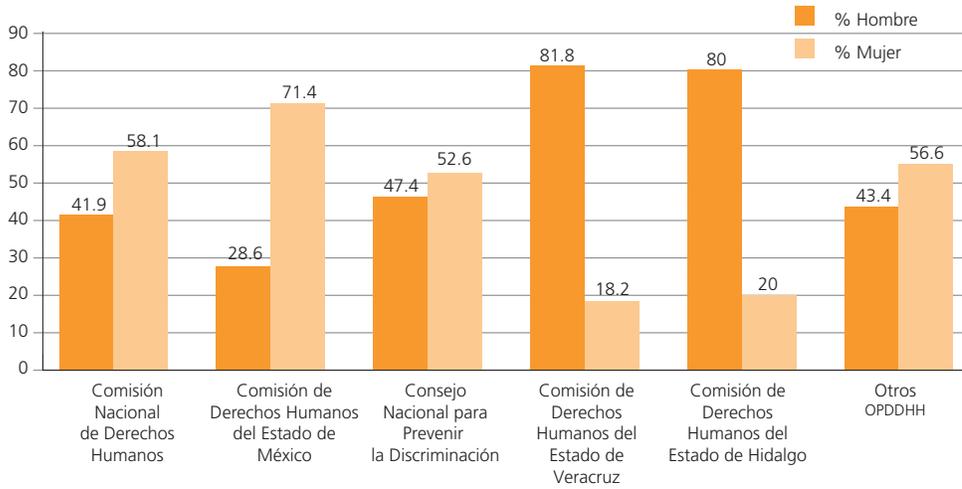
Fuente: Elaborado por el CIADH con base en el respaldo del Siigesi de 2013.

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.

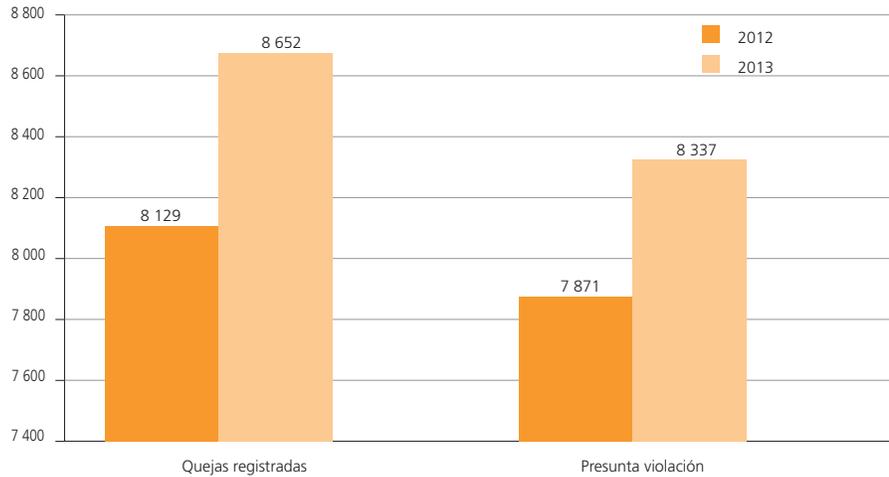
Gráfico A.6 Principales OPDDHH a los que se enviaron las remisiones 2012 por sexo de las y los peticionarios



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

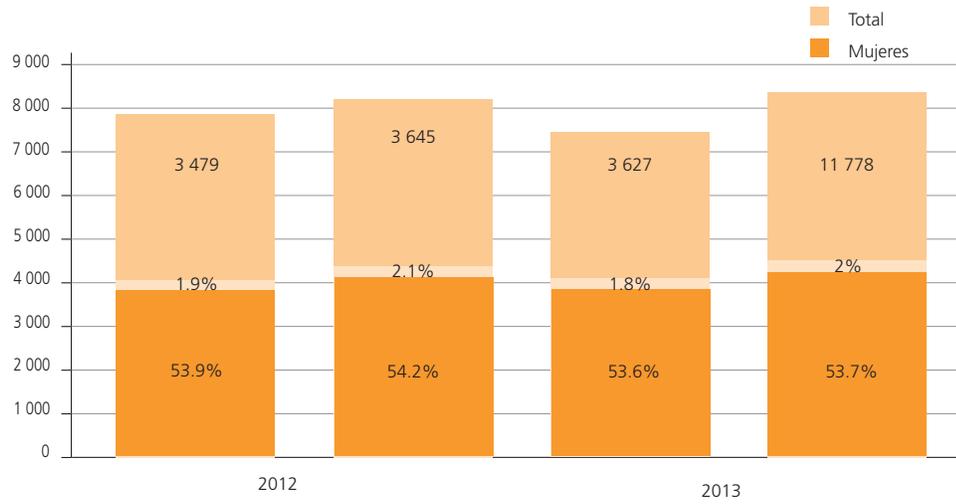
Servicios de protección y defensa

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



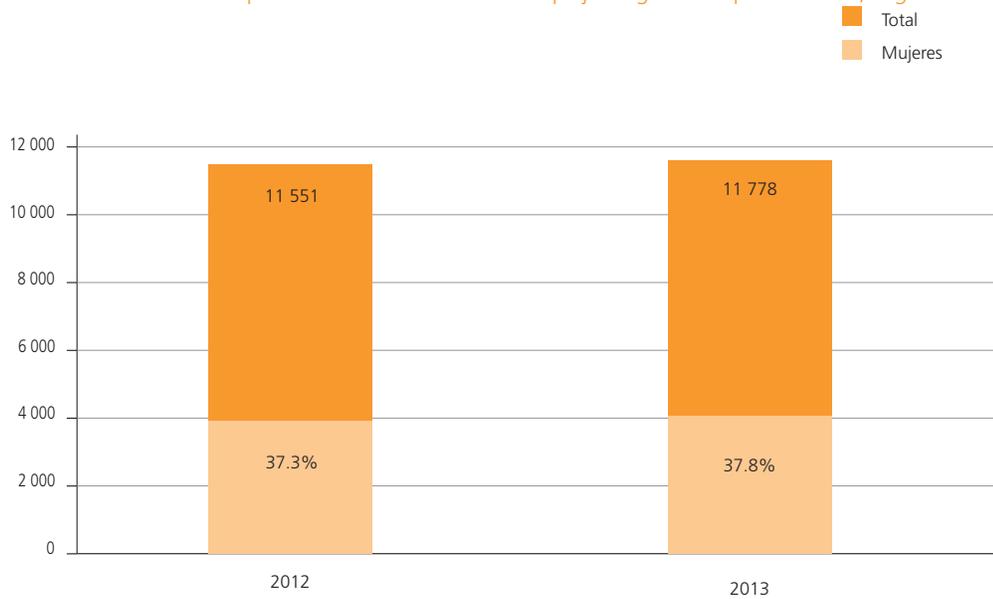
Fuente: Elaborado por el CIADH con base en el respaldo del Siigesi de 2013.

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



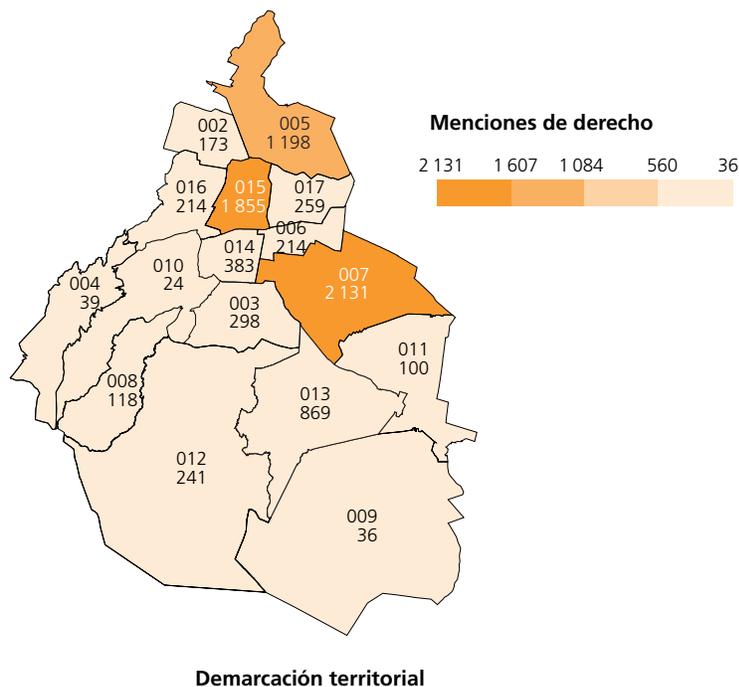
Fuente: Elaborado por el CIADH con base en el respaldo del Siigesi de 2013.

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.

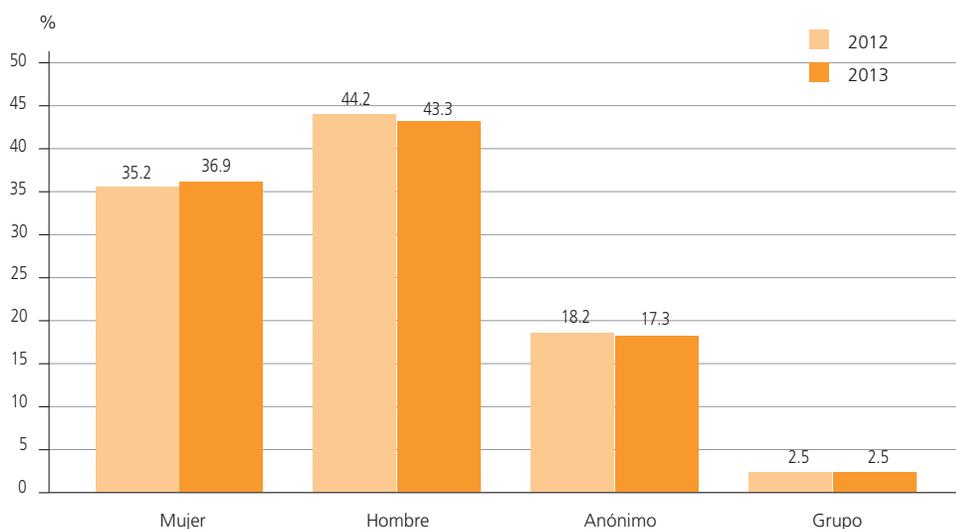
Las mujeres y la información pública

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