2018

LA PIEZA FALTANTE
JUSTICIA REPRODUCTIVA

EMBARAZO ADOLESCENTE
PENALIZACIÓN DEL ABORTO
VIOLENCIA OBSTÉTRICA
MUERTE MATERNA
SEGURIDAD SOCIAL INCOMPLETA

GIRE

2018

LA PIEZA FALTANTE

JUSTICIA REPRODUCTIVA

EMBARAZO ADOLESCENTE
PENALIZACIÓN DEL ABORTO
VIOLENCIA OBSTÉTRICA
MUERTE MATERNA
SEGURIDAD SOCIAL INCOMPLETA

GIRE

GIRE

Dirección
REGINA TAMÉS
JIMENA SORIA

Administración
SILVIA GARCÍA
STEFANI DURÁN
CATALINA GONZÁLEZ
MARIO MACÍAS
MICAELA MACÍAS
PABLO ORTEGA
MARÍA DEL MAR TORRE

Comunicación
BRENDA RODRÍGUEZ
DUNIA CAMPOS
OMAR FELICIANO
MARTY MINNICH
CECILIA RODRÍGUEZ
ELENA ROJAS

Contabilidad
ROSA MARÍA ROSAS
MARGARITA GONZÁLEZ
SUSANA IBARREN
KAREN MEDINA
SAÚL MEZA

Desarrollo Institucional
JENNIFER PAINE
JULIETA HERRERA
ANTONINA WEBER

Documentación y litigio de casos
ALEX ALÍ MÉNDEZ
JACQUELINE ÁLVAREZ
ELBA ARAGÓN
ENRIQUE ARCIPRESTE
ALEHÍ BALDERAS
OFELIA BASTIDA
YOLANDA MOLINA
MARCO MORENO

Incidencia en política pública
REBECA RAMOS
FRANCISCO CUÉ MARTÍNEZ
ALEJANDRO GALLAND
REBECA LOREA
ADRIANA MURRIETA

Investigación
ISABEL FULDA
VERÓNICA ESPARZA
VALENTINA GÓMEZ
KATIA GUZMÁN
KAREN LUNA
MARIANA ROCA

La pieza faltante. Justicia reproductiva
Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C.
Coyoacán, C.P. 04030, Ciudad de México
Teléfono: 5658.6684
correo@giremx.org.mx
gire.org.mx / justiciareproductiva.gire.org.mx
f: GrupodeInformacionenReproduccionElegida
t: @GIRE_mx

CRÉDITOS EDITORIALES

Dirección
REGINA TAMÉS

Coordinación
ISABEL FULDA

Investigación
y texto
VERÓNICA ESPARZA
ISABEL FULDA
KAREN LUNA

Acceso
a la información
VALENTINA GÓMEZ
ANA ESTUDILLO
KATIA GUZMÁN
MARIANA ROCA

Cuidado editorial
MARIANA ROCA

Corrección de estilo
DUNIA CAMPOS
CECILIA RODRÍGUEZ

Fotografía
ARCHIVO GIRE
CUARTOSCURO
SHUTTERSTOCK

Diseño
MARÍA CARRAL
MARÍA CALDERÓN
DATA CÍVICA

AGRADECIMIENTOS

Consejo Asesor
de GIRE
MARTA LAMAS
GERARDO BARROSO
ROY CAMPOS
GENARO LOZANO
FRANCISCA POU
KARLA IBERIA SÁNCHEZ
MARÍA LUISA SÁNCHEZ FUENTES
CECILIA SUÁREZ
ROBERTO TAPIA
RODOLFO VÁZQUEZ
JOSÉ WOLDENBERG

El trabajo de GIRE cuenta con el apoyo de varios donantes individuales y de fundaciones, entre ellos: dos anónimos; la Unión Europea; la Fundación Ford, Oficina para México y Centroamérica; la Fundación William and Flora Hewlett; la Fundación W.K. Kellogg; la Fundación John D. and Catherine T. MacArthur; la Fundación Stewart R. Mott, y la Sigrid Rausing Trust.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN 9

I. EMBARAZO ADOLESCENTE 11
I.1 SITUACIÓN EN MÉXICO 17
I.2 POLÍTICA PÚBLICA 36
I.3 CONCLUSIONES 42

2. PENALIZACIÓN DEL ABORTO 45
2.1 SITUACIÓN EN MÉXICO 51
2.2 ACCESO A LA JUSTICIA 73
2.3 CONCLUSIONES 77

3. VIOLENCIA OBSTÉTRICA 79
3.1 SITUACIÓN EN MÉXICO 84
3.2 ACCESO A LA JUSTICIA 95
3.3 CONCLUSIONES 109

4. MUERTE MATERNA 111
4.1 SITUACIÓN EN MÉXICO 116
4.2 ACCESO A LA JUSTICIA 130
4.3 CONCLUSIONES 141

5. SEGURIDAD SOCIAL INCOMPLETA 143
5.1 SITUACIÓN EN MÉXICO 149
5.2 ACCESO A LA JUSTICIA 167
5.3 CONCLUSIONES 173

PENDIENTES URGENTES 175

ANEXO 181

Foto: Archivo GIRE

INTRODUCCIÓN

Al día de hoy, en México no existen condiciones que permitan a las mujeres decidir sobre su vida reproductiva: hay elevados números de niñas y adolescentes embarazadas, afectadas por un contexto grave de violencia sexual que el Estado sigue fallando en remediar; obstáculos de acceso a servicios como anticoncepción de emergencia y aborto por violación; criminalización de las mujeres que abortan; violencia obstétrica cotidiana durante el embarazo, parto y posparto y mujeres que mueren en el parto por causas prevenibles, dejando familias atrás. A las fallas estructurales del sistema de salud se suma el hecho de que la mayoría de las personas en México esté empleada en el sector informal, lo que limita su acceso a la seguridad social y, por tanto, a ciertas prestaciones, como licencias de maternidad y estancias infantiles. Las mujeres, que siguen asumiendo un papel principal en las labores del hogar y de cuidados, cargan con esta falta de acceso a servicios, que afecta de manera particular a quienes, de por sí, viven condiciones múltiples de discriminación, como las niñas y adolescentes, las mujeres indígenas y las personas que viven con una discapacidad.

El Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) ha trabajado por más de 25 años en la defensa y promoción de los derechos reproductivos en Mexico. Durante este tiempo ha visibilizado los obstáculos normativos y estructurales para el ejercicio pleno de los derechos humanos de las mujeres en relación con su vida reproductiva. Desde 2011, ha documentado el panorama de los derechos reproductivos en el país a partir de la publicación de informes periódicos, que dan cuenta de las deudas del Estado mexicano que, administración tras administración, se dejan en segundo plano.

La pieza faltante busca mostrar el estado de cinco problemáticas cuya atención es urgente para avanzar hacia la justicia reproductiva de las mujeres en México. Para ello, se basa en fuentes documentales: leyes y normas administrativas federales y locales, datos estadísticos, información pública obtenida mediante mil 856 solicitudes de acceso a la información para el periodo de 2012 a 2017, así como casos de mujeres y familias que GIRE ha acompañado en su búsqueda por la justicia y por una reparación integral por violaciones a sus derechos humanos.[1] El panorama presentado pretende servir como punto de partida para determinar acciones concretas que permitan al Estado mexicano, en el contexto del cambio de gobierno, dejar atrás la inercia de considerar que los derechos humanos de las mujeres pueden quedar pendientes y que temas como la corrupción y la impunidad no tienen una relación con las experiencias que viven las mujeres en México todos los días. GIRE presenta *La pieza faltante* con la convicción plena de que una verdadera transformación del país hacia una democracia más libre y justa no será posible si se deja de lado a las mujeres.

1 GIRE clasifica los casos que conoce en registro, documentación y acompañamiento. Los primeros se refieren a aquellos en los que no se logró contactar directamente a la víctima o sus familiares. Los segundos, cuando se realizó al menos una entrevista presencial, pero no se emprendió una acción jurídica o de otro tipo. Los terceros son aquellos en los que GIRE llevó a cabo alguna labor para acompañarlos en el acceso a la justicia. Esto incluye amparos y quejas ante comisiones de derechos humanos.

1

EMBARAZO ADOLESCENTE

EMBARAZO ADOLESCENTE

Se relaciona con altos índices de violencia sexual y falta de acceso a servicios como el aborto, así como la falta de información y acceso a anticonceptivos para todas las personas.

EN EL MUNDO LAS ADOLESCENTES

50% más riesgo de perder un embarazo o de enfrentar la muerte de sus recién nacidos en comparación con las mujeres entre 20 y 29 años.

Fuente: OMS, 2014.

SEGUNDA

CAUSA DE MUERTE

entre las adolescentes de 15 a 19 años.

Fuente: OMS, 2014.

11% de todos los nacimientos son de madres adolescentes.

95% ocurren en países de bajos y medianos ingresos.

Fuente: OMS, 2018.

EN MÉXICO

73.6/1000
MUJERES

tuvieron un hijo entre los 15 y 19 años. La tasa más alta de fecundidad adolescente entre los miembros de la OCDE.

Fuente: OCDE, INMUJERES, 2017.

2016

10.09% DE LAS MUJERES QUE TUVIERON UN EMBARAZO ADOLESCENTE FUERON VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Fuente: ENDIREH, 2016.

2017

390 MIL

NIÑAS Y ADOLESCENTES
SE CONVIRTIERON EN MADRES, LO QUE EQUIVALE A:
UNO DE CADA 6 NACIMIENTOS

Fuente: INEGI, 2018.

48.4%

de las adolescentes que se embarazaron en 2014, no querían que ocurriera.

Fuente: OCDE, INMUJERES, 2017.

EN PROMEDIO 2 NACIMIENTOS DE MADRES DE 10 Y 11 AÑOS, POR DÍA

Fuente: INEGI, 2018.

Foto: Cuartoscuro

En México, el INEGI registró en 2017 que un total de 390 mil 89 mujeres menores de 20 años fueron madres; de ellas, 9 mil 748 eran niñas menores a 15 años y 380 mil 341, adolescentes entre 15 y 19 años. El embarazo adolescente es un fenómeno multifactorial que requiere políticas públicas efectivas e integrales dirigidas a promover y garantizar el acceso a métodos anticonceptivos amigables y sin discriminación, a prevenir y atender la violencia sexual, a impartir educación sexual integral, garantizar el acceso a la interrupción legal del embarazo y a una atención médica especializada, entre otros.

La adolescencia, por definición, es el periodo de desarrollo entre los 10 y los 19 años y se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios.[1] El embarazo durante esta etapa constituye una cuestión de salud pública y derechos humanos que se asocia con riesgos en materia de salud tanto para las adolescentes como para sus hijas e hijos, puede obstaculizar su desarrollo psicosocial, repercutir negativamente en sus oportunidades educativas y laborales, así como contribuir a perpetuar ciclos intergeneracionales de pobreza y mala salud.[2]

1 OMS, *Desarrollo en la adolescencia*. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/, [consulta: 16 de septiembre de 2018].

2 Organización Panamericana de la Salud, *Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Informe de consulta técnica*, 2016. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34853

1.1
SITUACIÓN EN MÉXICO

A. VIOLENCIA SEXUAL

El elevado número de embarazos en niñas y adolescentes en México no debe asociarse solo con el inicio temprano de la vida sexual o falta de información sobre uso y acceso a métodos anticonceptivos. Es necesario también considerar las pocas oportunidades que tienen las personas jóvenes para concretar un proyecto de vida, así como la diversidad de condiciones que viven, incluyendo los altos índices de violencia sexual que enfrentan las niñas y adolescentes en México. De acuerdo con la ENDIREH 2016, 10.09% de las mujeres que reportaron haber tenido un embarazo adolescente sufrieron algún tipo de violencia sexual.[3] La misma encuesta revela que 80.31% de las mujeres que fueron víctimas de violación en su infancia y reportaron un embarazo adolescente fueron atacadas por familiares; mientras 50.23% lo fueron por vecinos o conocidos.[4]

Esta realidad hace necesario reconocer el papel de la violencia sexual en los embarazos de niñas y adolescentes en el país y atender de manera urgente la obligación por parte del Estado de garantizar el derecho a una vida libre de violencia de todas las mujeres, además del acceso a servicios de emergencia reconocidos en la legislación, como la anticoncepción de emergencia y el aborto por violación.

3 ENDIREH 2016.

4 *Ibidem*. El porcentaje total de agresores suma más del 100% debido a que las personas encuestadas podían responder más de una opción.

SERVICIOS PARA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

La anticoncepción de emergencia en México se ha incluido de manera progresiva en diversos ordenamientos de carácter general emitidos por la Secretaría de Salud, que todos los servicios de salud están obligados a cumplir. Éstos incluyen proporcionar información y servicios de anticoncepción de emergencia. Desde enero de 2004, la anticoncepción de emergencia está incluida en la NOM 005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar (NOM 005), para los casos de relaciones sexuales voluntarias sin protección anticonceptiva, cuando se use un método y se presuma su falla y para casos de violación. En julio de 2015, se incluyó un producto dedicado a la anticoncepción de emergencia en el Cuadro Básico de Medicamentos del Sector Salud.

Por su parte, la NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres (NOM 046), establece la obligación del personal de salud de proporcionar anticoncepción de emergencia hasta en un máximo de 120 horas a las víctimas de violación sexual. La Ley General de Víctimas (LGV) también reconoce el derecho a acceder a estos servicios y establece que las entidades públicas que brindan asistencia a víctimas deben contar con personal capacitado en la atención de violencia sexual y con un enfoque transversal de género.[5] La Ley establece que no debe existir ningún requisito adicional para solicitar estos servicios.

Para conocer el nivel de cumplimiento de estas normas, GIRE envió solicitudes de acceso a la información pública a las instituciones de salud federales y locales, a efecto de conocer el número de mujeres, menores de 18 años, que han solicitado y recibido pastillas de anticoncepción de emergencia (PAE) en el periodo comprendido del 1 de diciembre de 2012 a octubre de 2017.

A nivel federal, solamente el Hospital Nacional Homeopático, dependiente de la Secretaría de Salud Federal, informó haber entregado dos PAE a menores de 18 años. Tanto la SEMAR como PEMEX respondieron no haber entregado ninguna durante el periodo solicitado. Llama la atención que el IMSS, el ISSSTE y el resto de las unidades dependientes de la Secretaría de Salud Federal no cuentan con información sobre el suministro de anticonceptivos de emergencia; sobre todo porque, de acuerdo con estimaciones del INEGI, 33.46% de las derechohabientes adolescentes se encuentran afiliadas al IMSS y 6.45% al ISSSTE. Estas dos instituciones concentran alrededor de 40% de las mujeres adolescentes aseguradas, tan solo por debajo del Seguro Popular (57.43%).[6] La ausencia de esta información imposibilita que se genere la política pública adecuada para garantizar el acceso a estos servicios y se evalúe correctamente la presencia de barreras existentes.

A nivel local, la mayoría de las instituciones de salud no especificó el número de mujeres que solicitaron PAE, sino solamente el número de pastillas entregadas, por lo que no es posible concluir si la demanda de anticonceptivos de emergencia fue atendida de manera adecuada. Aunado a esto, nueve entidades federativas no distinguieron la entrega de PAE entre menores y mayores de 18 años, lo que impide estimar si se entrega la píldora a menores de edad en general y las barreras que pudieran existir en ese sentido.

5 LGV, Artículo 35. A toda víctima de violación sexual, o cualquier otra conducta que afecte su integridad física o psicológica, se le garantizará el acceso a los servicios de anticoncepción de emergencia y de interrupción voluntaria del embarazo en los casos permitidos por la ley, con absoluto respeto a la voluntad de la víctima; asimismo, se le realizará práctica periódica de exámenes y tratamiento especializado, durante el tiempo necesario para su total recuperación y conforme al diagnóstico y tratamiento médico recomendado; en particular, se considerará prioritario para su tratamiento el seguimiento de eventuales contagios de enfermedades de transmisión sexual y del Virus de Inmunodeficiencia Humana.

6 Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) 2018. Disponible en: http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/regulares/enoe/default.html [consulta: 3 de octubre de 2018].

Por otra parte, a pesar de que es obligación del personal de salud en todo el país proporcionar información y servicios de interrupción del embarazo producto de una violación sexual, GIRE ha documentado que las mujeres todavía enfrentan obstáculos para acceder a estos servicios, derivados tanto de confusión y desconocimiento acerca de la legislación vigente, como de prejuicios por parte del personal de salud. De 2012 a septiembre de 2018, GIRE ha dado acompañamiento a 38 casos de negación de servicios de aborto, 26 de los cuales corresponden a mujeres menores de edad que han visto obstaculizado, por parte de las autoridades, el acceso a la interrupción legal del embarazo resultado de una violación sexual.[7]

De acuerdo con la normativa vigente, basta una solicitud bajo protesta de decir verdad de que el embarazo es producto de una violación para acceder al servicio de aborto y, a partir de los 12 años, las adolescentes pueden solicitarlo sin necesidad de la compañía de madre, padre o tutor. Sin embargo, en la práctica suelen solicitarse requisitos adicionales, como una denuncia o una autorización por parte del ministerio público. Además, se imponen obstáculos injustificados, por ejemplo, la falta de personal médico o de equipamiento para practicarlo.[8] El desconocimiento de las autoridades respecto a sus obligaciones deriva en violaciones a los derechos humanos de las niñas y mujeres que solicitan dichos servicios. El caso de Marimar demuestra los obstáculos que muchas veces enfrentan las víctimas de violencia sexual para acceder a servicios que deberían estar garantizados por el Estado.

7 Para conocer más información sobre los patrones identificados en los casos registrados, documentados y acompañados por GIRE en cuanto a negación de servicios de aborto por violación véase GIRE, *Violencia sin interrupción*, 2a edición 2017. Disponible en aborto-por-violacion.gire.org.mx.

8 En el capítulo "Penalización del aborto" se ahonda en datos sobre aborto por violación en México.

MARIMAR*

MORELOS, 2015

Marimar tenía 17 años en 2015 cuando quedó embarazada producto de una violación sexual. En compañía de sus padres, acudió al Hospital General de Cuernavaca "Dr. José G. Parres". En la valoración médica que le realizaron en el hospital le informaron que el producto presentaba una malformación congénita, lo que implicaba un alto riesgo en el embarazo. Marimar solicitó una interrupción del embarazo.

A efecto de dar trámite a su solicitud, el Hospital convocó al Comité de Bioética para determinar lo procedente, lo que pone en evidencia su profundo desconocimiento de la normativa vigente, que establece que se debe garantizar el acceso al aborto en caso de violación, sin más requisitos que una declaración bajo protesta de decir verdad de que el embarazo fue producto de este delito.

A Marimar y sus padres les notificaron de la resolución del Comité diciendo que "después de un análisis del expediente clínico integrado conforme a la Norma Oficial Mexicana, se concluye que se trata de una paciente con un embarazo normo evolutivo, que si bien es portadora de una malformación congénita, no pone en riesgo la vida de la madre. No contamos con sustento ni orden legal para la terminación del mismo".

Marimar y sus padres, acompañados por GIRE, presentaron una demanda de amparo indirecto para impugnar la resolución del Comité de Bioética, en la que se solicitó al juez federal que se constataran las violaciones a derechos humanos que derivaban de la negación del servicio, se emitiera un nuevo acto y se ordenara la reparación.

La violación a los derechos humanos de Marimar es evidente, pues el aborto no solo procedía como consecuencia directa de la violación sexual, sino también porque el artículo 119, fracción IV, del Código Penal del Estado de Morelos prevé como causal absolutoria del delito de aborto que el producto presente alguna alteración congénita, en cuyo caso basta que la mujer embarazada otorgue su consentimiento para que se le practique la

* El nombre ha sido cambiado por respeto a su privacidad.

interrupción del embarazo. En este caso, los médicos tratantes diagnosticaron que el producto presentaba una alteración congénita grave, además de que, de acuerdo a las constancias médicas, se trataba de un embarazo de alto riesgo, otra causal contemplada en la legislación local.

Dado que el resultado de la demanda no fue satisfactorio, se interpuso un recurso de revisión que fue turnado a la SCJN. En sesión del 4 de abril de 2018 por decisión unánime de los Ministros integrantes de la Segunda Sala de la Suprema Corte se resolvió otorgar el amparo a Marimar. Con esta sentencia se reconoce a Marimar y a sus padres la calidad de víctimas de violaciones a derechos humanos y se ordena a la Comisión Ejecutiva de Atención y Reparación a Víctimas del estado de Morelos (CEARV) que individualice la reparación de acuerdo con las necesidades específicas del caso.

GIRE elaboró la propuesta de reparación, basada en todas las medidas que debe contener una reparación integral: compensación, satisfacción, rehabilitación y garantías de no repetición. La propuesta fue dictaminada de manera favorable por la CEARV y a la fecha se encuentra en proceso de cumplimiento.

El caso de Marimar es el primero en que la SCJN se pronuncia sobre negación de aborto por violación en un caso específico, lo que sienta un precedente importante para el acceso al aborto en México. La Corte afirmó que: "las autoridades sanitarias a quienes acuden mujeres que han sido víctimas de una violación sexual y están embarazadas, producto de dicho acto, deben atender de manera eficiente e inmediata la solicitud, a fin de no permitir que las consecuencias físicas, psicológicas, etc., derivadas de la agresión sexual se sigan desplegando en el tiempo, lo que conlleva no solo a prestar la atención y observación médica necesarias, sino a la materialización de tal interrupción legal del embarazo". Agregó que las autoridades no pueden implementar mecanismos ni políticas internas que impidan que se materialicen los derechos de las mujeres que han sido víctimas de una violación sexual y cuyo deseo es interrumpir el embarazo producto de dicho acto delictivo.[9]

9 SCJN, Segunda Sala. "Amparo en revisión 601/2017. Quejosa y recurrente: *****. Ministro José Fernando Franco González Salas" del 4 de abril de 2018. Disponible en: https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/listas/documento_dos/2018-02/AR-601-2017.pdf [consulta: 24 de octubre de 2018].

Foto: Cuartoscuro

RECOMENDACIONES AL ESTADO MEXICANO DE PARTE DEL COMITÉ CEDAW[10]

En julio de 2018, el Comité CEDAW examinó al Estado mexicano respecto al cumplimiento de sus obligaciones en materia de derechos humanos de las mujeres. Con relación al aborto en casos de violación, el Comité observó al Estado mexicano que a nivel local existen:

- Disposiciones en la legislación penal que restringen el acceso al aborto legal y siguen obligando a las mujeres y las niñas a recurrir al aborto inseguro con el riesgo a su salud y su vida que ello conlleva;

- Inconsistencias entre los diferentes códigos penales que dificultan la implementación efectiva del Artículo 35 de la Ley General de Víctimas y la NOM-046-SSA2-2005, que permite la interrupción voluntaria del embarazo en caso de violación.

10 Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.

B. ACCESO A ANTICONCEPTIVOS

El acceso a métodos anticonceptivos es un componente esencial para el ejercicio de los derechos reproductivos. El Comité CEDAW en su Recomendación General 24 sobre la Mujer y la Salud estableció que los Estados deben emprender acciones para abordar todos los aspectos de la atención a la salud para mujeres y niñas, incluido el acceso a anticoncepción y recursos de planificación familiar.[11] En México la promoción de la anticoncepción es un paso hacia el cumplimiento a lo previsto en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, respecto a que cada persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada, el número y espaciamiento de sus hijos.

Asimismo, el acceso a información y servicios de anticoncepción constituye un factor fundamental para atender el elevado número de embarazos en la adolescencia. Al respecto, la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) sobre el Derecho al Disfrute al Más Alto Nivel Posible de Salud establece que "El ejercicio del derecho a la salud de los adolescentes depende de una atención respetuosa de la salud de los jóvenes que tome en cuenta la confidencialidad y la vida privada, y prevea el establecimiento de servicios adecuados de salud sexual y reproductiva".[12]

Por otra parte, la Observación General 22 del Comité DESC, relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva, establece que:

> Todas las personas y grupos, incluidos los adolescentes y jóvenes, tienen el derecho a recibir información con base empírica sobre todos los aspectos de la salud sexual y reproductiva, entre ellos la salud materna, los anticonceptivos, la planificación familiar, las infecciones de transmisión sexual, la prevención del VIH, el aborto sin riesgo y la asistencia posterior en casos de aborto, la infecundidad y las opciones de fecundidad, y el cáncer del sistema reproductor.

Asimismo, prevé que:

> Los Estados tienen la obligación de velar por que los adolescentes tengan pleno acceso a información adecuada sobre la salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar y los anticonceptivos, los riesgos del embarazo precoz y la prevención y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, como el VIH/SIDA, independientemente de su estado civil y del consentimiento de sus padres o tutores, con respeto de su privacidad y confidencialidad.[13]

11 Naciones Unidas, Comité CEDAW, *Recomendación General 24. Artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer - La mujer y salud, 20º periodo de sesiones,* 1999, párrafo 17. Disponible en: http://catedraunescodh.unam.mx/catedra/mujeres3/html/cedaw/Cedaw/3_Recom_grales/24.pdf [consulta: 15 de septiembre de 2018].

12 Naciones Unidas, Comité DESC, *Observación General No. 14 (2000): El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)* [E/C.12/2000/4], 22º periodo de sesiones (2000), párrafo 23. Disponible en: http://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf?view [consulta: 14 de septiembre de 2018].

13 Naciones Unidas, Comité DESC, *Observación general núm. 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del PIDESC)*. Disponible en https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?Lang=es&TreatyID=9&DocTypeID=11 [consulta: 19 de octubre de 2018].

Por su parte, el Comité de los Derechos del Niño ha recomendado a los Estados eliminar la exigencia de consentimiento de los padres para el acceso a métodos anticonceptivos.[14] En mayo de 2015, el mismo Comité recomendó al Estado mexicano asegurar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva confidenciales y adecuados para niños y niñas, incluyendo el acceso a anticonceptivos.[15]

A pesar de estas obligaciones, de acuerdo con estimaciones del CONAPO, en 2014, la necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos para mujeres en edad reproductiva a nivel nacional fue de 11.4%. En comparación con 2009, esta cifra representa un incremento de casi dos puntos porcentuales en el promedio nacional. Ahora bien, al observar de forma exclusiva a la población de mujeres entre 15 y 24 años,[16] la necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos incrementa a un promedio nacional de 23.5%. Los tres estados con resultados más preocupantes en este indicador son Chiapas (34.3%), Oaxaca (33.9%) y Yucatán (31.6%).

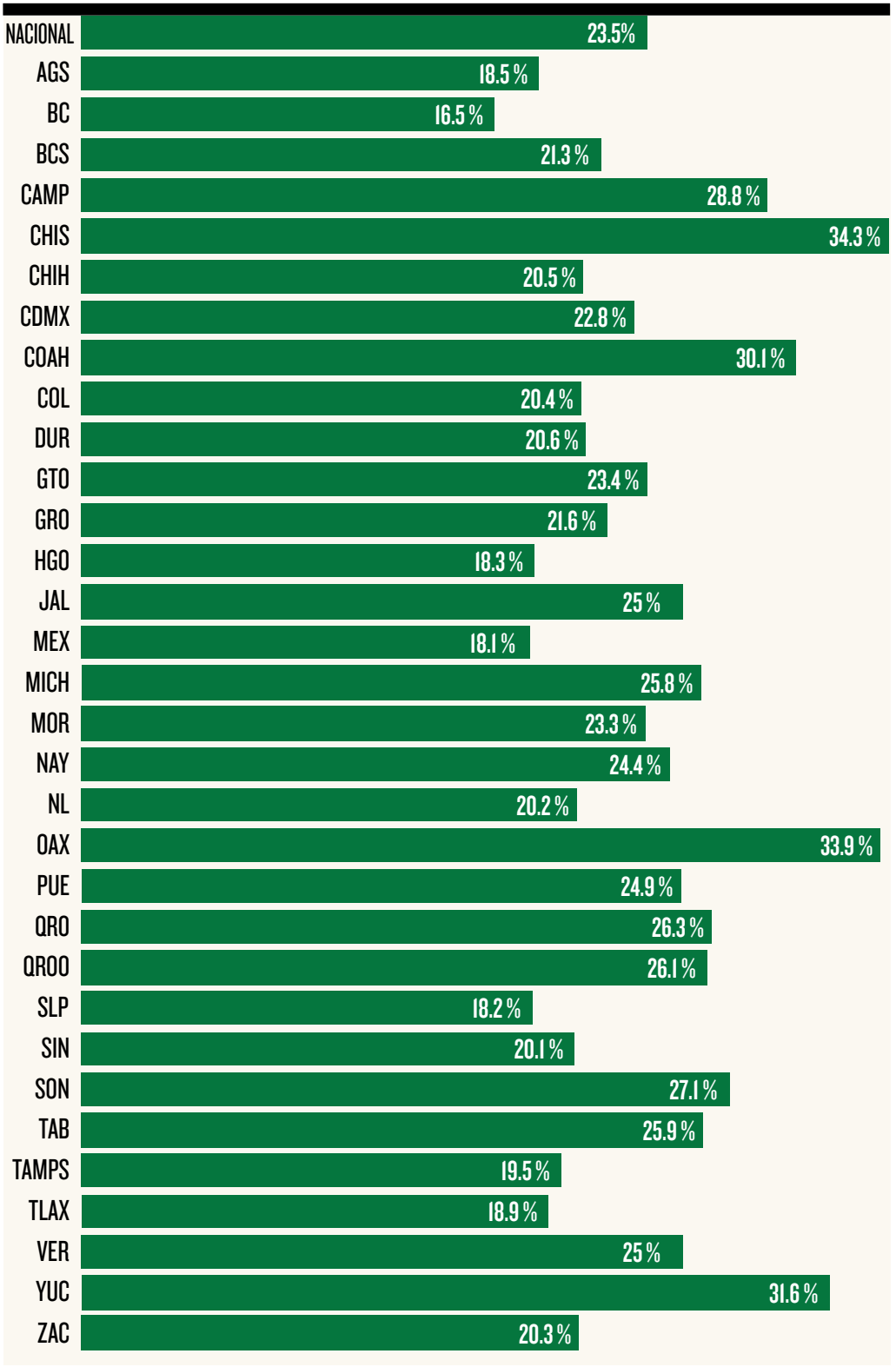
14 Naciones Unidas, Comité CEDW, *Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: México* [CEDAW/C/MEX/CO7-8], 52º periodo de sesiones (2012), párrafo 31. Disponible en http://bit.ly/1hhCf09 [consulta: 14 de septiembre de 2018].

15 Naciones Unidas, Comité de los Derechos del Niño, *Concluding observations on the combined fourth and fifth periodic reports of México* [CRC/C/MEX/CO/4-5], 69º periodo de sesiones (2015), párrafo 46. Disponible en: http://www.refworld.org/docid/566fc4d14.html [consulta: 14 de septiembre de 2018].

16 CONAPO no separa entre adolescentes (10 a 19 años) y jóvenes (hasta 29 años) en estas proyecciones.

NECESIDAD INSATISFECHA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

2014 / MUJERES ENTRE 15 Y 24 AÑOS



Fuente: Elaboración de GIRE con datos de la ENADID 2014.

El 12 de agosto de 2015 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años de edad (NOM 047), que establece que las personas adolescentes podrán solicitar al personal de salud consejería en materia de planificación familiar, salud sexual y reproductiva, métodos anticonceptivos, prevención del embarazo no planeado y prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS). Durante la consejería puede o no estar acompañado por su madre, padre, tutor o representante legal.[17]

De la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes,[18] destaca el artículo 50[19] sobre el derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud y a recibir servicios gratuitos y de calidad, que en su fracción VI prevé que se deberán contemplar medidas para prevenir embarazos en niñas y adolescentes, y la fracción VII dispone que se les deberá proporcionar asesoría y orientación sobre salud sexual y reproductiva.

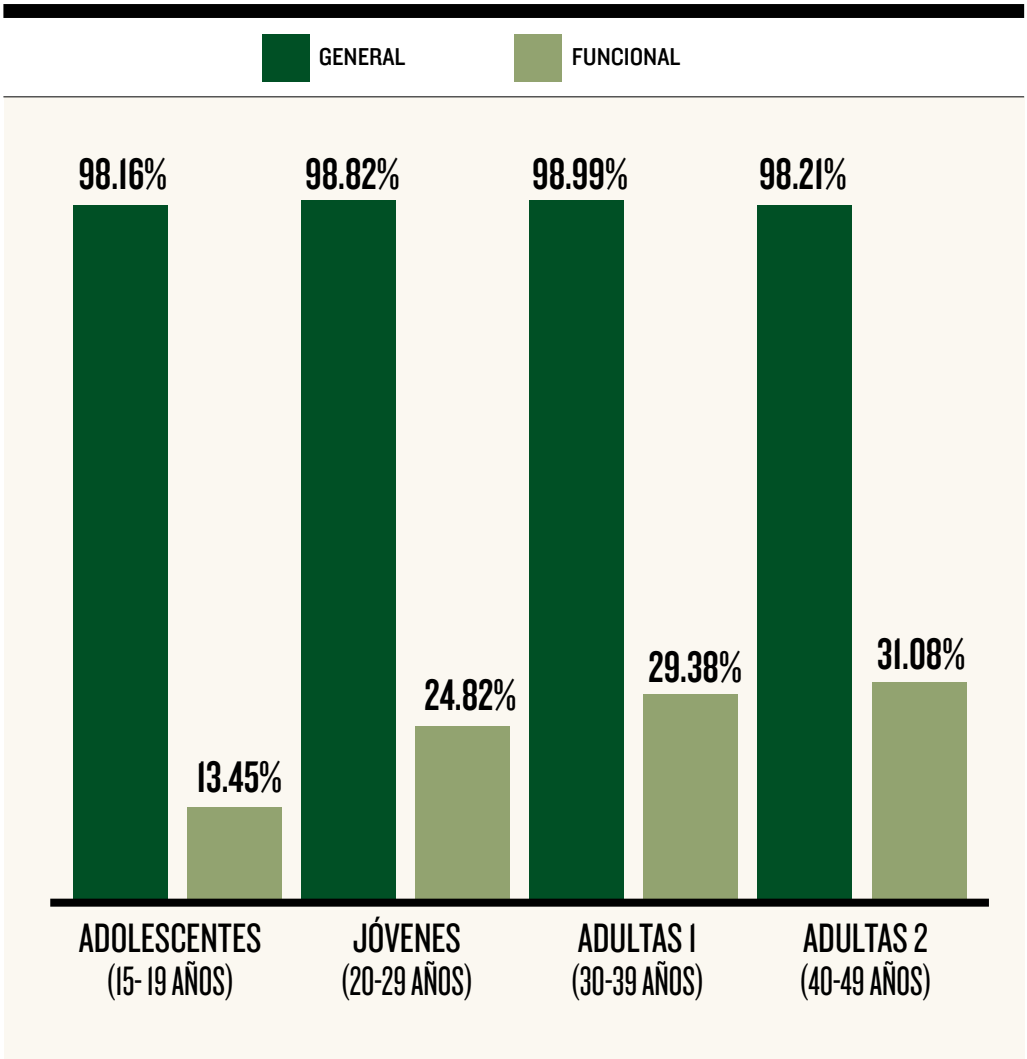
GIRE realizó solicitudes de información pública a la Secretaría de Salud Federal, IMSS, ISSSTE y a las secretarías de salud locales de las 32 entidades federativas, sobre si las personas menores de 18 años deben cubrir algún requisito para solicitar información relacionada con métodos anticonceptivos. A nivel federal, el Hospital de la Mujer, dependiente de la Secretaría de Salud Federal indicó que, para otorgar información relacionada con métodos anticonceptivos a personas menores de 18 años es necesario que "las menores que se encuentran emancipadas la soliciten y en menores no emancipadas los padres deben firmar el consentimiento para así cubrir sus necesidades anticonceptivas".[20] Esto resulta preocupante ya que, de acuerdo con la Norma vigente, no es necesario ni éste ni otro requisito para acceder a anticonceptivos o a la consejería respectiva.

La respuesta enviada por el Hospital de la Mujer evidencia total desconocimiento del marco normativo que prevé la obligación del Estado de garantizar a las y los adolescentes el derecho a la información y acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, así como de insumos de prevención para procurar el autocuidado, sin ninguna restricción o condición. A nivel local, si bien se advierte aparente conocimiento del marco normativo por parte de las autoridades, las estadísticas reflejan que, pese a que 98.16% de las adolescentes tienen conocimiento de algún tipo de método anticonceptivo, tan solo 21.5% reportan haber usado alguno para evitar el embarazo.[21] Además, la brecha entre el conocimiento general y funcional de estos métodos es evidente, en especial entre las personas más jóvenes.

17 NOM 047, numerales 6.8.5 y 6.8.6.
18 Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 4 de diciembre de 2014.
19 Párrafo reformado, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 23 de junio de 2017.
20 Solicitud de Acceso a la Información. Folio: 0001200375317.
21 ENADID, 2014.

CONOCIMIENTO GENERAL VS CONOCIMIENTO FUNCIONAL DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

2014



Fuente: Elaboración de GIRE con datos de la ENADID 2014.

La evidencia muestra que existe un gran desconocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos como recurso para prevenir ITS y evitar embarazos no deseados. Aunado a lo anterior, algunos grupos de la población enfrentan obstáculos basados en la discriminación para acceder tanto a información sobre métodos anticonceptivos como a los propios métodos. Entre estos grupos se encuentran las personas indígenas o quienes viven con alguna discapacidad.

Foto: Cuartoscuro

CONSEJERÍA PARA PERSONAS INDÍGENAS

El acceso sin discriminación a información y servicios de anticoncepción para personas indígenas representa un reto fundamental del Estado mexicano en materia de derechos humanos. En particular, las mujeres indígenas en México han enfrentado violaciones graves y sistemáticas a sus derechos reproductivos que van desde esterilizaciones forzadas, hasta malos tratos en servicios de salud y falta de acceso a información y servicios de salud en su idioma y con una perspectiva intercultural.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014, 54% de las mujeres indígenas en edad reproductiva fueron madres durante su adolescencia, porcentaje superior a quienes no hablan una lengua indígena (45.9%). Respecto al uso de anticonceptivos por parte de las adolescentes sexualmente activas, se tiene que seis de cada diez hablantes de alguna lengua indígena no usan métodos anticonceptivos.[22]

22 INEGI 2014, *op. cit.*

La ENDIREH 2016 reportó que 20.08% de las adolescentes que se identifican como indígenas afirman haber tenido al menos un embarazo; cifra mayor a 16.15% de sus pares que no se identifican como tales.

GIRE realizó solicitudes de información pública a instituciones de salud locales y federales acerca de la presencia en los centros de salud de intérpretes para ofrecer consejería sobre salud reproductiva y métodos anticonceptivos en lenguas indígenas. A nivel federal, es preocupante advertir que ninguna institución de salud reportó contar con personal capacitado para dar consejería en los idiomas locales diferentes al español.

El Hospital de la Mujer reportó que, al no contar con personal que hable lenguas indígenas o intérpretes capacitados en el tema, siempre solicitan que las mujeres acudan acompañadas de un familiar que hable español, a quien se le otorga información. De forma similar, el IMSS informó que la consejería en planificación familiar en las unidades médicas del Régimen Ordinario se realiza en español, y localmente se apoyan en las personas acompañantes de las usuarias para la interpretación o traducción.[23]

Esta situación evidencia un problema grave en los servicios de salud públicos, que trasladan su responsabilidad a las usuarias y sus familias, en lugar de garantizar un acceso libre de discriminación a estos servicios, que es obligación del Estado.

A nivel local, 16 entidades federativas reportaron no contar con intérpretes para brindar consejería e información anticonceptiva en lenguas indígenas. Llama la atención que los servicios de salud de Zacatecas respondieran que no requieren de intérpretes puesto que en esa entidad no existen grupos indígenas, a pesar de que, de acuerdo con información del INEGI, 7.61% de su población se considera como tal.[24] Otros casos que destacan son los estados de Guerrero y Oaxaca, ambos con una alta proporción de población indígena: el primero, no cuenta con personal capacitado para atender a personas en lenguas distintas al español y, el segundo, no reporta la información solicitada.

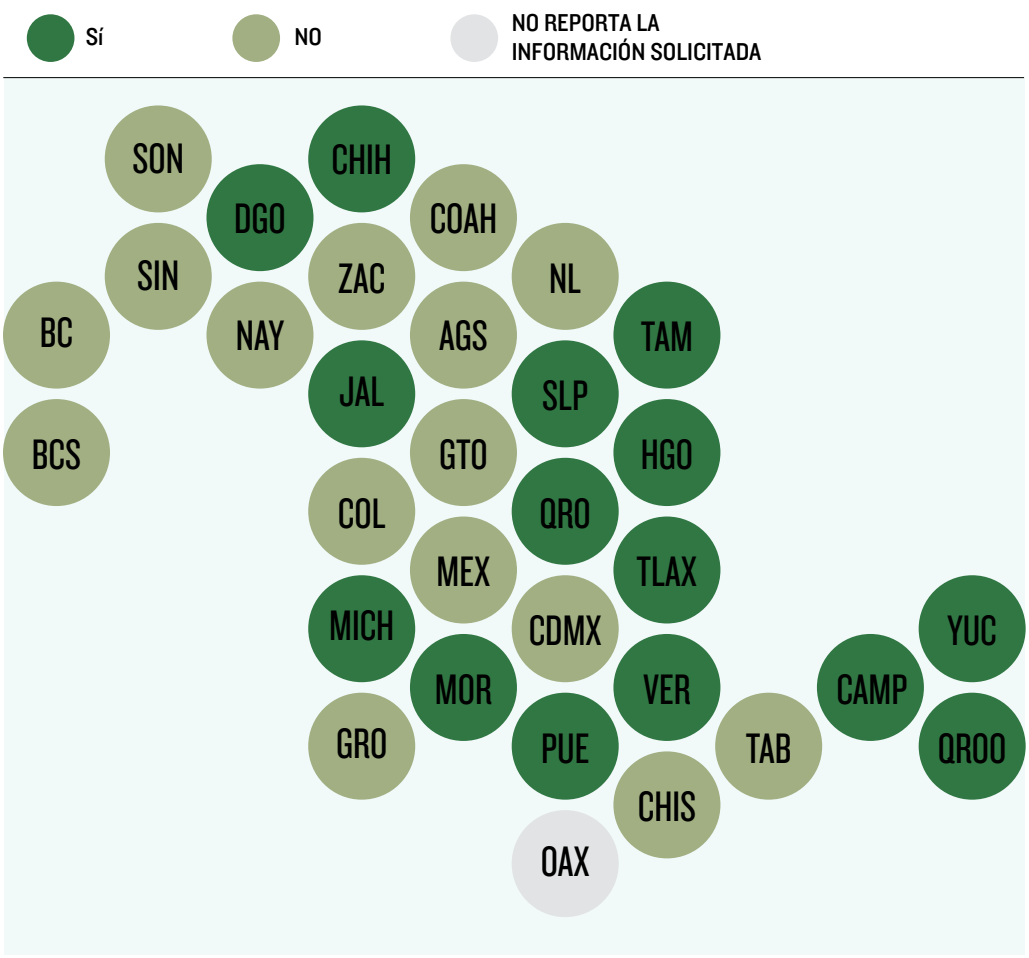
Ahora bien, las 15 entidades federativas que afirmaron contar con intérpretes en sus centros de salud no proporcionaron información acerca del número, su capacitación ni las lenguas que hablan, por lo que resulta imposible inferir si son suficientes para atender la demanda de las personas que pudieran requerir estos servicios.

23 Solicitud de Acceso a la Información. Folio: 0064102851817, "la Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel dependiente de la citada Dirección, la consejería en planificación familiar se realiza en el idioma español, dentro de las unidades médicas en el Régimen Ordinario del Instituto Mexicano del Seguro Social.
Localmente pueden existir prestadores de servicios o acompañantes de las usuarias, que hablan otra (s) legua (s), y que apoyan como interpretes/traductores, pero no se cuenta con estos datos, ya no que no son consistentes".

24 INEGI, *Panorama Sociodemográfico de Zacatecas*, 2015. Disponible en: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/inter_censal/panorama/702825082444.pdf [consulta: 16 de septiembre de 2018].

INTÉRPRETES PARA BRINDAR CONSEJERÍA SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LENGUAS INDÍGENAS

SECRETARÍAS DE SALUD LOCALES



Fuente: Elaboración de GIRE con base en solicitudes de acceso a la información pública.

A NIVEL FEDERAL, NINGUNA INSTITUCIÓN DE SALUD REPORTÓ CONTAR CON INTÉRPRETES DE LENGUAS INDÍGENAS.

CONSEJERÍA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

De acuerdo con datos del INEGI, 6.4% de la población en México, en 2014, vivía con alguna discapacidad, lo que representa alrededor de 7.65 millones de personas.[25] La misma encuesta revela que, del total de población infantil (0 a 17 años), 1.9% tiene algún tipo de discapacidad.[26]

En 2014, 52.7% de la población con discapacidad reportó contar con algún tipo de seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, o ISSFAM), mientras que 50.5% de este mismo grupo fue beneficiario de algún programa social (Seguro Popular o IMSS-Oportunidades). En cuanto al lugar de atención médica habitual, 34.9% de las personas con discapacidad se atienden en un centro de salud u hospital de la Secretaría de Salud; 32.1% en el IMSS; 6.2% en el ISSSTE; el resto, en otro servicio de salud pública o privada.[27]

Para garantizar el respeto y ejercicio de los derechos de quienes viven con alguna discapacidad, destacan la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad y sus homólogas en las 32 entidades federativas. A pesar de que existe un marco normativo protector de sus derechos humanos, es necesaria la efectiva armonización del sistema jurídico mexicano con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. El objetivo es que este grupo poblacional cuente con apoyo especializado para la toma de decisiones y se adopten mecanismos para difundir información sobre salud sexual y reproductiva entre las personas con discapacidad, a fin de que ejerzan sus derechos humanos de manera plena, libre e informada.

La garantía de estos derechos supone, entre otras cosas, que los servicios de consejería y entrega de anticonceptivos tomen en cuenta las necesidades y características de las personas con discapacidad. Para conocer la presencia de personal capacitado y material específico para personas con discapacidad —por ejemplo, visual— GIRE realizó solicitudes de información pública a las instituciones de salud locales y federales. A nivel federal, ninguna institución de salud reportó contar con este personal o material especializado. El IMSS respondió que en estos casos se les solicita a las personas que "acudan acompañadas con alguna persona de su confianza". Por su parte, el ISSSTE informó simplemente que no cuenta con personal capacitado. Sin embargo, aclaran que "el personal adscrito a la Subdirección de Prevención y Protección a la Salud, ofrece atención a la población en general, esmerándose, en que los derechohabientes y no derechohabientes que soliciten el servicio, lo obtengan de forma directa y comprensible, independientemente de si éstos no cuentan con capacidad auditiva, visual u otra, supliendo su *deficiencia* con herramientas directas que permitan que pese a tales discapacidades, se logre su comprensión en cuanto a las recomendaciones respecto a salud reproductiva y métodos anticonceptivos."[28]

25 INEGI, "Diagnóstico sobre la situación de las personas con discapacidad en México", mayo 2016. Disponible en: www.gob.mx/publicaciones/articulos/diagnostico-sobre-la-situacion-de-las-personas-con-discapacidad-en-mexico?idiom=es

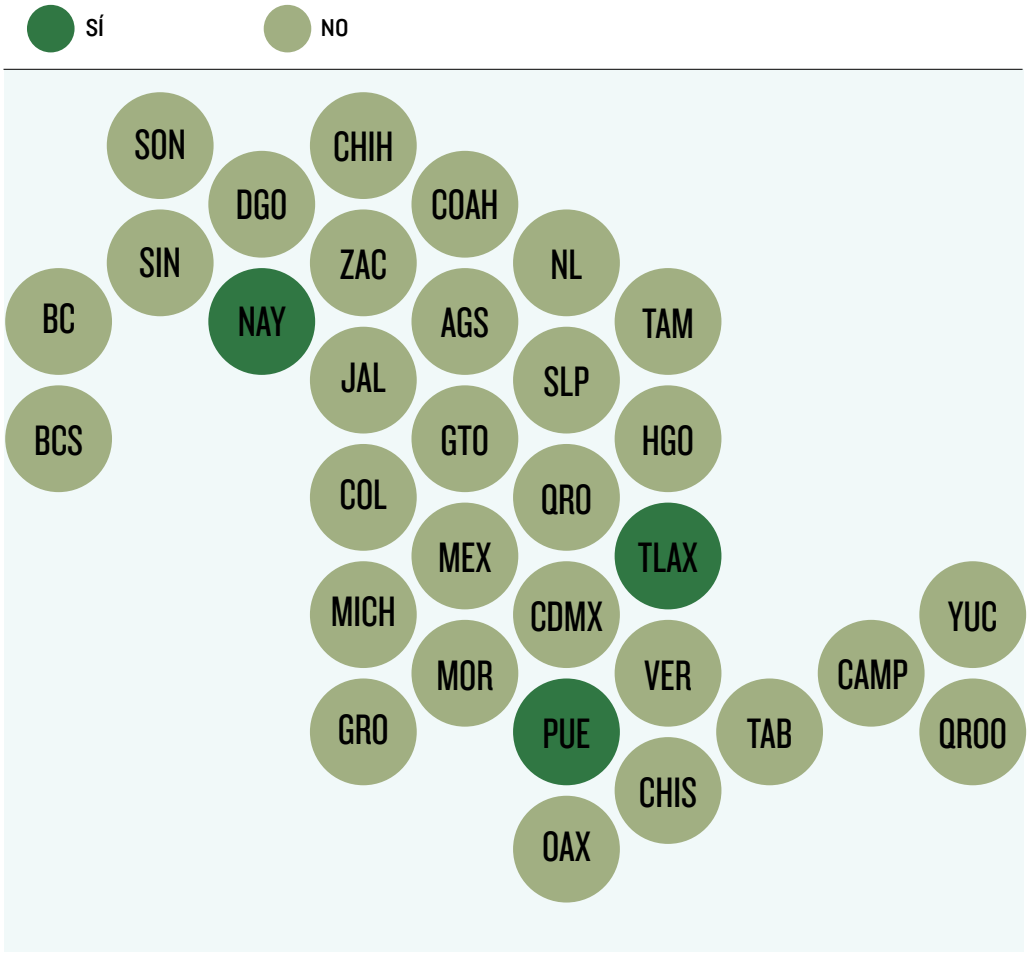
26 INEGI, "Estadísticas a propósito del día del niño (30 de abril)". Disponible en: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/niño2017_Nal.pdf

27 INEGI, "La discapacidad en México, datos al 2014", Disponible en: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825094409.pdf

28 Solicitud de Acceso a la Información. Folio: 0063700667417.

PERSONAL CAPACITADO PARA BRINDAR CONSEJERÍA SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

SECRETARÍAS DE SALUD LOCALES



Fuente: Elaboración de GIRE con base en solicitudes de acceso a la información pública.

A NIVEL FEDERAL, NINGUNA INSTITUCIÓN DE SALUD REPORTÓ CONTAR CON ESTE PERSONAL.

A nivel local, de la información proporcionada se advierte que solo los estados de Nayarit, Puebla y Tlaxcala afirmaron contar con personal capacitado para brindar consejería a personas con alguna discapacidad. Por su lado, Tlaxcala informó que cuentan con algún tipo de material para las personas con discapacidad visual.

Por otra parte, es preocupante que 91% de las secretarías de salud locales no cuenten con personal capacitado para atender a la población que presenta alguna discapacidad. Algunas autoridades respondieron que no cuentan con personal especializado, pero están "capacitados para atender a esta población en la medida de sus posibilidades"; o bien, para el caso de personas con discapacidad auditiva, la orientación se realiza con apoyo de su acompañante.

Destacan los casos de Chiapas, Guerrero y Tamaulipas que reportan no contar con personal capacitado, pero que el servicio se brinda "con apego a la normatividad existente en la materia". Por su parte, la Secretaría de Salud de Morelos respondió que a la fecha no se ha presentado ninguna persona con discapacidad, pero, de presentarse el caso, se le brindaría la información de la manera más "comprensible" para el usuario. Lo anterior hace evidente que las instituciones de salud no cuentan con personal ni con los insumos para garantizar la oferta a la población con alguna discapacidad, de acuerdo con sus necesidades.

Lo anterior es una muestra clara de las formas de discriminación que enfrentan las personas con discapacidad en su acceso a servicios de salud reproductiva, que puede agravarse cuando se trata de niñas y adolescentes. A esta situación se suma la presencia de normas en el marco jurídico nacional como la NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar (NOM 005) que refiere el "retraso mental" como una indicación para el método anticonceptivo permanente denominado "oclusión tubaria bilateral", lo cual supone la idea de que las mujeres con discapacidad mental no deben reproducirse. Esta disposición debe eliminarse por ser claramente discriminatoria y contraria a los derechos humanos que el Estado mexicano está obligado a garantizar. Es fundamental eliminar las barreras que encuentra una persona que vive con cualquier discapacidad, de modo que los lugares, servicios, materiales y la información en materia de anticonceptivos y salud reproductiva sean accesibles para ella, de la misma forma que para el resto de la población.

1.2 POLÍTICA PÚBLICA

A. ESTRATEGIA NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

El 23 de enero de 2015, el presidente Enrique Peña Nieto anunció el lanzamiento de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) que plantea como objetivos principales disminuir los embarazos en adolescentes de entre 15 y 19 años de edad en 50% y erradicar los embarazos en niñas menores de 15 años para 2030. Para ello, la Estrategia propone cinco objetivos específicos, 19 líneas de acción y 91 actividades, cuya implementación está a cargo de un Grupo Institucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes.

Uno de los aspectos más importantes de la Estrategia es que el Estado reconoce que el fenómeno amplía las brechas sociales y de género; se trata de un tema de proyecto de vida, de educación, de salud, pero sobre todo de respeto a sus derechos humanos, a su libertad y su desarrollo como personas.

Por otra parte, aunque la Estrategia reconoce la violencia sexual como una causa de embarazos tempranos, no contempla como acción prioritaria garantizar el acceso a la anticoncepción de emergencia y la interrupción legal del embarazo por violación, de acuerdo a lo previsto tanto en la NOM 046 como en la LGV. Como ya se dijo, es fundamental que el Estado reconozca que los embarazos a temprana edad no siempre son resultado de decisiones deliberadas o de falta de información sobre métodos anticonceptivos.

Asimismo, organizaciones de la sociedad civil han advertido algunas deficiencias para la implementación de las acciones previstas por la ENAPEA; en específico, las relativas a falta de presupuesto y ausencia de mecanismos de transparencia y rendición de cuentas. Aunado al aspecto presupuestal, han señalado que, pese a que uno de los ejes rectores de la Estrategia es la perspectiva de género, se hace un análisis acotado sobre la corresponsabilidad masculina en la salud reproductiva, lo que propicia una reproducción de roles y estereotipos de género.[29]

Para el 2030 con la ENAPEA se pretende reducir a la mitad los embarazos en adolescentes de entre 15 y 19 años de edad y erradicar los embarazos en niñas menores de 15 años. Como se advierte en la siguiente gráfica, a nivel nacional efectivamente hubo una ligera disminución en el número de embarazos en adolescentes, a partir de la implementación de la Estrategia. Sin embargo, aún es prematuro evaluar los resultados de la misma.

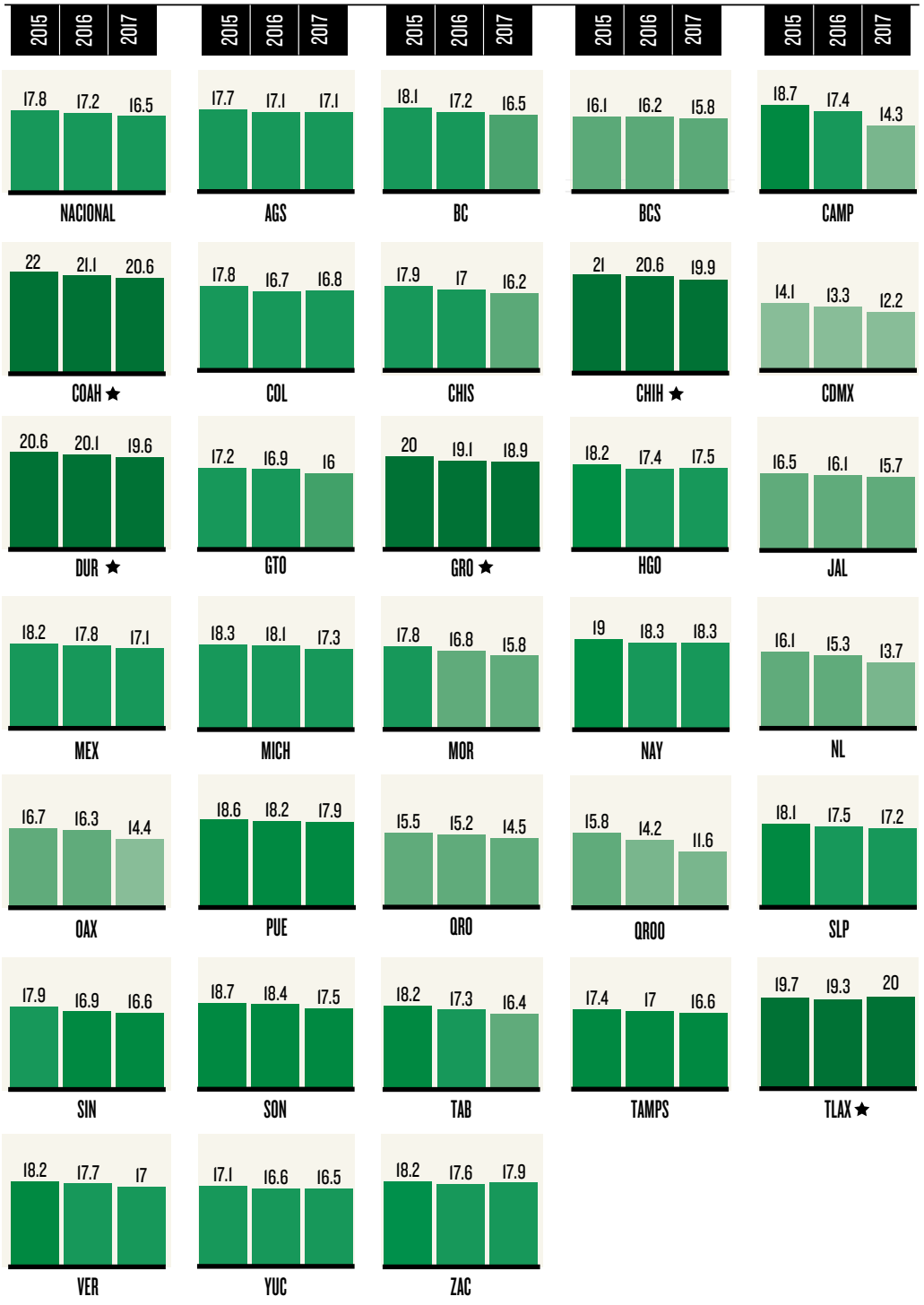
En 2017, las entidades federativas que reportaron el porcentaje más elevado de embarazos en adolescentes fueron: Coahuila (20.6%), Tlaxcala (20%), Chihuahua (18.9%), Guerrero (19.9%) y Nayarit (18.3%). A nivel nacional se registraron más de 9 mil nacimientos en niñas de 10 a 14 años. Ese mismo año nacieron, en promedio, dos hijos de niñas de entre 10 y 11 años, cada día.[30]

29 ILSB Género, Innovación y Liderazgo. Situación del embarazo en adolescentes en México, "Mayor transparencia y presupuesto para la ENAPEA". Disponible en: http://www.ilsb.org.mx/embarazoenadolescentes/enapea. "Hallazgos de la contraloría social entorno a la corresponsabilidad masculina". Disponible en: https://ilsb.org.mx/embarazoenadolescentes/corresponsabilidad

30 INEGI. Estadísticas de natalidad. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/continuas/natalidad/nacimientos.asp?s=est&c=23699&proy=nat_nac [consulta: 24 de octubre de 2018].

MUJERES ADOLESCENTES QUE TUVIERON UN HIJO

2015 - 2017 / PORCENTAJE POR AÑO Y LUGAR DE OCURRENCIA



★ Entidades con mayor porcentaje de embarazo adolescente.

Fuente: Elaboración de GIRE con datos de Estadísticas de Natalidad, INEGI (nacidos vivos).

Además de la ENAPEA, el Estado mexicano ha apostado a la eliminación de dispensas o excepciones al matrimonio entre personas menores de edad como una forma para prevenir y atender el embarazo adolescente, a pesar de que no existe evidencia nacional que respalde el vínculo directo entre ambos fenómenos y que la prohibición absoluta del matrimonio puede tener otras implicaciones en materia de derechos humanos que resultan cuestionables a la luz de las obligaciones del Estado mexicano.

Eliminar la posibilidad de excepciones al matrimonio entre personas menores de edad —incluso cuando se trate de parejas que hacen ya vida en común— puede tener el efecto contrario al deseado, pues sitúa a las jóvenes en un estado mayor de vulnerabilidad. En relación con el embarazo temprano, la evidencia nacional sugiere que la prohibición absoluta del matrimonio resultaría, al menos, una medida poco efectiva para lograr el objetivo esperado. De hecho, en México las jóvenes se embarazan más cuando viven en unión libre que casadas: entre las jóvenes que han estado embarazadas, solo 13% estaban unidas en matrimonio, mientras que 64% han estado embarazadas viviendo en unión libre y 23% eran solteras. La eliminación de dispensas no tendría un efecto importante en el plan de reducir los embarazos en este sector de la población; al contrario, puede fomentar el aumento de uniones informales en las que no se pueda acceder, por ejemplo, a prestaciones sociales relacionadas con el cuidado infantil.[31]

Para atender el embarazo adolescente se requieren medidas integrales que reconozcan el carácter multifactorial del fenómeno, en especial aquellas relacionadas con prevención y atención de la violencia sexual, como garantizar el acceso a métodos anticonceptivos de emergencia y al aborto legal y seguro. Medidas como la eliminación de dispensas al matrimonio no solo resultan insuficientes, sino que en ocasiones pueden ser contraproducentes para los objetivos requeridos, al tiempo que desvían la atención de medidas que resultan urgentes desde una perspectiva de género y de derechos humanos. Si bien el embarazo adolescente ha disminuido a partir de la puesta en marcha de la ENAPEA, resulta importante evaluar si dicha disminución ha sido suficiente, la pertinencia de las estrategias planteadas y los factores detrás de las diferencias regionales encontradas.

ENTRE LAS ENTIDADES CON MAYOR PORCENTAJE DE NACIMIENTOS DE MADRES ADOLESCENTES ENTRE 2015 Y 2017, DESTACAN COAHUILA, CHIHUAHUA, DURANGO, GUERRERO Y TLAXCALA.

31 Para conocer más sobre la situación del matrimonio adolescente en México, ver: GIRE, *Prohibir sin proteger. El matrimonio adolescente en México*, 2017. Disponible en: http://matrimonio-adolescente.gire.org.mx

B. ATENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las adolescentes de 15 a 19 años a nivel mundial. Concretamente, en América Latina, las adolescentes menores de 16 años tienen un riesgo de muerte materna cuatro veces más elevado que las mujeres veinteañeras.[32] Las muertes perinatales son 50% más altas entre los bebés nacidos de madres de menos de 20 años que entre aquellos nacidos de madres entre 20 y 29 años.[33] Dentro de las complicaciones más comunes entre las jóvenes están las hemorragias, infecciones y ruptura prematura de membranas, el bajo peso durante la gestación, la prematuridad, la mortalidad fetal tardía y la malnutrición.[34] Por lo anterior, la atención para este grupo de la población requiere de especial atención y cuidado por parte del personal de salud.

A pesar de esto, de acuerdo con la ENDIREH 2016, 31.24% de las mujeres entre 15 y 19 años que reportaron un embarazo sufrieron de violencia obstétrica. Esta cifra indica que, lejos de recibir atención especializada por el riesgo que representa un embarazo temprano, así como la especial protección que se debe garantizar a las personas menores de edad, las niñas y adolescentes embarazadas enfrentan la violencia sistemática por parte de los servicios de salud.

El caso de Lupita evidencia algunos de los problemas que enfrentan las niñas y adolescentes que cursan un embarazo que debiera considerarse de alto riesgo por su edad. Sin embargo, su caso no es único. De enero 2012 a septiembre de 2018, GIRE registró 36 casos de violencia obstétrica —incluido un caso colectivo—; ha documentado 12, y otorgado acompañamiento jurídico en 46 más. Del total de casos, cuatro corresponden a menores de edad. En el mismo periodo, GIRE dio acompañamiento jurídico en 17 casos sobre muerte materna, de los cuales cinco eran menores de edad.

32 OMS, *The second decade: Improving adolescent health and development*, Ginebra, 2001. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/frh_adh_98_18/en/ [consulta: 1 de octubre de 2018].

33 OMS, *Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: las evidencias*. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78253/WHO_FWC_MCA_12_02_spa.pdf?sequence=1 [consulta: 1 de octubre de 2018].

34 Mejía R., Christian, Delgado, Milagros, *et. al*., "Maltrato durante el embarazo adolescente: Un estudio descriptivo en gestantes que se atienden en un hospital público de Lima", *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, vol. 83, no. 1, Santiago, febrero 2018. Disponible en; https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262018000100015&script=sci_arttext [consulta 2 de octubre de 2018].

LUPITA*

QUERÉTARO, 2018

Lupita tenía 15 años. De acuerdo con su control prenatal, su embarazo transcurría en buen estado y se esperaba que tuviera un parto vaginal, aunque era considerado de alto riesgo tanto por su edad como por el sobrepeso que tenía. En enero de 2018, con 39 semanas de gestación, empezó a sentir cólicos y acudió al Hospital del Niño y la Mujer de Querétaro. Lupita estuvo en labor de parto hasta que los médicos decidieron que la intervendrían con una cesárea, sin explicar los motivos para ello. Al siguiente día la dieron de alta junto con su bebé, quien nació en perfecta salud.

Debido a que continuaba con dolor y presentaba fiebre, acudió nuevamente al Hospital del Niño y la Mujer en donde la intervinieron porque, a decir de los médicos, la matriz tenía restos de placenta, lo que provocaba la infección. Sin embargo, de acuerdo con el expediente, los restos que salieron eran muy pocos y no mostraban ninguna infección. Además, el consentimiento firmado para este procedimiento no cuenta con los datos del médico tratante, como cédula profesional, nombre y firma, así como ninguna firma de testigos de Lupita. Permaneció en el hospital varios días, pero no hubo mejoría y al sexto día la intervinieron nuevamente, en esta ocasión, para practicarle una histerectomía y extirparle un ovario.

Posterior a esa operación le realizaron dos cirugías más, la primera porque tenía sangrado interno y otra porque tenía líquido en la cavidad abdominal. Los siguientes días continuó con fiebre. El médico ordenó que se le practicara una tomografía que no se pudo realizar porque el aparato estaba descompuesto.

Debido a diversas complicaciones en su estado de salud, diez días después fue trasladada al Centro Médico Nacional Siglo XXI, del IMSS, en la Ciudad de México, en donde tuvieron que operarla nuevamente, por daño en el hígado. Casi un mes después fue dada de alta, aunque continúa con seguimiento médico en el IMSS de Zumpango, Querétaro. Requiere de cuidados especiales pues, como consecuencia de las varias intervenciones quirúrgicas, a sus 15 años, debe tomar medidas para evitar una oclusión intestinal y vive, además, con prolapso vaginal.

La madre de Lupita, en su representación, presentó una queja ante la Defensoría de Derechos Humanos del Estado de Querétaro que se encuentra en trámite. En la actualidad recibe acompañamiento psicológico y médico facilitado por GIRE. Asimismo, GIRE la acompañó en la presentación de una demanda de amparo por las violaciones a sus derechos humanos y da seguimiento a la queja que se está tramitando en la Defensoría de Derechos Humanos de Querétaro.

* El nombre ha sido cambiado por respeto a su privacidad.

1.3
CONCLUSIONES

El embarazo en niñas y adolescentes, además de ser un asunto de salud pública, es una cuestión de justicia reproductiva, que refleja un conjunto de acciones y omisiones por parte del Estado relacionadas con diferentes derechos humanos, incluyendo el derecho a la salud, a una vida libre de violencia y al libre desarrollo de la personalidad. En la actualidad, México ocupa el primer lugar de embarazo adolescente entre los países de la OCDE, razón por la que el Estado debe buscar prevenirlo y atenderlo con una perspectiva de género, interculturalidad, respondiendo a sus obligaciones en materia de derechos humanos. El panorama en México muestra que el embarazo en niñas y adolescentes se relaciona con diferentes factores, incluyendo los altos índices de violencia sexual y la falta de acceso a servicios para víctimas, así como la brecha entre el conocimiento general y funcional de métodos anticonceptivos entre las personas jóvenes. A pesar de que la relevancia del tema fue reconocida por la administración saliente con la formulación de una Estrategia Nacional dirigida de manera específica a este fenómeno, ésta contiene deficiencias que deben ser evaluadas y corregidas para resultar realmente efectiva.

Por ello, es necesario que el Estado prevea acciones específicas para prevenir y atender el embarazo en niñas y adolescentes, garantizando no solo el acceso a educación sexual integral, métodos anticonceptivos y servicios especializados de atención obstétrica, sino también a servicios de emergencia en casos de violencia sexual, en particular la interrupción legal del embarazo, sin interponer requisitos y obstáculos no previstos en la normatividad vigente. Además, debe asegurar que dichas políticas se implementen bajo el marco de la no discriminación, tomando en cuenta las barreras existentes para que poblaciones históricamente discriminadas, como las mujeres indígenas y las personas con discapacidad, puedan acceder a servicios de salud en un marco de libertad y de justicia.

Foto: Archivo GIRE

2

PENALIZACIÓN DEL ABORTO

PENALIZACIÓN DEL ABORTO

A NIVEL MUNDIAL

99 MILLONES

DE EMBARAZOS NO PLANEADOS CADA AÑO

56%

TERMINAN EN ABORTO

2010—2014

56

MILLONES DE ABORTOS INDUCIDOS

La tasa más elevada de abortos ocurre en Latinoamérica y el Caribe.[1]

8–11% → 6.9 MILLONES

muertes maternas se relacionan con abortos inseguros.[2]

de mujeres son atendidas anualmente por complicaciones relacionadas con éstos.[3]

EN EL MUNDO, LAS MUJERES VIVEN EN PAÍSES QUE:

6%

TIENEN UNA
PROHIBICIÓN ABSOLUTA
DEL ABORTO

21%

PERMITEN
EL ABORTO
PARA SALVAR
LA VIDA
DE LA MUJER

11%

PERMITEN
EL ABORTO
PARA SALVAGUARDAR
LA SALUD
DE LA MUJER

37%

PERMITEN EL ABORTO POR VOLUNTAD DE LA MUJER

1 Bearak J. *et al.*, "Global, regional, and subregional trends in unintended pregnancy and its outcomes from 1990 to 2014: estimates from a Bayesian hierarchical model", en Lancet Global Health, 2018, 6(4):e380–e389.
2 Tabuladores especiales de datos de Say et al., "Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis", en *Lancet Global Health*, 2014, 2(6):e323–e333, http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70227-X.
3 Singh S y Maddow-Zimet I, "Facility-based treatment for medical complications resulting from unsafe pregnancy termination in the developing world, 2012: a review of evidence from 26 countries", en *BJOG*, 2016, 123(9):1489–1498, http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.13552.

EN MÉXICO

ABORTO INSEGURO CUARTA CAUSA DE MUERTE MATERNA

Fuente: Observatorio de Mortalidad Materna, 2015.

Solo la Ciudad de México permite el aborto por voluntad de la mujer hasta las 12 semanas de gestación. En el resto del país, se puede acceder al aborto en casos de violación y, dependiendo de la entidad, por otras causales como riesgo a la vida, a la salud, alteraciones graves en el producto y razones socioeconómicas.

HASTA 6 AÑOS DE PRISIÓN POR ABORTO

fuera de las causales contempladas en la legislación.

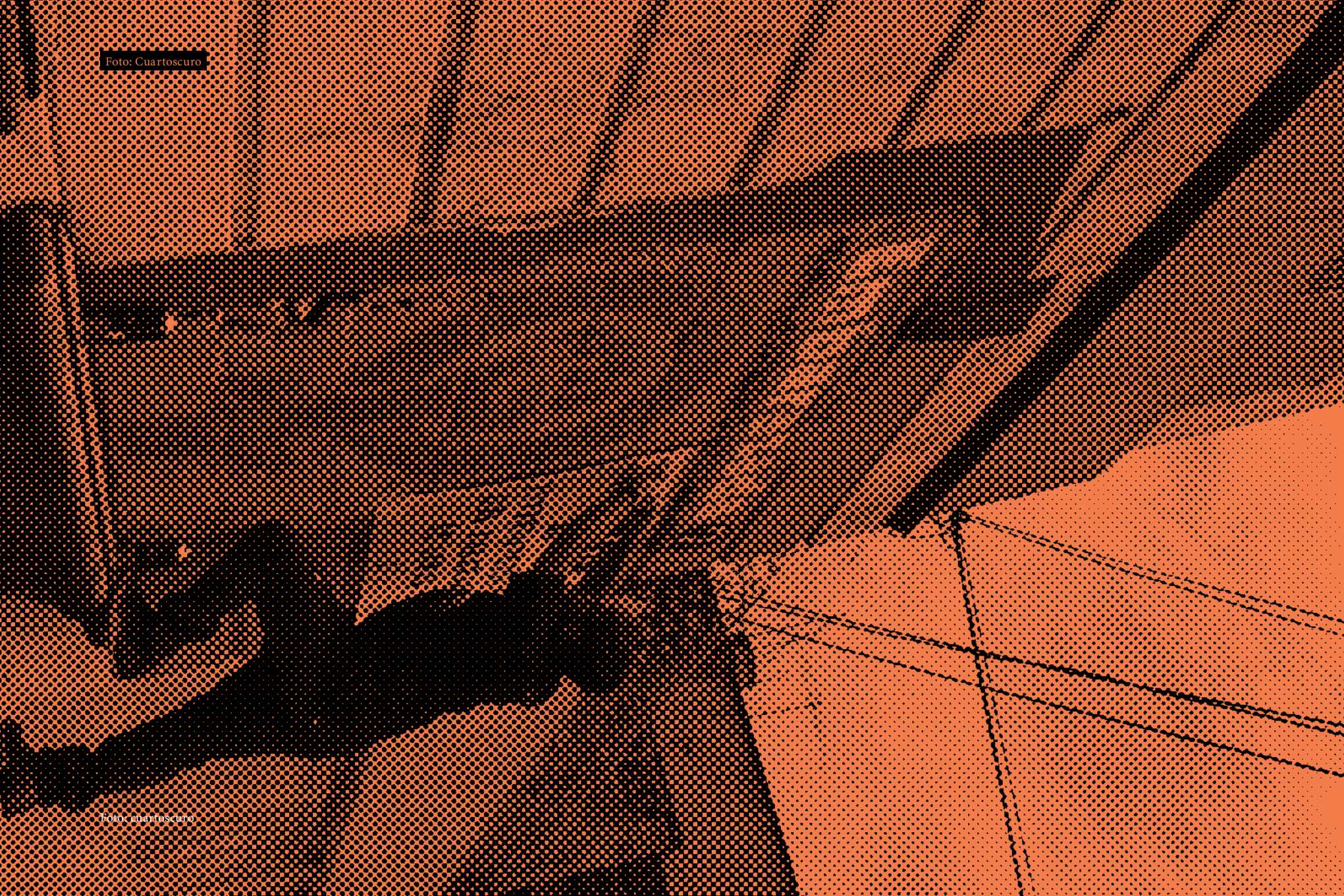


Foto: Cuartoscuro
Foto: cuartoscuro

En México, los códigos penales de cada entidad federativa establecen bajo qué causales o circunstancias se puede abortar sin ameritar una sanción penal, lo que en la práctica se traduce en una situación de discriminación jurídica, pues las mujeres tienen más o menos derecho de acceder a un aborto bajo un marco legal, de acuerdo con su lugar de residencia. Aunque ha habido varias iniciativas de despenalización del aborto a nivel local, a la fecha ninguna ha sido aprobada excepto la de la Ciudad de México, en abril de 2007. El Programa de Interrupción Legal del Embarazo (Programa ILE), en la Ciudad de México, ha sido un ejemplo nacional y regional de acceso a servicios de aborto legales, seguros y gratuitos que se brindan tanto a mujeres residentes de la Ciudad de México como de otras entidades e, incluso, de otros países.

A pesar del marco normativo, el acceso al aborto por causales en México es precario o nulo. Existe un gran desconocimiento por parte de las autoridades y, en particular, del personal de salud acerca de sus obligaciones; se imponen requisitos no solicitados por la legislación, que obstaculizan el acceso a servicios legales de aborto; se permite la desinformación por parte de grupos antiderechos; se viola el secreto profesional y se criminaliza a mujeres que sufren emergencias obstétricas.

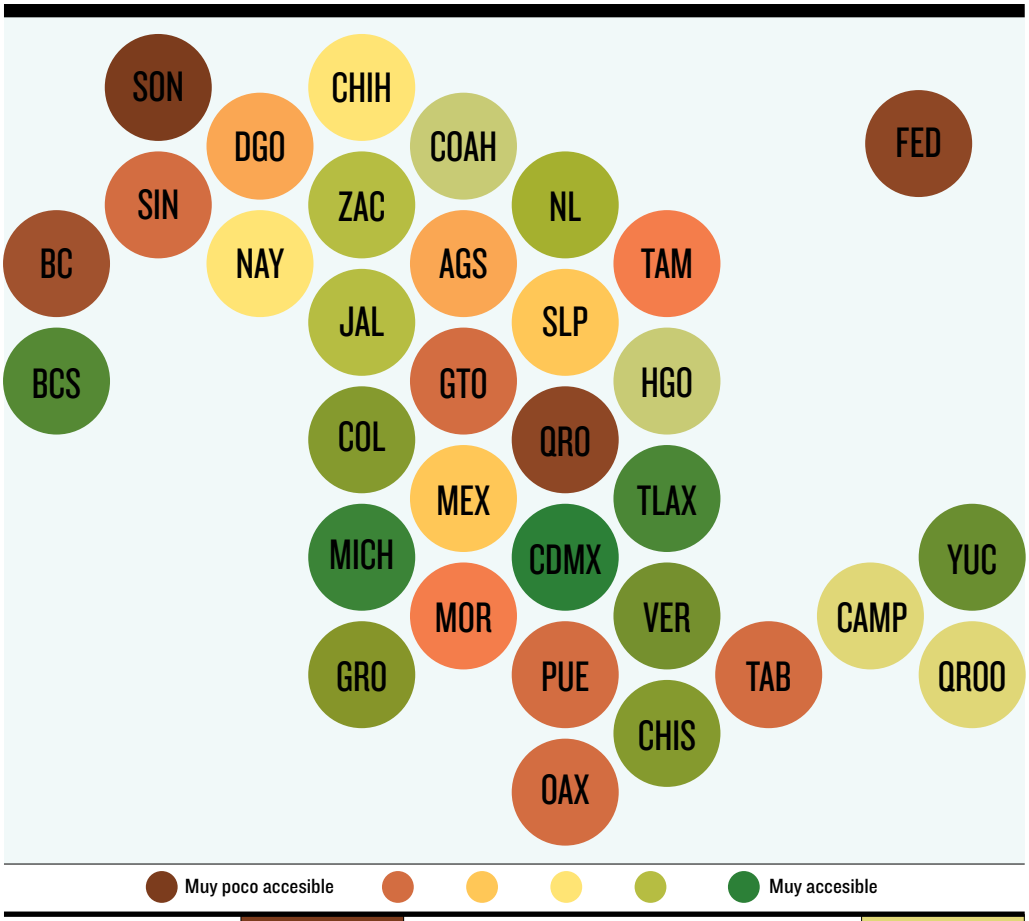
2.1 SITUACIÓN EN MÉXICO

A. CAUSALES LEGALES

El aborto se regula a nivel local y es considerado un delito con excluyentes de responsabilidad penal o causales de no punibilidad. Es decir, hay circunstancias bajo las cuales no se castiga o no se considera como un delito. En la última década, algunas entidades federativas han ampliado el número de causales legales contempladas en su legislación penal, haciéndolas más permisivas. Destaca en particular la inclusión de la causal de riesgo a la salud en los casos de Colima (2011), Guerrero (2014) y Coahuila (2017), así como la exclusión de responsabilidad por situación económica precaria en el caso de Michoacán (2016). En la actualidad, todos los códigos penales contemplan la violación como causal de exclusión o no punibilidad; 29 entidades establecen como causal que el aborto sea resultado de una conducta imprudencial o culposa; 23, que exista peligro de muerte de la mujer embarazada; 15, que la mujer enfrente riesgo a su salud; 16, que el producto presente alteraciones congénitas o genéticas graves; 15, que el embarazo sea resultado de inseminación artificial no consentida, y dos, que haya causas económicas para interrumpir el embarazo. El Código Penal Federal, por su parte, contempla solo el aborto culposo, la violación sexual y el peligro de muerte como causales de no punibilidad. Dichas restricciones han representado un obstáculo para las mujeres que solicitan servicios de aborto en instituciones de salud federales, incluso en entidades cuya legislación local contempla un mayor número de causales legales. En contraste, la Ciudad de México es la única entidad que permite el aborto por voluntad de la mujer hasta las 12 semanas de gestación.

EL DELITO DE ABORTO EN MÉXICO

GIRE REALIZÓ UNA CLASIFICACIÓN DEL MARCO NORMATIVO DEL ABORTO EN LOS CÓDIGOS PENALES BASADA EN 1) NÚMERO Y TIPO DE CAUSALES CONTEMPLADAS, Y 2) LA GRAVEDAD DE SUS SANCIONES PENALES, CUANDO EXISTEN.

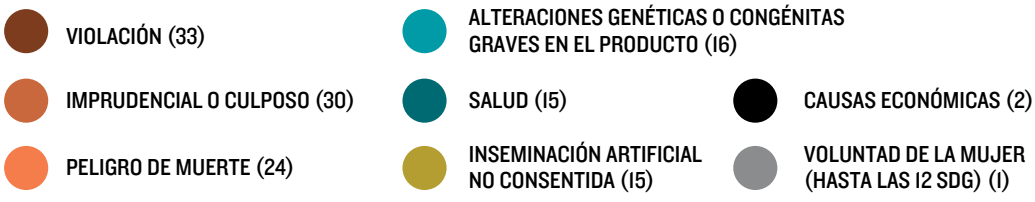


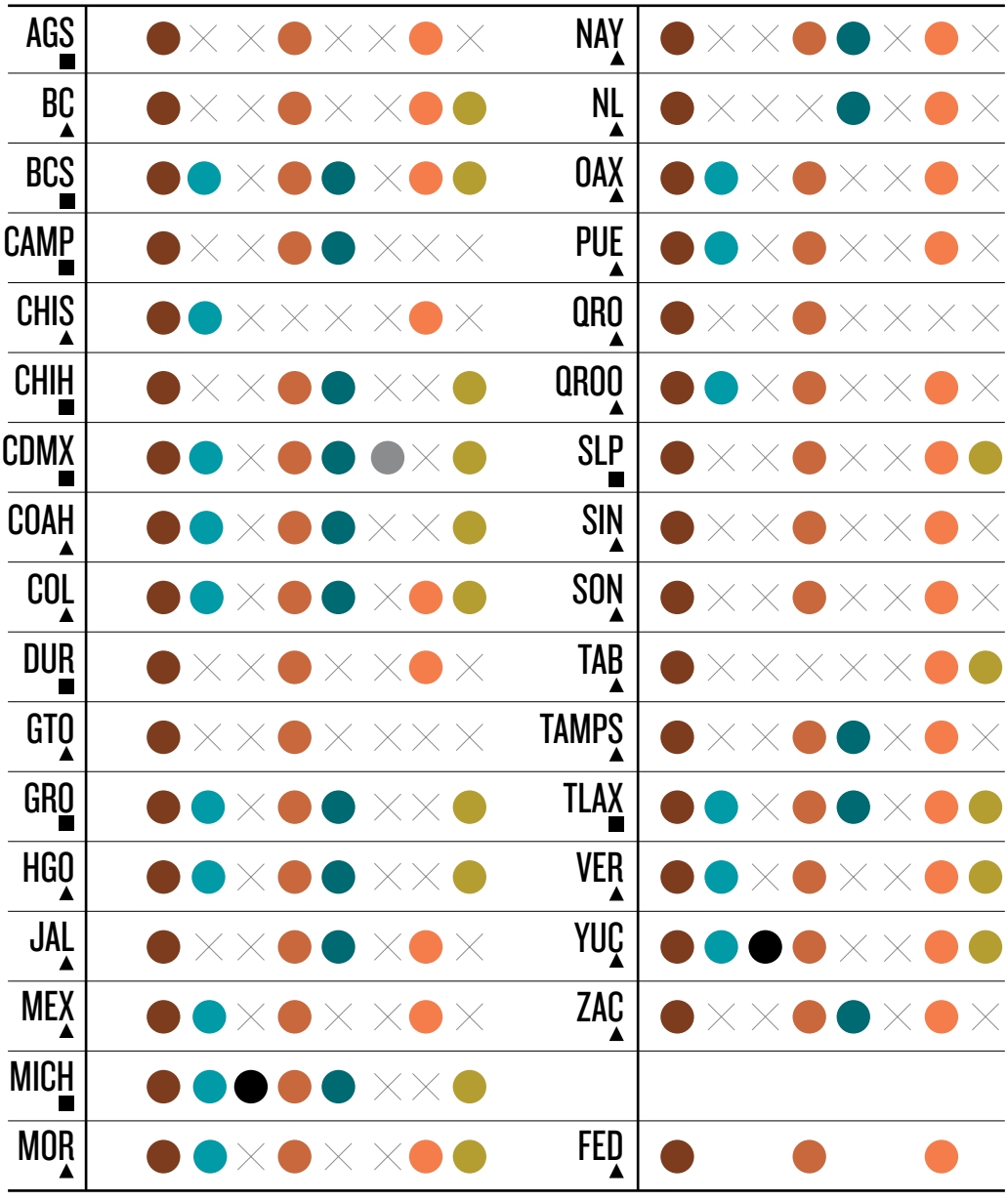
SONORA	22.8	CAMPECHE	48.5
QUERÉTARO	27.1	QUINTANA ROO	48.5
FEDERAL	27.1	COAHUILA	50
BAJA CALIFORNIA	30	HIDALGO	50
GUANAJUATO	35.7	JALISCO	51.4
OAXACA	35.7	ZACATECAS	51.4
PUEBLA	35.7	NUEVO LEÓN	52.8
SINALOA	35.7	COLIMA	54.2
TABASCO	35.7	CHIAPAS	54.2
MORELOS	38.5	GUERRERO	55.7
TAMAULIPAS	38.5	VERACRUZ	60
AGUASCALIENTES	41.4	YUCATÁN	64.2
DURANGO	41.4	BAJA CALIFORNIA SUR	68.5
MÉXICO	44.2	TLAXCALA	76.4
SAN LUIS POTOSÍ	44.2	MICHOACÁN	77.1
CHIHUAHUA	47.1	CIUDAD DE MÉXICO	80.7
NAYARIT	47.1		

Fuente: GIRE, octubre 2018.

CAUSALES DE ABORTO

EN CÓDIGOS PENALES





Fuente: GIRE, octubre 2018.

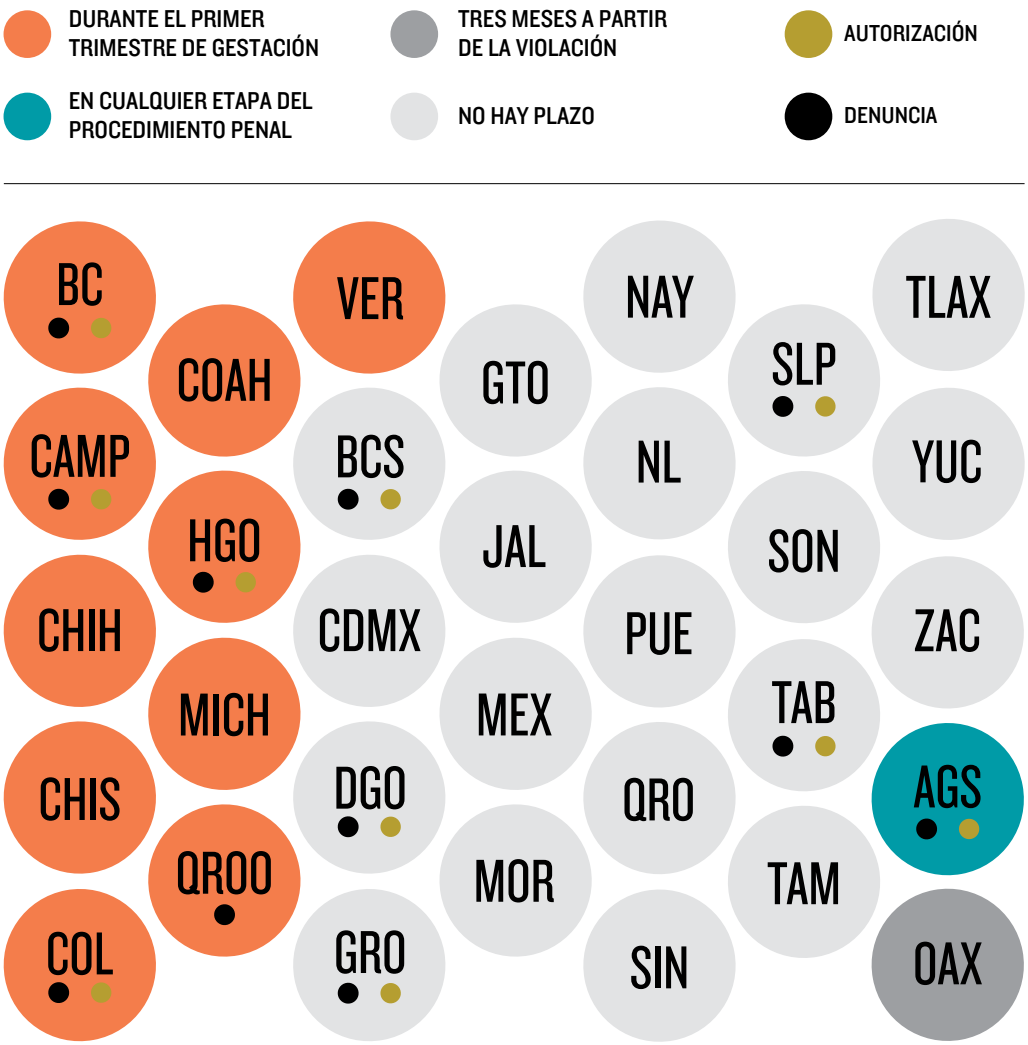
■ EXCLUYENTE DE REPONSABILIDAD

▲ NO PUNIBILIDAD

ACCESO AL ABORTO POR VIOLACIÓN

La única causal legal de aborto que se contempla actualmente en todo el país es cuando el embarazo es producto de una violación sexual. De acuerdo con la Ley General de Víctimas y la NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres, criterios para la prevención y atención (NOM 046), se debe garantizar el acceso a este servicio para toda mujer, sin más requisitos que una declaración bajo protesta de decir verdad de que el embarazo fue producto de una violación. No es necesaria denuncia ni autorización alguna y, a partir de los 12 años, las mujeres pueden acudir sin necesidad de la compañía de madre, padre o tutor. Sin embargo, en la práctica, las autoridades obstaculizan o niegan el acceso a este servicio, solicitando requisitos adicionales, como una denuncia previa o una autorización por parte del ministerio público. Esto revela desconocimiento con respecto a sus obligaciones, además de la falta de homologación de protocolos, lineamientos administrativos y códigos penales con la legislación general vigente relacionada con víctimas de violencia sexual.

REQUISITOS PARA ACCEDER AL ABORTO POR VIOLACIÓN EN CÓDIGOS PENALES



10 ENTIDADES REQUIEREN AUTORIZACIÓN

12 ENTIDADES ESTABLECEN UN PLAZO

11 ENTIDADES REQUIEREN UNA DENUNCIA PREVIA

Fuente: GIRE, octubre 2018.

La falta de homologación de algunos códigos penales con la legislación general en materia de atención a víctimas pone en desventaja a las mujeres de ciertas entidades, que enfrentan mayores barreras para acceder a servicios de interrupción del embarazo dependiendo de su situación geográfica. En este sentido, resulta urgente que dichas normas sean modificadas, y que el personal de salud conozca y cumpla con sus obligaciones de proveer servicios de aborto por violación sin solicitar requisitos adicionales; además de estar sensibilizados respecto al tema, para evitar conductas como el maltrato verbal a las mujeres que solicitan los servicios.

A pesar de que el aborto por violación es la única causal legal en todo el país, GIRE ha documentado el precario o nulo acceso que hay en México a este servicio. Debido a que no existen estadísticas públicas disponibles sobre el tema, GIRE solicitó esta información a instituciones de salud federales y locales, así como a procuradurías de justicia, por medio de solicitudes de acceso a la información pública. En total, los servicios de salud reportan haber realizado 137 interrupciones del embarazo por violación en el periodo de diciembre 2012 a octubre 2017, así como haber recibido 62 autorizaciones para estos procedimientos. En otras palabras, un promedio de 27 interrupciones al año en todo el país. De estos casos, 52 corresponden a menores de edad, algunas de hasta 10 años.

En términos generales, es de resaltar la escasa información provista por instituciones de salud federales, que desconocen o no reportan la realización de este tipo de procedimientos a pesar de que estarían obligados a hacerlo. De las respuestas obtenidas, además, destaca el caso de Chiapas, donde el número de autorizaciones es mayor al número de interrupciones reportadas, sin que exista claridad sobre la razón por la que estos procedimientos no fueron llevados a cabo.

ABORTOS POR VIOLACIÓN REPORTADOS POR INSTITUCIONES DE SALUD

DICIEMBRE 2012 - OCTUBRE 2017

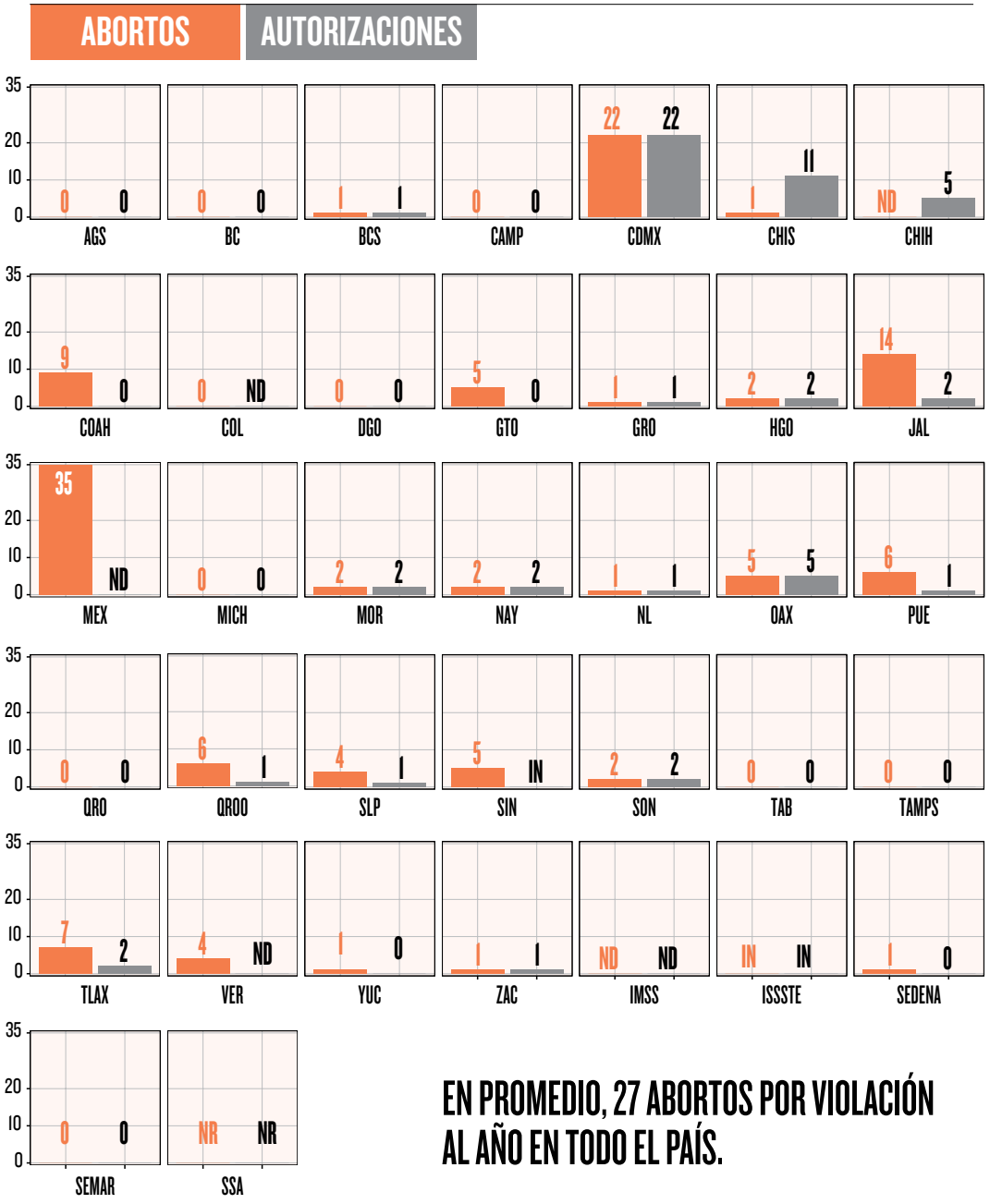
137 ABORTOS REALIZADOS

62 AUTORIZACIONES RECIBIDAS

ND NO HAY INFORMACIÓN DISPONIBLE

NR NO REALIZAN ABORTOS

IN INEXISTENCIA



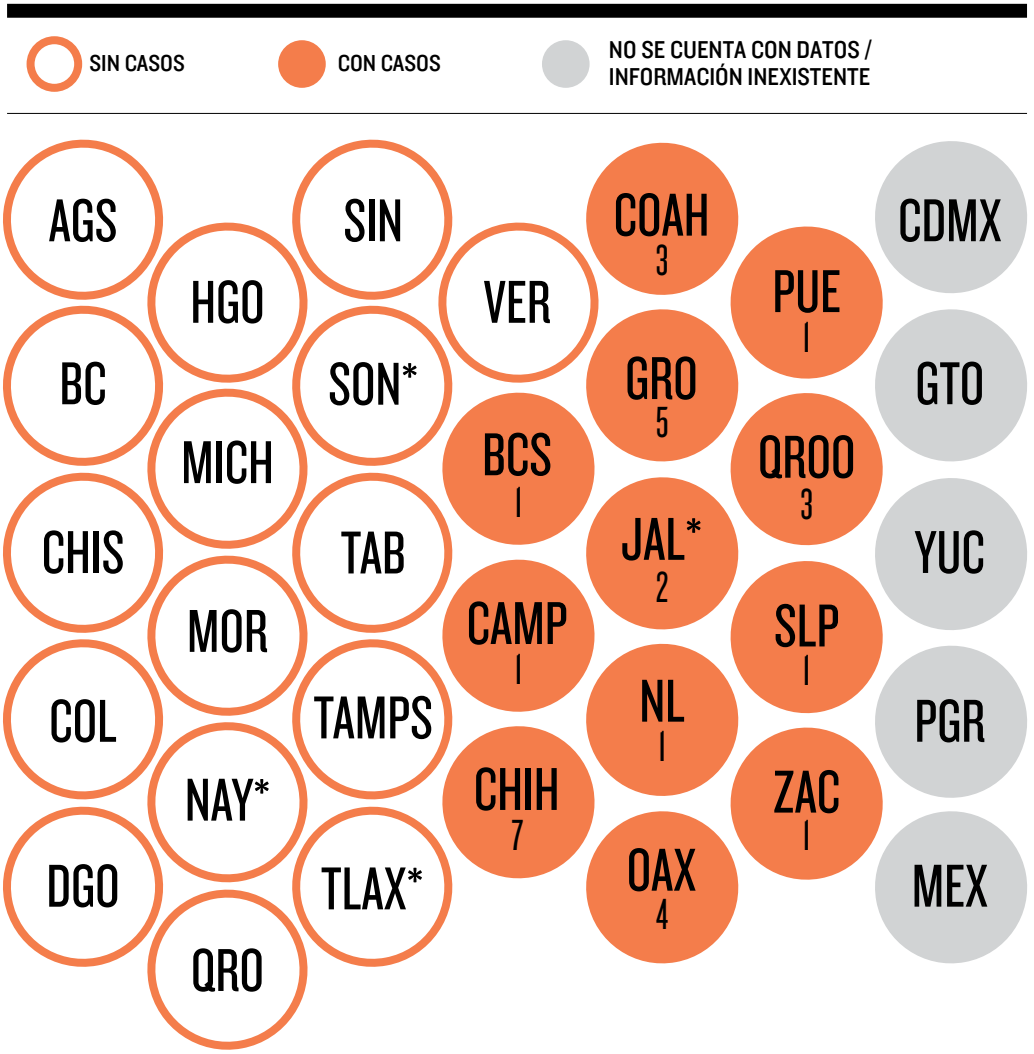
EN PROMEDIO, 27 ABORTOS POR VIOLACIÓN AL AÑO EN TODO EL PAÍS.

Fuente: Elaboración de GIRE con base en solicitudes de acceso a la información pública.

AUTORIZACIONES DE ABORTO POR VIOLACIÓN REPORTADAS POR PROCURADURÍAS DE JUSTICIA

DICIEMBRE 2012 - OCTUBRE 2017

30 AUTORIZACIONES



* Reconocen que a partir de reforma a la NOM 046 ya no es necesaria una autorización para acceder al aborto por violación.
Fuente: Elaboración de GIRE con base en solicitudes de acceso a la información pública.

Como se observa en las tablas anteriores, al cuestionar a las procuradurías o fiscalías de justicia acerca del número de autorizaciones de aborto por violación emitidas en el mismo periodo, se reportó un total de 30. En algunos casos, no se desagrega la información como se solicitó, o se poporciona un número que no corresponde con las autorizaciones reportadas por las secretarías de salud para el mismo periodo. Destaca también que, al solicitar información con respecto a los plazos transcurridos entre la solicitud de autorización y su emisión, la mayoría de las entidades reportaron plazos menores a una semana. Sin embargo, otras reportaron demoras de meses para emitir dicha autorización, lo que

impide el acceso efectivo a servicios considerados de emergencia para las mujeres. Tal es el caso de Nuevo León que, tras una demora de tres meses y medio en emitir una autorización, indica que ésta ya no se realizó debido a que "el médico refirió que era riesgoso para la víctima".[1]

Destaca de manera positiva que, en el caso de Jalisco, Nayarit, Sonora y Tlaxcala, las mismas autoridades reconocieron que dichas autorizaciones no son necesarias de acuerdo con la legislación general vigente y refirieron a la información previa a dichos cambios. Sin embargo, existen 11 códigos penales locales que todavía incluyen el requisito de una denuncia previa, y diez que aún contemplan autorización por parte de un juez o ministerio público.[2] Esto contribuye a una falta de claridad para las autoridades con respecto a sus obligaciones, que se refleja finalmente en obstáculos para el acceso de las mujeres a servicios considerados de emergencia por la Ley General de Víctimas y la NOM 046.

ACCESO A OTRAS CAUSALES

Con respecto al acceso al aborto por otras causales, destaca la escasa información existente en el país para estimar si en efecto las instituciones de salud proveen dichos servicios. De forma similar, se buscó conocer estos datos por medio de solicitudes de acceso a la información, de acuerdo con las causales legales de cada entidad federativa. Sin embargo, en la mayoría de los casos, los sujetos obligados solo reportaron el número total de "abortos médicos" registrados —lo que impide conocer el acceso a causales legales pues no distingue los abortos espontáneos de aquellos inducidos por las mujeres, o realizados por personal de salud—, o bien, repitieron la información sobre abortos por violación. Únicamente en los casos de Morelos, que reportó cuatro interrupciones realizadas por peligro de muerte de la mujer, y San Luis Potosí, que registró un caso sin especificar la causal de referencia, se pudo obtener información.[3]

La falta de datos con respecto al aborto por causales legales es un obstáculo importante para conocer las barreras de acceso que existen en las diferentes regiones del país, así como el perfil de las mujeres que solicitan estos servicios. Además de los abortos médicos registrados por el Sistema de Información en Salud, las estadísticas vitales producidas por el INEGI distinguen la categoría de abortos espontáneos, inducidos y terapéuticos[4]. De acuerdo con estos datos, a nivel nacional, entre 2012 y 2016 se tiene registrado un total de 610 abortos provocados, así como 2 mil 149 abortos terapéuticos. Sin embargo, así como la información recabada por el Sistema de Información en Salud, estos datos no permiten conocer si se trata de abortos en evolución (ya sea espontáneos o inducidos) atendidos por el personal de salud o casos de acceso a abortos legales, por ejemplo, por causal salud, riesgo a la vida de la mujer o alteraciones congénitas en el producto. Estos datos, además, registran solo la información de las mujeres que solicitan atención hospitalaria tras o para un aborto, por lo que representa un número menor del total de abortos inducidos en el país, en especial dado el uso cada vez más extenso de medicamentos para realizar abortos.[5]

1 Solicitud de Acceso a la Información. Folio: 01260917.
2 A agosto de 2018, los códigos penales de Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Colima, Durango, Guerrero, Hidalgo, San Luis Potosí y Tabasco contemplan requisito de autorización y denuncia. El de Quintana Roo contempla solo denuncia previa.
3 Solicitud de Acceso a la Información Pública. Servicios de Salud. Folios: 00650118 (Morelos) y 00686217 (San Luis Potosí).
4 Definidos como aquellos realizados por prescripción médica.
5 En México, se estima que un tercio del total de abortos en 2007 se realizaron con medicamentos, específicamente misoprostol. Ver: Juarez F. *et al*., *Unintended Pregnancy and Induced Abortion in Mexico: Causes and Consequences*, New York: Guttmacher Institute, 2013. Disponible en https://www.guttmacher.org/report unintended-pregnancy-and-induced-abortion-mexico-causes-and-consequences.

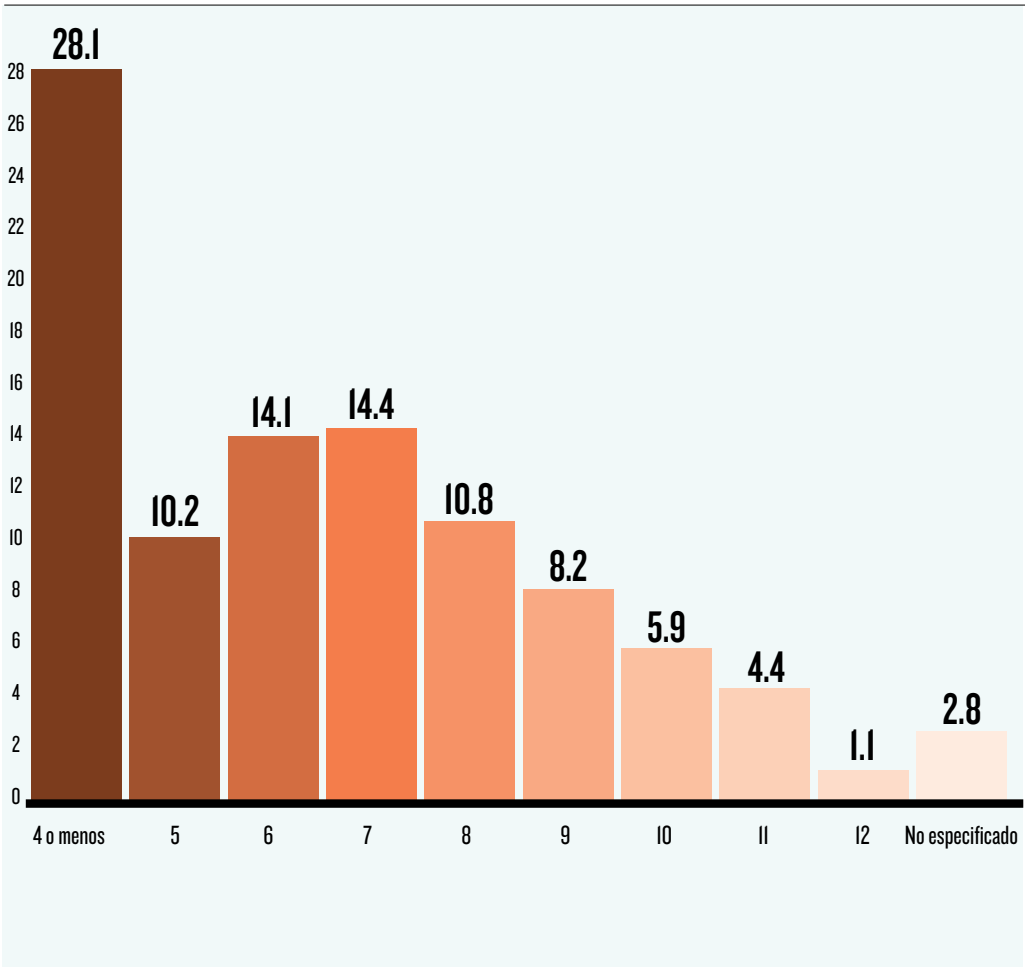
B. PROGRAMA ILE EN LA CIUDAD DE MÉXICO

El 26 de abril de 2007 se publicó la reforma al Código Penal y a la Ley de Salud del Distrito Federal, con la cual se estableció la despenalización del aborto durante las 12 primeras semanas de gestación. Además, se disminuyeron las penas para quienes interrumpan su embarazo después de ese plazo y fuera de las causales legales, quedando como sanción una pena de prisión de tres a seis meses o trabajo a favor de la comunidad de cien a 300 días. Como resultado de este proceso, el Gobierno del Distrito Federal implementó un programa de servicios de salud para las mujeres que deseen interrumpir su embarazo, el Programa ILE.

En abril de 2017, el Programa ILE en la Ciudad de México cumplió diez años de ser establecido. Esta década de acceso al aborto legal y gratuito ha permitido reunir información estadística sobre el perfil de las mujeres que solicitan un aborto, así como cuestionar algunos de los mitos más comunes acerca de la despenalización del aborto y sus consecuencias. De los datos obtenidos, destaca la frecuencia con la que se realizan interrupciones con medicamentos, así como que la mayoría se realiza con cuatro o menos semanas de gestación.

INTERRUPCIONES DEL EMBARAZO REALIZADAS POR SEMANAS DE GESTACIÓN

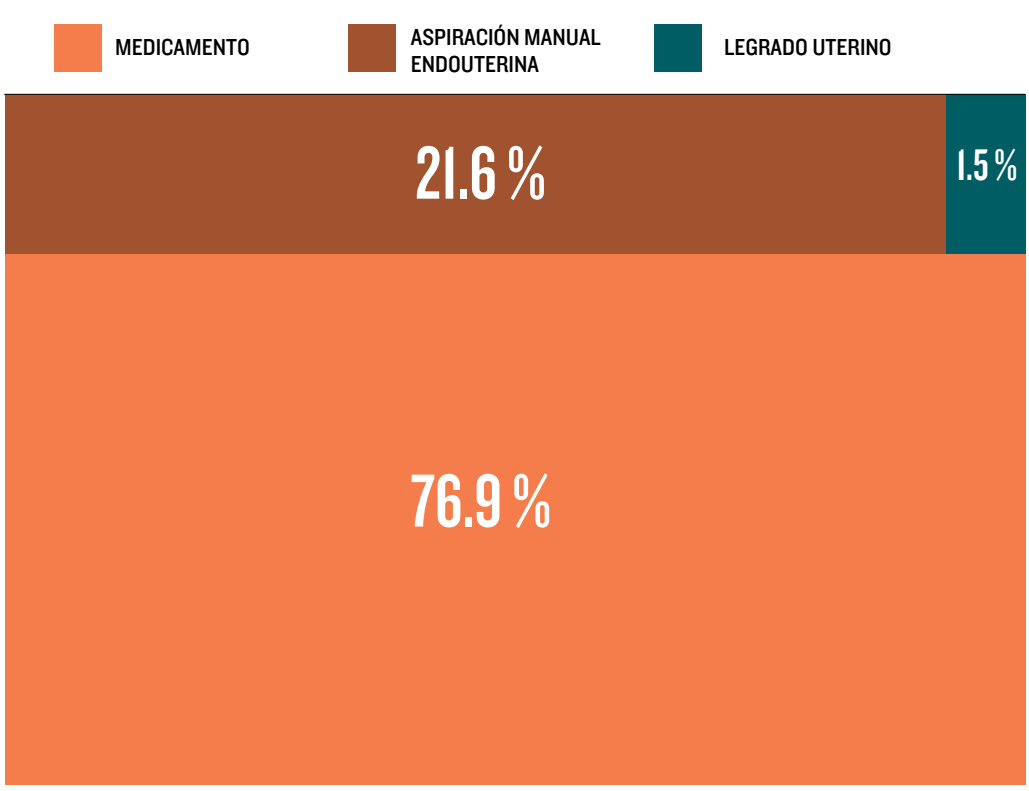
ABRIL 2007- OCTUBRE 2018



Fuente: Elaboración de GIRE con datos del Sistema de Información de Interrupción Legal del Embarazo.

TIPO DE PROCEDIMIENTO PRACTICADO EN SERVICIOS DE ILE

ABRIL 2007 - OCTUBRE 2018

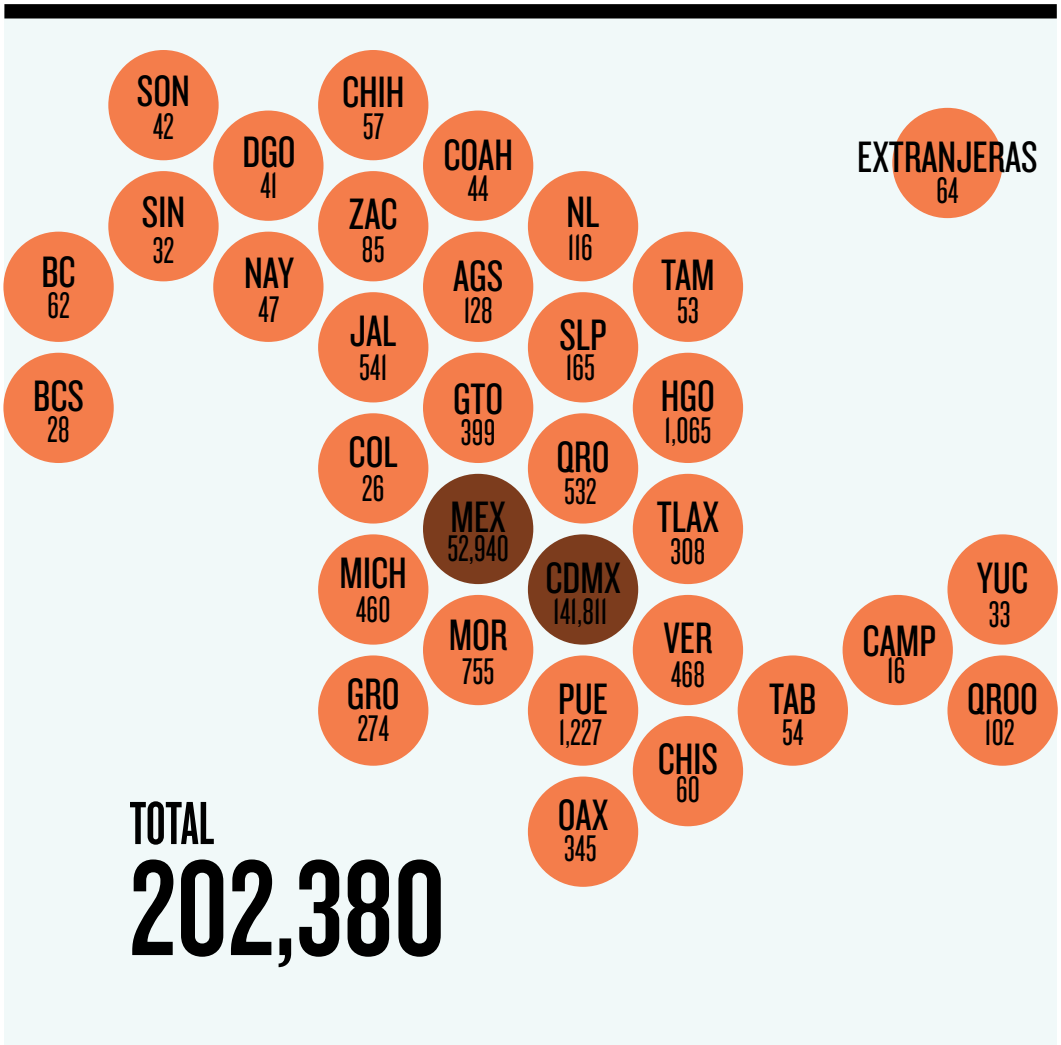


Fuente: Elaboración de GIRE con datos del Sistema de Información de Interrupción Legal del Embarazo.

Foto: Shutterstock

USUARIAS ATENDIDAS EN SERVICIOS DE ILE SEGÚN SU ENTIDAD DE PROCEDENCIA

ABRIL 2007 - OCTUBRE 2018



Fuente: Elaboración de GIRE con datos del Sistema de Información de Interrupción Legal del Embarazo.

Asimismo, las estadísticas de acceso al Programa ILE muestran que las usuarias de estos servicios no son solo residentes de la Ciudad de México, sino de otras entidades federativas, donde el aborto está penalizado o es inaccesible. A poco más de diez años de inicio del Programa ILE, el total de usuarias atendidas en estos servicios, hasta octubre de 2018, es de 202 mil 380. De éstas, aproximadamente 70% proviene de la Ciudad de México, el restante se traslada, principalmente, del estado de México (26.1%), Puebla, Hidalgo, Morelos y Jalisco.

Después del plazo establecido para acceder a una interrupción del embarazo por voluntad de la mujer, el código penal de la Ciudad de México contempla la posibilidad de acceder a servicios de aborto en ciertas circunstancias. El 25 de abril de 2018 se publicó la actualización de los Lineamientos Generales de Organización y Operación de los Servicios de Salud para la Interrupción del Embarazo en la Ciudad de México. Esta actualización presenta algunos elementos preocupantes. En primer lugar, introduce una clasificación confusa que distingue entre la interrupción voluntaria del embarazo y aquella llevada a cabo bajo las causales previstas en el código penal, sin atender que en todos los supuestos se trata de una interrupción voluntaria y legal del embarazo. Más importante aún, la actualización contempla el establecimiento de requisitos para acceder al aborto por violación que no se encuentran en el código penal y que resultan contradictorios con lo estipulado en la Ley General de Víctimas.

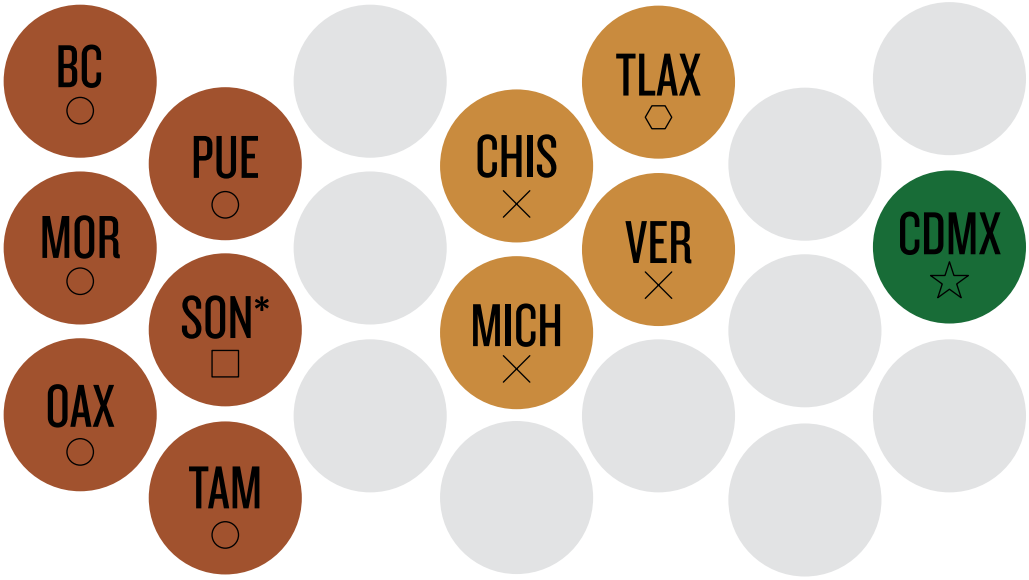
Entre estos requisitos se encuentra la intervención de la Procuraduría de la Defensa de Niñas, Niños y Adolescentes de la Ciudad de México para el acceso a la interrupción del embarazo en el caso de adolescentes a partir de los 12 años, así como la obligación de proporcionar información relacionada con la denuncia de los hechos ante una autoridad ministerial, requisito desproporcionado que resulta contrario a lo dispuesto por la NOM 046, cuyo único requisito es la solicitud escrita bajo protesta de decir verdad de que el embarazo es producto de violación. Asimismo, preocupa que se establezca un plazo máximo de semanas de gestación para acceder al aborto por violación, que no existe en el código penal local, en la Ley General de Víctimas, ni el Código Nacional de Procedimientos Penales, y que restringe los derechos de las víctimas de violencia sexual.

C. SANCIONES PENALES

El delito de aborto en México se clasifica como no grave, por lo que las personas acusadas pueden permanecer en libertad durante su proceso, conforme al artículo 155 del Código Nacional de Procedimientos Penales mediante la aplicación de medidas cautelares como el pago de una fianza. A pesar de que esto representa un cambio positivo, es importante tomar en cuenta que dicho pago representa una carga significativa para la mayoría de las mujeres que enfrentan procesos penales, que provienen de contextos de marginación económica y que podrían no tener los recursos suficientes para cubrirlo. Las sanciones por el delito de aborto se clasifican en penas privativas de la libertad —que van desde 15 días hasta seis años—, multas, trabajo en favor de la comunidad y diferentes formas de tratamiento médico o psicológico.[6] Las siguientes entidades destacan, tanto por contar con las penas de prisión más altas, como por representar los códigos que sancionan en menor medida a las mujeres.

SANCIONES A LAS MUJERES QUE SE REALIZAN UN ABORTO

ENTIDADES CON SANCIONES MÁS ALTAS Y MÁS BAJAS EN SUS CÓDIGOS PENALES



*De acuerdo con el Código Nacional de Procedimientos Penales, las penas mayores a cinco años no alcanzan el beneficio de libertad anticipada. El código penal de Sonora es el único cuya pena máxima impide este beneficio.

Fuente: GIRE, octubre 2018.

6 Para conocer información más detallada acerca de las sanciones que establece cada entidad federativa tanto para el personal de salud como para las mujeres que se provoquen un aborto, véase GIRE, *Maternidad o castigo, la criminalización del aborto en México*, 2018. Disponible en criminalizacionporaborto.gire.org.mx

Los códigos penales criminalizan también a quienes auxilien a una mujer a abortar, situación que contribuye no solo al estigma alrededor del aborto, sino también a la falta de acceso a abortos seguros en servicios de salud. Dichas penas contemplan los mismos tipos de sanciones y, en los casos de personal de salud, la legislación penal prevé de manera adicional la suspensión del ejercicio profesional. Esta situación ocasiona que, lejos de salvaguardar la salud de la mujer, el personal hospitalario se preocupe por deslindarse de cualquier posible responsabilidad, sin tomar en consideración la protección que les confiere el secreto profesional. En efecto, la mayor parte de las denuncias por aborto en México provienen de los mismos prestadores de servicios de salud, que inmediatamente reportan —o amenazan con denunciar— a las mujeres que, a su parecer, llegan a un servicio de salud con un aborto provocado.

El marco legal en México es permisivo al aborto en ciertas circunstancias. Sin embargo, el hecho de que se encuentre tipificado como delito, sumado al desconocimiento por parte de funcionarios públicos de los marcos normativos vigentes y la confusión generada por reformas en algunas constituciones locales, permean la actuación de las autoridades, que niegan servicios legales por temor o prejuicio, violando así los derechos humanos de las niñas y mujeres que los solicitan. El caso de Maritza es ilustrativo de esta situación.

MARITZA*

CIUDAD DE MÉXICO, 2018

En abril de 2018, Maritza, que cursaba un embarazo de 15 semanas de gestación, tuvo una hemorragia, por lo que acudió al Hospital de Ginecología y Obstetricia 4 del IMSS. Ahí, le dijeron que la hemorragia se debía a que el cuello del útero se estaba abriendo y la dieron de alta al día siguiente. Unas semanas más tarde, Maritza tuvo otra hemorragia por lo que volvió a acudir al hospital. Esta vez le dijeron que tendrían que practicarle un legrado. Varias horas más tarde, le informaron que sus médicos tratantes consideraban que estaba en condiciones de continuar la gestación y que la situación no ameritaba interrumpir su embarazo. Maritza se preocupó por la atención que recibía, ya que se encontraba recién operada de tumores en la tiroides y estaba por iniciar un tratamiento de yodo para la eliminación de posibles células cancerígenas. Manifestó su temor a una hemorragia más.

Por ello, con el acompañamiento del equipo jurídico de GIRE, presentó una demanda de amparo con el fin de garantizar que le fueran proveídos los servicios de salud necesarios, suficientes y adecuados a fin de salvaguardar su integridad y vida. En respuesta, el juez ordenó brindar "atención médica adecuada".

Maritza aclaró que quería interrumpir su embarazo por su estado de salud, a lo que la médica visitante le respondió que eso lo iba a valorar el Consejo de Bioética del hospital para determinar si procedía el aborto o no, y que en caso de que procediera tendría que tener una histerectomía, con el fin de evitar una complicación por los antecedentes de hemorragias.

Más tarde, el jefe de piso dijo que no realizarían el procedimiento porque Maritza estaba en condiciones de soportar el embarazo, que debió cuidarse para no embarazarse y que era "criminal matar a un bebé de 15 semanas".

El médico cuestionó a Maritza sobre si su embarazo era deseado porque no le veía "ánimos" de salvarlo. También le dijo que la valoración la hacían con lo que tenían en el expediente, que no sabían de la condición del cáncer en tiroides y que le pidiera al médico oncólogo tratante que expidiera una carta donde señalara el diagnóstico, para que fuera validada por algún oncólogo del IMSS. Solo entonces llamarían a sesión al Consejo de Bioética para resolver el caso nuevamente.

El 13 de mayo, Maritza sufrió una tercera hemorragia. Para ese momento, ya temía seriamente por su vida. Al día siguiente y tras una cuarta hemorragia, finalmente le practicaron un legrado de urgencia.

Maritza refiere que, al preguntar si consideraba que lo sucedido con su embarazo pudiera haber afectado negativamente su salud, el médico le respondió que lo importante había sido "salvar la vida de su bebé", y que no sabría decirle más.

* El nombre ha sido cambiado por respeto a su privacidad.

A pesar de que la penalización del aborto afecta a todas las mujeres, la consecuencia más directa la enfrentan aquellas directamente denunciadas y procesadas por el delito de aborto y por otros delitos relacionados con procesos reproductivos, como el infanticidio y el homicidio en razón de parentesco. Para conocer los patrones y la magnitud de dicha criminalización, GIRE realizó solicitudes de acceso a la información a autoridades de procuración e impartición de justicia.

PROCESOS PENALES POR EL DELITO DE ABORTO[7]

ENERO 2007- DICIEMBRE 2016

4,246 DENUNCIAS POR EL DELITO DE ABORTO, UNA DENUNCIA AL DÍA.

531 JUICIOS PENALES, **228** SENTENCIAS.

83 PERSONAS EN PRISIÓN PREVENTIVA POR EL DELITO DE ABORTO, **44 DE LAS CUALES SON MUJERES.**

53 PERSONAS EN PRISIÓN DEFINITIVA, ENTRE LAS CUALES, **19 SON MUJERES.**

A partir de mecanismos de transparencia, también se pudieron obtener versiones públicas de sentencias por el delito de aborto que permiten vislumbrar un patrón preocupante. En la mayoría de los casos, las mujeres —algunas de ellas menores de edad— son denunciadas por el personal hospitalario, que tiende a interrogarlas en contextos de emergencias médicas y que actúa con base en prejuicios y estereotipos discriminatorios, sin que se garantice el principio de presunción de inocencia ni el debido proceso. En muchas ocasiones, los casos se basan de manera exclusiva en confesiones autoincriminatorias realizadas bajo presión y en contextos de emergencias médicas.

Resultan particularmente preocupantes los casos documentados de mujeres que son también acusadas de delitos como infanticidio u homicidio calificado, ante situaciones de abortos o partos fortuitos. Las mujeres criminalizadas por estos delitos provienen de contextos similares a quienes enfrentan procesos penales por el delito de aborto: situaciones económicas precarias, falta de acceso a servicios de salud, situaciones de violencia sexual, familiar e institucional. También son denunciadas por personal hospitalario o por sus propios familiares, y siguen un proceso plagado de irregularidades, violaciones al debido proceso y sentencias permeadas por estereotipos de género. Sin embargo, enfrentan penas más severas y condiciones de justicia más adversas.[8]

7 Para más información al respecto, véase GIRE, 2018, *op. cit*.
8 Para conocer algunas de estas historias véase GIRE, 2018, *op. cit*.

D. CONSTITUCIONES QUE "PROTEGEN LA VIDA"

A partir de 2008 y en respuesta a la despenalización del aborto en la Ciudad de México, grupos conservadores han impulsado una importante oleada de reformas a las constituciones locales de los estados para "proteger la vida desde el momento de la concepción". Estas reformas surgieron con la intención de limitar los derechos reproductivos de las mujeres y evitar el acceso al aborto legal y seguro, además de servir como obstáculo para futuros intentos por ampliar causales o despenalizar el aborto.

Sin embargo, la emisión de la sentencia Artavia Murillo y otros vs. Costa Rica por parte de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) en 2012, resolvió de manera definitiva la interpretación que debe hacerse de la protección a la vida prenatal: resignificar dicha protección como una que requiere necesariamente proteger los derechos reproductivos de las mujeres. De esta manera, la Corte determinó que:

a) La concepción se refiere al proceso de implantación, es decir, cuando el óvulo fecundado se adhiere a la pared del endometrio.
b) El feto no puede ser considerado como persona.
c) La protección de la vida prenatal es gradual e incremental.
d) Solo a través del ejercicio de los derechos de las mujeres puede protegerse la vida prenatal.

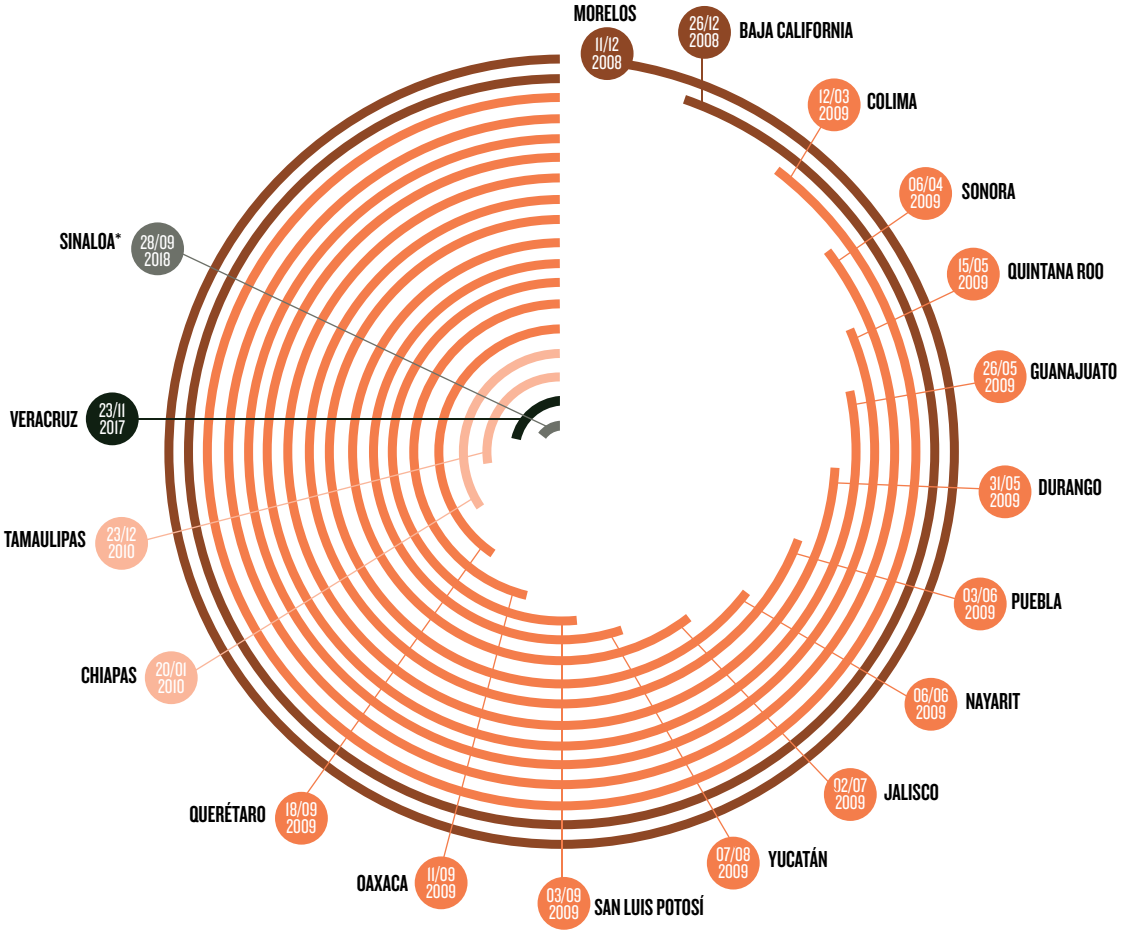
Así, a pesar de su objetivo inicial, las reformas señaladas no constituyen un obstáculo legal para el acceso al aborto bajo causales, ni para futuras reformas que pudieran despenalizar el aborto en otras entidades federativas. Sin embargo, han contribuido a promover un clima de confusión e incertidumbre jurídica entre el personal de salud y de procuración de justicia, así como entre las propias mujeres sobre la legalidad del aborto en los supuestos establecidos en la ley.

De estas reformas, actualmente se encuentra pendiente de discusión en la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) una acción de inconstitucionalidad presentada por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) en el caso de Veracruz. GIRE espera que, al revisar este caso, la Suprema Corte retome el precedente ya establecido por la Corte IDH respecto a la protección de la vida prenatal en la sentencia de Artavia Murrillo y otros vs. Costa Rica, estableciendo que dichas protecciones son compatibles con el acceso a causales legales de aborto.

El 28 de septiembre de 2018, el congreso del estado de Sinaloa aprobó una reforma al artículo 4 de su Constitución en el sentido de incluir una protección a la vida desde el momento de la concepción, misma que se encuentra pendiente de publicarse por el titular del poder ejecutivo. Con esta reforma, se tendría un total de 19 constituciones locales con disposiciones similares en el país.

CONSTITUCIONES LOCALES QUE "PROTEGEN LA VIDA DESDE LA CONCEPCIÓN"

2008 - 2018



*Al 28 de octubre de 2018 continúa pendiente de publicación.

**Chihuahua reformó su constitución en octubre de 1994. No se contabiliza dentro del conjunto de reformas para el periodo 2008-2018.

Fuente: GIRE, octubre 2018.

E. OBJECIÓN DE CONCIENCIA

El derecho a la libertad de conciencia está reconocido en el artículo 24 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y en la Convención Americana sobre Derechos Humanos. La objeción de conciencia se considera una manifestación de dicha libertad. En el ámbito médico, implica que el personal de salud pueda abstenerse de realizar actividades que consideran contrarias a sus creencias personales, incluidas las religiosas. Sin embargo, su reconocimiento debe prever la posibilidad de limitaciones por ley para evitar la obstaculización del ejercicio de derechos de otras personas, como el derecho a la salud. En este sentido, la objeción de conciencia plantea una excepción individual sometida a ciertas condiciones, pero de ninguna manera supone que el Estado deje de tener obligaciones con respecto a la provisión de ciertos servicios "objetables".

Tanto el Comité DESC como el CEDAW[9] han señalado que la aplicación absoluta de la objeción de conciencia puede tener efectos negativos en la disponibilidad y accesibilidad a los servicios de aborto seguro. Dado lo anterior, señalan ciertos requisitos para el ejercicio de la objeción de conciencia, como la referencia con personal dispuesto a llevar a cabo los procedimientos, a una distancia geográfica razonable. De la misma forma, los procedimientos especiales de Naciones Unidas señalan condiciones que el Estado tiene la obligación de cumplir para que la objeción de conciencia no se transforme en una barrera para el acceso a servicios de salud reproductiva; entre ellas, el carácter personal y nunca institucional de esta excepción, así como que puedan ejercerla únicamente quienes participen directamente en el procedimiento.[10]

En México, el 11 de mayo de 2018 se publicó en el Diario Oficial de la Federación una reforma a la Ley General de Salud (LGS) en materia de objeción de conciencia del personal de salud, que establece:

> Artículo 10 bis.- El personal médico y de enfermería que forme parte del Sistema Nacional de Salud, podrán ejercer la objeción de conciencia y excusarse de participar en la prestación del servicio que establece esta Ley. Cuando se ponga en riesgo la vida del paciente o se trate de una emergencia médica, no podrá invocarse la objeción de conciencia, en caso contrario se incurriría en una causal de responsabilidad profesional. En el ejercicio de la objeción de conciencia no derivará en ningún tipo de discriminación laboral.

La reforma incorpora los siguientes elementos:

1. Excepción en la participación de la prestación de los servicios de salud establecidos por ley.
2. Por motivos de conciencia.
3. Aplica únicamente al personal médico y de enfermería.
4. No aplica en dos casos: cuando se ponga en riesgo la vida de la persona que requiera la atención y cuando se trate de una emergencia médica.

Sin embargo, al no especificar el tipo de procedimientos en los que aplica, abre la posibilidad de una interpretación ambigua que puede representar un obstáculo para el acceso a servicios como el aborto, así como una posibilidad legal que podría abrir la puerta a formas de discriminación hacia ciertos grupos.

En la actualidad se encuentra pendiente de resolución por parte de la Suprema Corte una acción de inconstitucionalidad promovida por la CNDH en contra de la reforma a la Ley General de Salud en materia de objeción de conciencia. GIRE espera que, al resolver sobre dicha Acción, la SCJN contribuya a guiar la interpretación que debe hacer el personal de salud del contenido de la objeción de conciencia, específicamente, 1) que no sirva como justificación para obstaculizar el acceso a servicios de aborto; 2) que se cuente con un sistema de referencia efectivo a personal no objetor; 3) que se provea información clara a las personas solicitantes de servicios de aborto, incluso por personal objetor; 4) que se ejerza siempre de forma personal y no institucional, y 5) que opere únicamente para quienes participen directamente en el procedimiento.

9 Comité de Derechos Sociales, Económicos y Culturales y Comité de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, respectivamente.

10 Véase ONU, Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica, *Informe del Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica*, A/HRC/32/44, 8 de abril de 2016, párrs. 82, 93, 94 y 100 y ONU, Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, *Informe provisional preparado por Anand Grover, Relator Especial del Consejo de Derechos Humanos sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, de conformidad con las resoluciones 15/22 y 6/29 del Consejo de Derechos Humanos*, A/66/254, 3 de agosto de 2011, párrs. 24 y 65.

Foto: Archivo GIRE

2.2

ACCESO A LA JUSTICIA

En abril de 2018, la SCJN otorgó dos amparos, a Marimar y Fernanda, dos víctimas de violación sexual que han sido acompañadas por GIRE, después de que los servicios públicos de salud les negaron el acceso al aborto, aun cuando es un derecho de las víctimas en todo el país. La Corte afirmó que dicha negación constituye una violación a sus derechos humanos y que las autoridades de salud están obligadas a atender de manera eficiente e inmediata la solicitud de las mujeres que han sido víctimas de una violación sexual y están embarazadas, a fin de no permitir que las consecuencias derivadas de la violación se sigan desplegando en el tiempo. Lo anterior implica que las autoridades de salud correspondientes no pueden implementar mecanismos —ni políticas internas— que impidan que se materialicen los derechos de aquellas mujeres que han sido víctimas de una violación sexual y cuyo deseo es interrumpir el embarazo producto de dicho acto delictivo.[11]

Por medio de estas resoluciones, la SCJN despejó toda duda que pudiera existir en torno a la obligación legal de los prestadores de servicios de salud de garantizar el acceso al aborto en caso de violación sexual y, por extensión, en los demás casos que encuadren en las causales establecidas en los códigos penales. La difusión e implementación de dicha decisión es un pendiente crucial en el país que podría impedir que se repitan casos como el de Pilar, una menor de edad que enfrentó maltrato y barreras al solicitar un aborto por violación.

11 SCJN, Segunda Sala. "Amparo en revisión 601/2017. Quejosa y recurrente: *****. Ministro José Fernando Franco González Salas" del 4 de abril de 2018. Disponible en: https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/listas/documento_dos/2018-02/AR-601-2017.pdf [consulta: 24 de octubre de 2018].

PILAR*

CIUDAD DE MÉXICO/PUEBLA, 2018

En mayo de 2018, con 15 años de edad, Pilar acudió con su mamá a una clínica para realizar una prueba de embarazo en sangre, debido a que presentaba retraso en su periodo. En marzo, mientras se encontraba de vacaciones en Cuetzalan, Puebla, su tío paterno la había violado sexualmente. Al saber que estaba embarazada decidió contarle a su mamá acerca de la violación y acudieron juntas a una agencia del ministerio público de la Ciudad de México, donde viven, a presentar una denuncia. Ahí, el personal les dijo que no podían recibirla debido a que los hechos habían ocurrido en otra entidad. Sin embargo, le informaron que, por tratarse del delito de violación sexual, tenía derecho a decidir si deseaba o no continuar con el embarazo que cursaba, pues no constituía ningún delito. Pilar y su mamá regresaron a la clínica para realizar un ultrasonido, que determinó que tenía 10.2 semanas de gestación y se trasladaron a Puebla a presentar la denuncia penal correspondiente.

En el ministerio público en Puebla le realizaron exámenes, y visitaron el lugar donde habían ocurrido los hechos. Sin embargo, le negaron su solicitud para interrumpir el embarazo, argumentando que el aborto no era legal en Puebla. Las autoridades no solo omitieron informarles sobre la prestación del servicio de emergencia al que tenía derecho Pilar, en especial al ser menor de edad y por las semanas de gestación que cursaba, sino que, además, les proporcionaron información falsa y errónea. Asimismo, les dijeron que en ningún lugar de Puebla les iban a autorizar la interrupción del embarazo, infundiéndoles el temor de que, de abortar en la Ciudad de México, el juez las cuestionaría sobre el aborto e incluso podría ser criminalizada.

Ante esta negativa, Pilar y su mamá decidieron regresar a la Ciudad de México, pues por las semanas de gestación que tenía, aún se encontraba dentro del plazo que señala la ley para acceder a una ILE. Después, con el acompañamiento de GIRE, Pilar y su mamá acudieron a la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Puebla para presentar una queja por las violaciones a derechos humanos cometidas en su contra por el personal del ministerio público de Teziutlán, Puebla, derivadas de la falta de información acerca de los derechos que tenía Pilar como víctima del delito de violación sexual y las negativas para realizar la interrupción del embarazo que cursaba, así como una prueba de ADN que permitiera aportar pruebas a su denuncia penal. La resolución de dicha queja se encuentra pendiente. En respuesta, la Comisión emitió un acuerdo conciliatorio. Sin embargo, plantea medidas de reparación insuficientes, por lo que GIRE acompaña a Pilar y su familia en el reclamo de la responsabilidad patrimonial del Estado.

* El nombre ha sido cambiado por respeto a su privacidad.

El caso de Pilar es una muestra de que, mientras el aborto sea considerado un delito y no un servicio de salud, se continuará enviando un mensaje por parte del Estado que puede permear también las creencias, prejuicios y miedos de la sociedad en general y de funcionarios públicos en particular, al tiempo que les provee de herramientas para ejercer poder en contra de las mujeres cuando sospechan que se han provocado un aborto. Su situación no es única: de 2012 a septiembre de 2018, GIRE ha registrado, documentado y acompañado casos tanto de negación de acceso a abortos por violación y otras causales, como de criminalización por el delito de aborto. Algunos de estos casos han llegado a la SCJN, otros, como el caso de Margarita[12] —a quien el ISSSTE le negó el acceso a interrumpir un embarazo que ponía en riesgo su salud— esperan resolución ante dicho tribunal, otros más han sido resueltos en segunda instancia.

CASOS REGISTRADOS, DOCUMENTADOS Y ACOMPAÑADOS POR GIRE / 2012 - 2018

	Registro	Documentación	Acompañamiento	Total
Aborto por violación	10	10	38	58
Otras causales	11	—	11	22
Criminalización	39	3	15	57
				137

En el tema de aborto, el acceso a la justicia implica tanto garantizar el debido proceso y la presunción de inocencia de todas las mujeres denunciadas por aborto o por delitos relacionados con procesos reproductivos, como garantizar una reparación integral por violaciones a derechos humanos a las mujeres a quienes les fue negado el acceso a un aborto por violación sexual y otras causales establecidas en los códigos penales, en el sentido de lo señalado por la Segunda Sala de la SCJN en las sentencias de los amparos en revisión 601/2017 y 1170/2017. En ambos casos, la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas —y en el primero de ellos, la Comisión local del estado de Morelos— emitió un dictamen en el que retomó las medidas de reparación integral solicitadas por las víctimas directas e indirectas acompañadas por GIRE, entre las que se encuentran propuestas de indemnización por daños materiales e inmateriales, medidas de rehabilitación, la emisión de disculpas públicas, así como medidas de no repetición encaminadas a asegurar la implementación de la NOM 046 y la LGV en el país.

Uno de los mecanismos que tienen las mujeres que enfrentan negaciones de servicios de abortos legales o cualquier tipo de maltratos en el acceso a dichos servicios son las quejas ante comisiones de derechos humanos, tanto locales como la nacional. Por medio de solicitudes de acceso a la información, GIRE buscó conocer cuántos de estos casos se tienen registrados, así como su resolución y la existencia de recomendaciones hacia las autoridades involucradas. En total, las comisiones reportaron 15 quejas por negación de interrupciones del embarazo, únicamente una, en el caso de Baja California Sur, concluida por recomendación.[13] Sin embargo, la escasa información proporcionada podría explicarse por la manera en que las autoridades registran los conceptos de violación y no por la ausencia de quejas en sí.

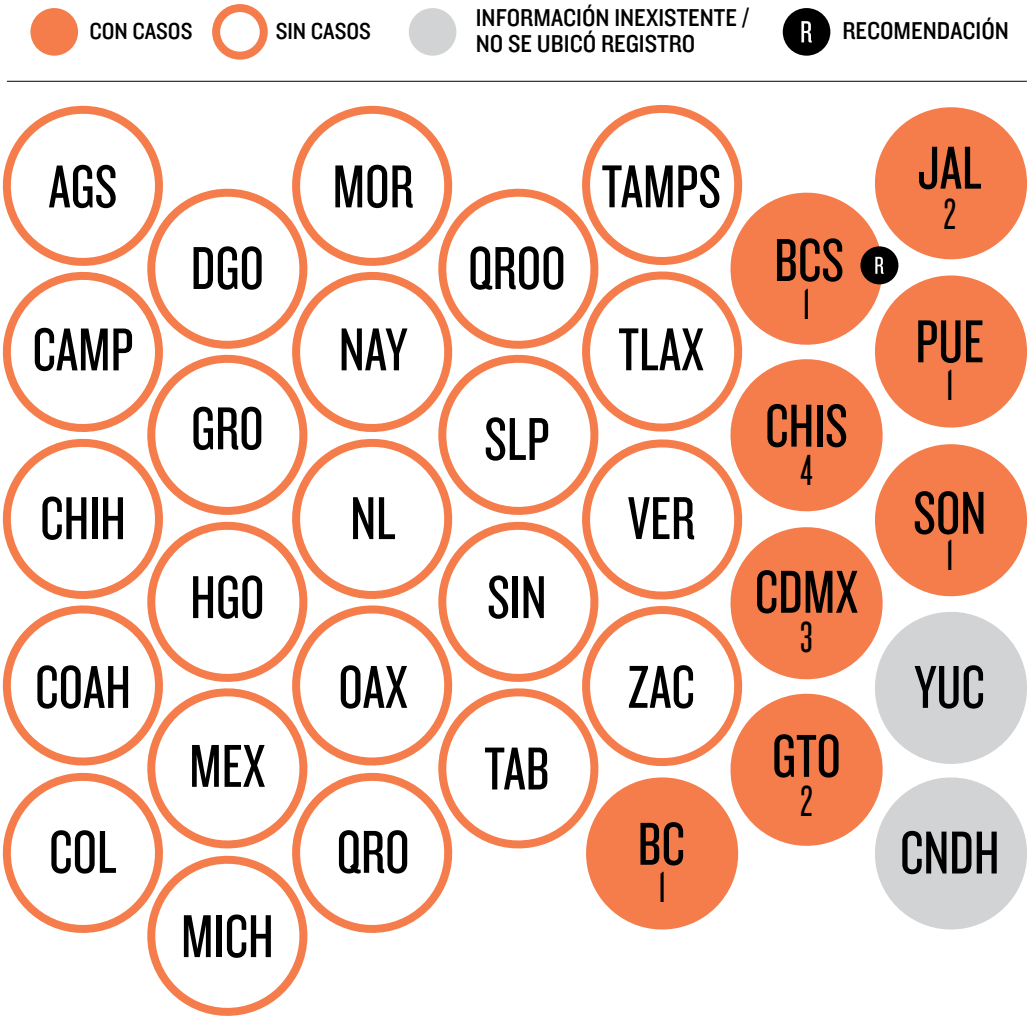
12 Para conocer más sobre los hechos del caso puede consultarse GIRE, *Niñas y Mujeres sin Justicia. Derechos reproductivos en México*, 2015. Disponible en informe2015.gire.org.mx

13 Véase Comisión Estatal de Derechos Humanos de Baja California Sur. Recomendación 15/16. Disponible en http://www.cedhbcs.org.mx//recomendaciones/2016/recomendacion15-16.pdf

QUEJAS POR NEGACIÓN DE ABORTO LEGAL ANTE COMISIONES DE DERECHOS HUMANOS

DICIEMBRE 2012 - OCTUBRE 2017

15 QUEJAS



Fuente: Elaboración de GIRE con base en solicitudes de acceso a la información pública.

2.3
CONCLUSIONES

Entre los años 2000 y 2017, 28 países modificaron sus legislaciones con respecto al aborto. Con excepción de Nicaragua que lo prohibió de manera absoluta, en general estos cambios normativos implicaron la ampliación de causales legales o la despenalización. La seguridad de los abortos inducidos ha aumentado en la última década debido a cambios legislativos y un mayor acceso al aborto con medicamentos.

En México, el respeto por las obligaciones de derechos humanos implica garantizar el acceso a las causales legales de aborto ya existentes, en especial la causal violación, contemplada tanto en los códigos penales de todas las entidades federativas y en el Código Penal Federal como en legislación general para víctimas de violencia sexual, de acuerdo con la cual las instituciones de salud deben proporcionar el servicio sin requisitos adicionales más que una declaración jurada por parte de la víctima de que el embarazo es producto de una violación. A partir de la despenalización del aborto en la Ciudad de México en 2007, algunas entidades federativas han ampliado sus causales de aborto. Otras, sin embargo, han aprobado reformas que, si bien no limitan jurídicamente las causales legales o la posibilidad de una despenalización, contribuyen a generar un clima de incertidumbre entre las autoridades con respecto a sus obligaciones, lo que puede favorecer la persecución de las mujeres de las que se sospecha de haberse inducido un aborto y obstaculizar el acceso a los servicios legales.

En definitiva, mientras que el aborto se siga considerando un delito en lugar de un servicio de salud, las mujeres seguirán enfrentando violaciones a sus derechos reproductivos, incluso cuando busquen acceder a interrupciones bajo circunstancias contempladas en la ley. La despenalización del aborto es una deuda que el Estado tiene con las mujeres en México, en particular aquellas que enfrentan mayores condiciones de marginalidad, quienes también enfrentan de manera más frecuente las consecuencias de un Estado que las persigue o las deja morir.

3

VIOLENCIA OBSTÉTRICA

VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Forma específica de violencia institucional que pueden sufrir las mujeres durante la atención del embarazo, parto y posparto.

MANIFESTACIONES

FÍSICAS

- Prácticas invasivas
- Suministro injustificado de medicamentos
- Retraso en la atención de urgencia
- Falta de respeto a los tiempos de un parto

PSICOLÓGICAS

- Trato deshumanizado
- Discriminación
- Humillaciones

33.4% → **13.1%**

sufrieron violencia obstétrica por parte de quienes las atendieron.

de estas mujeres reportaron anticoncepción o esterilización forzada.

Fuente: ENDIREH, 2016.

8 700 000

DE MUJERES

tuvieron al menos un parto entre 2011 y 2016 en México.

3 700 000 = 42.5%

FUE POR CESÁREA

37.8%

de las mujeres atendidas en el sector público tuvieron cesáreas.

79%

de las mujeres atendidas en el sector privado tuvieron cesáreas.

Fuente: SINAC 2011-2016.

10.3%

no fue informada por qué.

9.7%

no la autorizó.

Fuente: ENDIREH, 2016.

Foto: Cuartoscuro

La violencia obstétrica es una forma específica de violencia contra las mujeres que constituye una violación a los derechos humanos. Se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y posparto en los servicios de salud públicos y privados, y consiste en cualquier acción u omisión que cause un daño físico o psicológico a la mujer, que se exprese en falta de acceso a servicios de salud reproductiva, un trato cruel, inhumano o degradante, o un abuso de medicalización, menoscabando la capacidad de decidir de manera libre e informada sobre dichos procesos reproductivos.[1]

Entre las manifestaciones de este tipo de violencia se encuentran las prácticas invasivas y suministro injustificado de medicación, la negativa de tratamiento o aplazamiento de la atención médica, no respetar los tiempos del parto, los regaños, burlas, insultos, manipulación de la información, falta de respeto por la privacidad de las mujeres, así como la coacción para obtener su "consentimiento" y otros tratos discriminatorios y humillantes.[2] Estas formas de violencia pueden derivar en muerte materna: fallecimientos prevenibles relacionados con el embarazo, parto y puerperio.

1 GIRE, *Violencia obstétrica. Un enfoque de derechos humanos*, 2015, p. 12. Disponible en: https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2016/07/informeviolenciaobstetrica2015.pdf

2 Villanueva-Egan, Luis Alberto, "El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra", Revista CONAMED, 2010, 15(3), p.148. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3393251 [consulta: 9 de septiembre de 2018].

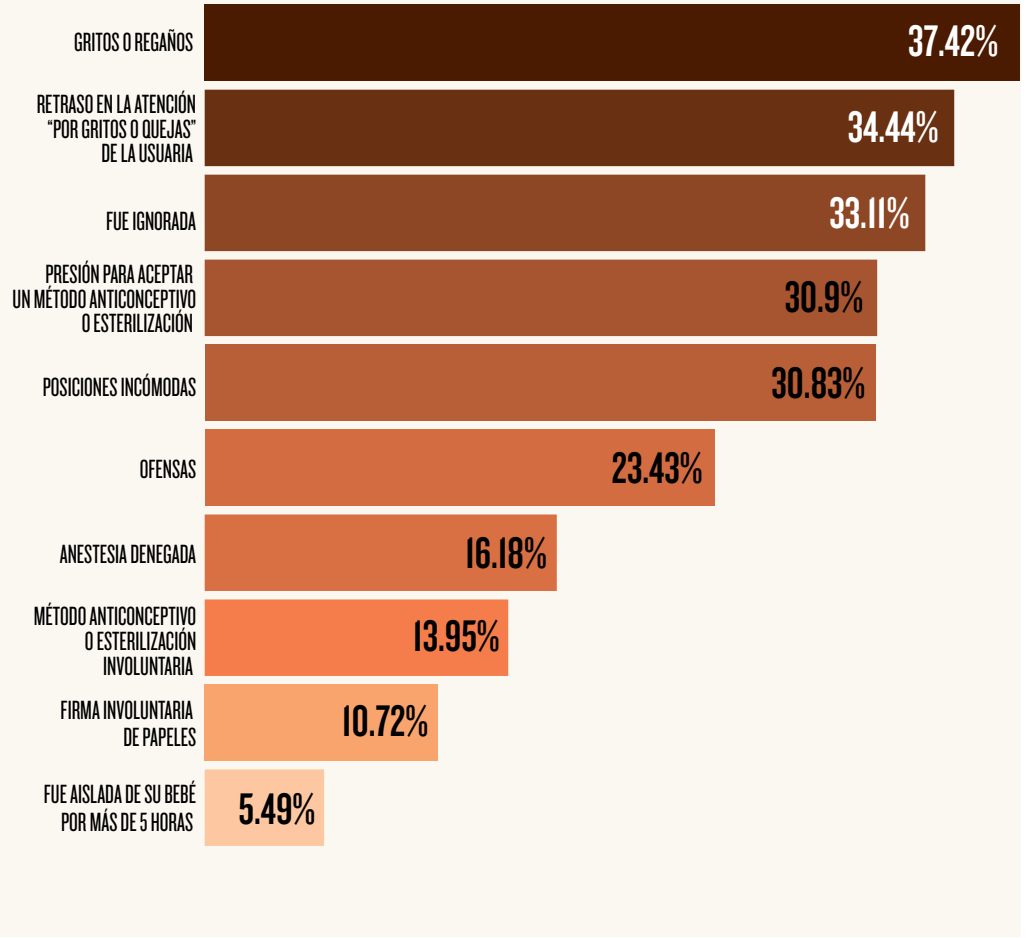
3.1
SITUACIÓN EN MÉXICO

En 2016, la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) incorporó por primera vez preguntas destinadas a evaluar aspectos de la experiencia de las mujeres durante su último parto. La encuesta permite una aproximación a un diagnóstico más completo sobre la magnitud y variables asociadas con la violencia obstétrica en el país, así como un reconocimiento por parte del Estado de la existencia e importancia de utilizar el término como tal. En general, los datos reflejados por la encuesta y por investigaciones previas son indicativos de que estamos frente a un problema de violación a los derechos humanos de las mujeres en el espacio de los servicios de salud, y no de una situación excepcional o esporádica.[3]

Aunque el uso del término violencia obstétrica no es nuevo, existe una resistencia importante para aceptar su denominación, en particular en el sector médico. Sin embargo, el concepto de violencia obstétrica —a diferencia de otros como maltratos o negligencia en la atención obstétrica— colabora a visibilizar que se trata de una forma específica de violencia contra las mujeres. Desde GIRE se considera que la respuesta ante este tipo de violencia implica transformar las condiciones estructurales del sistema de salud en todos sus niveles y no individualizar el problema, penalizando al personal de salud específico, en especial considerando los obstáculos que enfrentan en el país para realizar su trabajo en óptimas condiciones. Por ello, GIRE considera que la tipificación de la violencia obstétrica pierde de vista el problema de fondo y puede resultar contraproducente para los objetivos que busca alcanzar. De acuerdo con la ENDIREH 2016, de 8.7 millones de mujeres que tuvieron al menos un parto entre 2011 y 2016 en México, 33.4% refirieron haber sufrido maltrato por parte de quienes las atendieron.[4]

MANIFESTACIONES DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN MÉXICO

2016 / MUJERES QUE REPORTARON SUFRIR AL MENOS UN TIPO DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA



Fuente: Elaboración de GIRE con datos de la ENDIREH 2016.

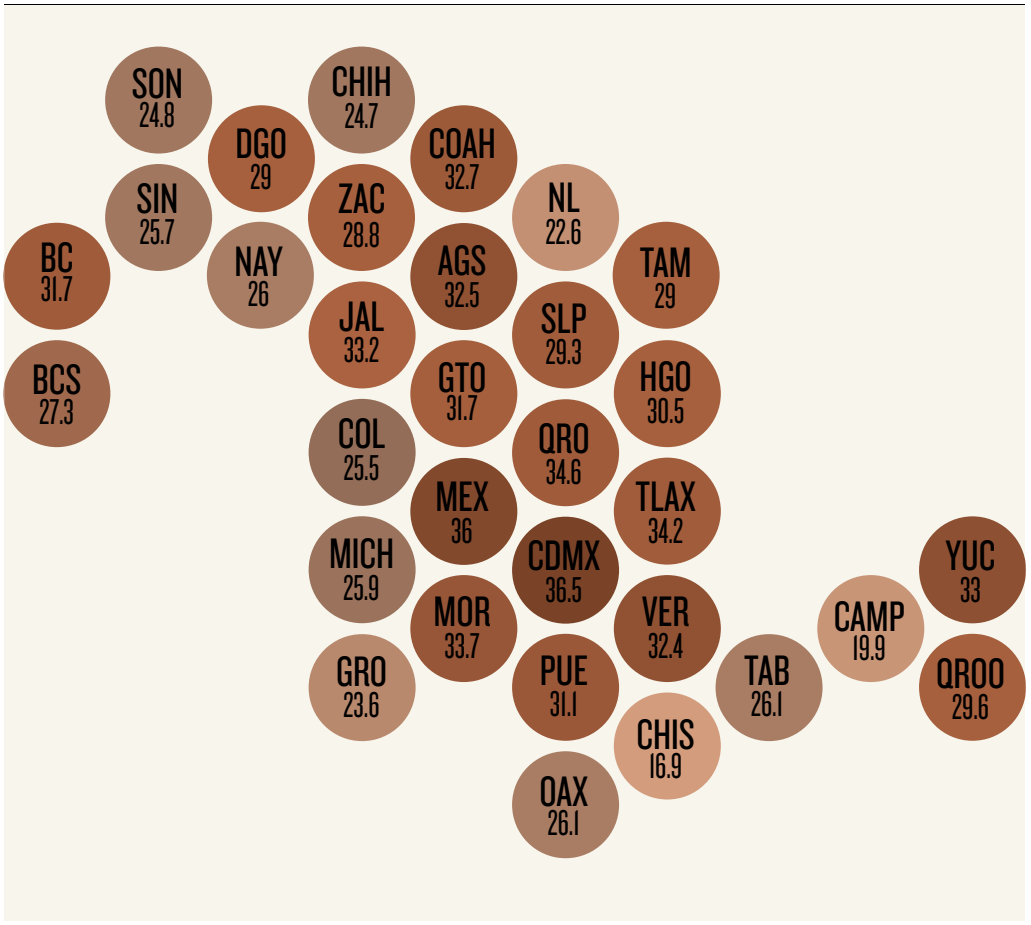
3 Castro, Roberto, Erviti, Joaquina. "25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México", CONAMED, 2014, volumen 19, No. 1, pp. 37-42.

4 ENDIREH 2016. Disponible en: http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/proyectos/enchogares/especiales/endireh/2016/doc/endireh2016_presentacion_ejecutiva.pdf [consulta: 9 de septiembre de 2018].

Los resultados de la encuesta evidencian un problema que experimentan millones de mujeres en México, pero también muestran variaciones importantes, tanto en el perfil de las mujeres que la enfrentan como en su distribución geográfica. En este sentido, las entidades federativas con mayor proporción de mujeres que sufrieron algún tipo de violencia obstétrica, en los últimos cinco años, son Ciudad de México (36.5%), estado de México (36%), Querétaro (34.6%), Tlaxcala (34.2%) y Morelos (33.7%). Estos datos, los primeros de su tipo, son un punto de partida importante para el planteamiento de políticas públicas basadas en evidencia que puedan atender contextos específicos que permitan prevenir y atender estas formas de violencia.

MUJERES QUE SUFRIERON AL MENOS UN TIPO DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA

2011 - 2016 / PORCENTAJES DE MUJERES QUE REPORTARON AL MENOS UN EMBARAZO EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS



Fuente: Elaboración de GIRE con datos de la ENDIREH 2016.

5 OMS, *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea*, 2015. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?sequence=1 [consulta: 9 de septiembre de 2018].

6 Secretaría de Salud. DGIS. Boletín de Información Estadística No. 35, Vol. lll. 2015. México 2015.

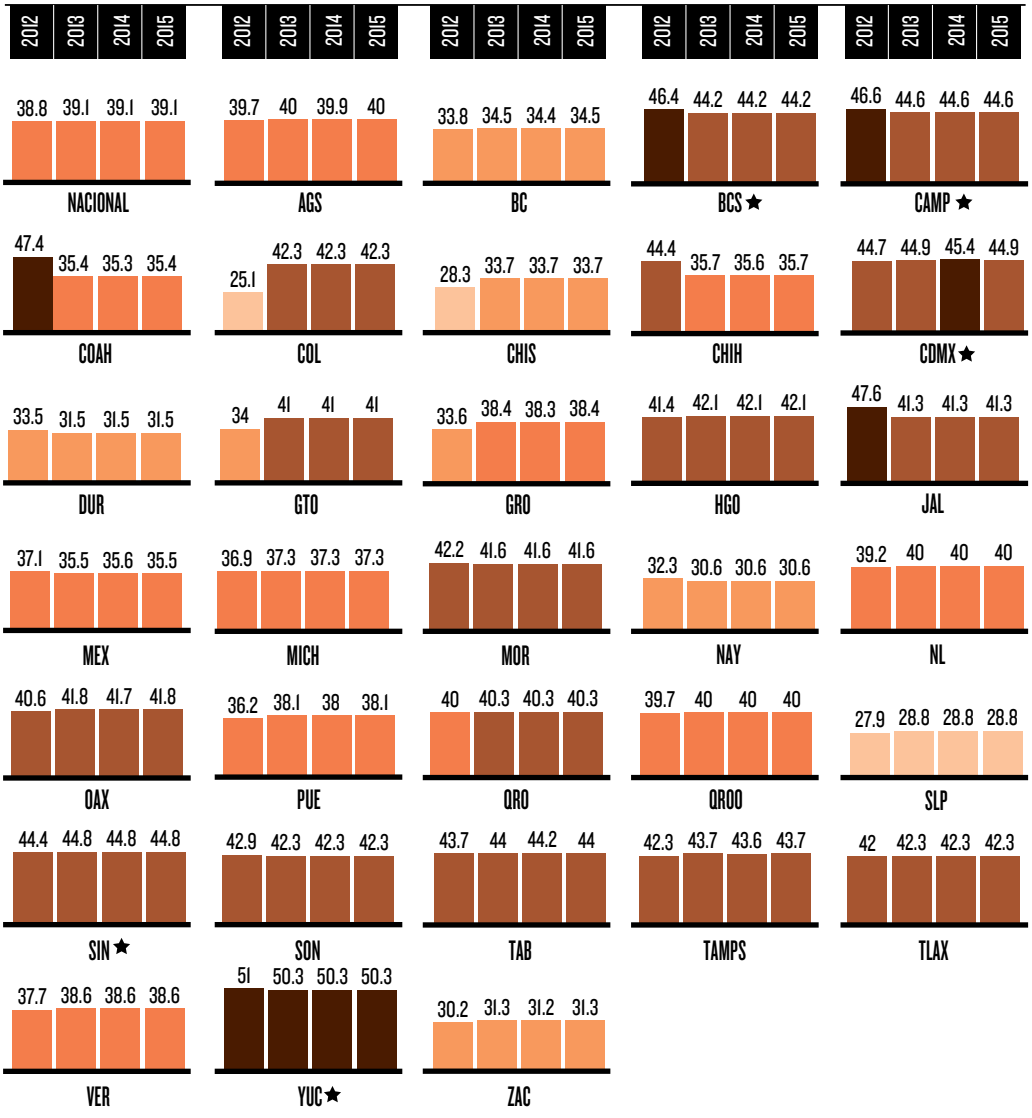
7 OMS, *Solo se deben practicar las cesáreas que sean necesarias por motivos médicos*, 10 de abril de 2015. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/es/ [consulta: 9 de septiembre de 2018].

Entre los elementos que configuran violencia obstétrica se encuentra la sobremedicalización del parto, así como el uso de procedimientos de rutina sin consentimiento de las mujeres o en situaciones no justificadas. Uno de dichos procedimientos son las cesáreas que, a menudo, se practican sin que existan indicaciones clínicas para justificarlas, poniendo a las mujeres en riesgo de sufrir problemas de salud, en particular aquellas con escaso acceso a una atención obstétrica integral.[5]

En 2015, 39.1% de los nacimientos en México fueron por cesárea.[6] Si bien la Organización Mundial de la Salud (OMS) destaca que es necesario centrarse en las necesidades de las usuarias, caso por caso, y desalienta el establecimiento de metas máximas con respecto a la tasa de cesáreas, esta cifra rebasa por mucho la recomendada por organismos internacionales, así como por la NOM-007-SSA2-2016 Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida (NOM 007) (de 10 a 15%), lo que sugiere la prevalencia de cesáreas injustificadas en el país.[7]

CESÁREAS POR ENTIDAD FEDERATIVA

2012 - 2015 / PORCENTAJE SOBRE EL TOTAL DE NACIMIENTOS ATENDIDOS



★ Entidades con mayor porcentaje de cesáreas.

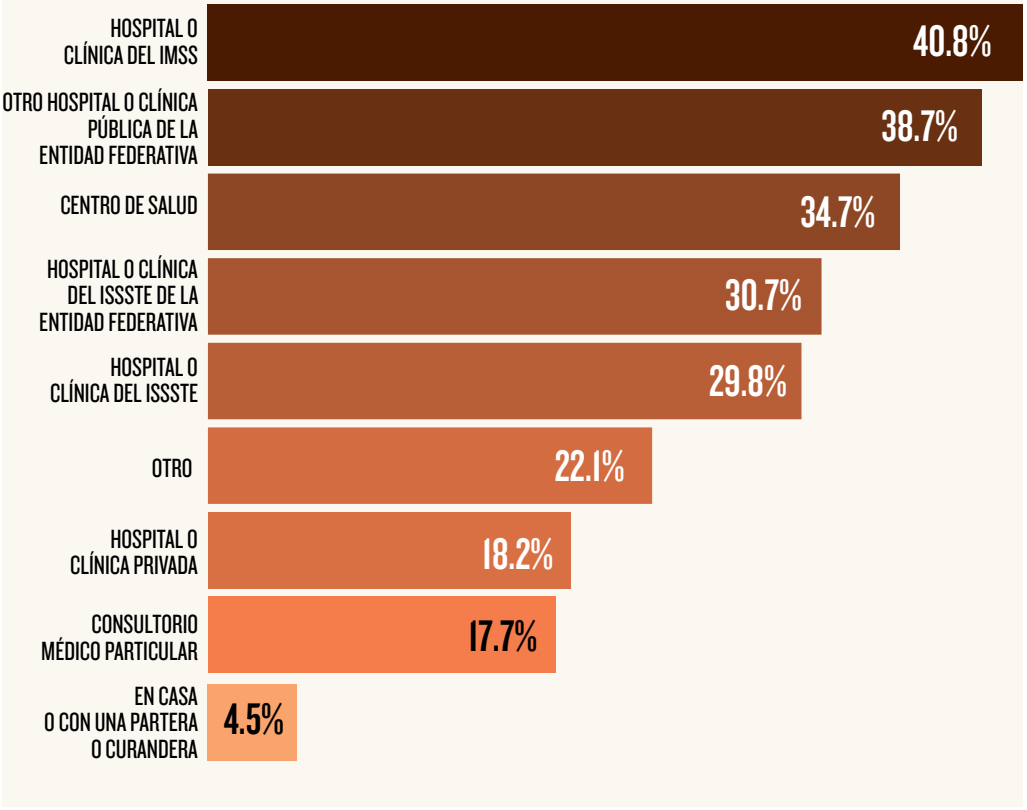
Fuente: Elaboración de GIRE con datos de la Secretaría de Salud.

Foto: Archivo GIRE

En general, la información brindada por las mujeres coincide con aquella reportada por la Secretaría de Salud. De acuerdo con datos de la ENDIREH 2016, 42.8% de las mujeres encuestadas reportaron que el nacimiento de su último hijo o hija fue por cesárea. De éstas, 10.3% reportó no haber sido informada de la razón para la cesárea, y 9.7% afirmó que no le pidieron su autorización para realizarla, situación que representa una clara violación a los derechos reproductivos. La misma encuesta revela que los hospitales y clínicas del IMSS tienen mayor incidencia de maltrato durante la atención obstétrica y que la menor proporción se da en los partos atendidos por parteras.

MUJERES QUE ENFRENTARON VIOLENCIA OBSTÉTRICA POR LUGAR DE ATENCIÓN

2016



Fuente: Elaboración de GIRE con datos de la ENDIREH 2016.

Otra manifestación de la violencia obstétrica es la imposición de algún método anticonceptivo temporal o definitivo sin obtener previamente el consentimiento de la mujer de manera libre e informada. La ENDIREH 2016 registró que 13.95% de las mujeres que sufrieron algún tipo de violencia obstétrica reportaron que le colocaron algún método anticonceptivo o la operaron o esterilizaron de forma permanente sin preguntarle o avisarle. El caso de Sandra es una muestra de este tipo de prácticas en las que el personal de salud no toma en cuenta factores relevantes para obtener el consentimiento informado, en particular en procedimientos de emergencia obstétrica.

SANDRA

JALISCO, 2017

Sandra tenía 31 años y llevaba su control prenatal en la Unidad Médica Familiar (UMF) 33 del IMSS, en Tonila, Jalisco. A partir del séptimo mes de embarazo ocasionalmente presentó presión alta. Con 38 semanas de gestación, acudió a la UMF con dolores de parto y la presión alta, por lo que la refirieron al Hospital General de Zona, en Ciudad Guzmán, Jalisco, donde la ingresaron en urgencias y permaneció ahí toda la noche. Al día siguiente le informaron que su embarazo transcurría bien, pero aún no estaba a término.

Dos días después, la médica del turno matutino se percató de que Sandra ya no tenía líquido amniótico, pero fue hasta el turno vespertino que la ingresaron a quirófano. En ese momento, la doctora le informó que realizaría una cesárea y la cuestionó sobre si ya había hablado con su esposo sobre no tener más hijos. Al contestarle que aún no platicaban sobre eso, la doctora se refirió a ella como "irresponsable" y le dijo: "voy a salir a hablar con tu esposo, solo espero no sea un macho de esos que no entienden; es más, si no, así te vas a quedar, a ver hasta qué hora te alivias".

Posteriormente, la doctora informó a los familiares de Sandra que, por motivos de salud, no era conveniente que tuviera otro embarazo y les aseguró que ella ya estaba de acuerdo y había firmado el consentimiento para una Oclusión Tubaria Bilateral (OTB), un procedimiento anticonceptivo permanente. Entonces, su esposo firmó un documento de autorización, que Sandra no pudo revisar con detenimiento porque se encontraba muy cansada y con contracciones desde hacía más de cuatro días. Lo firmó en un contexto de presión e intimidación cuando la ingresaban al quirófano para practicarle una cesárea de emergencia.

En octubre de 2017, Sandra, acompañada por GIRE, interpuso una queja ante la CNDH por considerar que la forma en que el personal médico la atendió fue inadecuada pues no recibió una consejería previa satisfactoria y el consentimiento para que se le practicara la OTB se obtuvo en un momento inoportuno. A partir de la queja que se interpuso en la CNDH, la Dirección de Atención al Derechohabiente del IMSS inició una investigación sobre los hechos. La queja se encuentra en espera de una resolución.

Por otra parte, GIRE la acompañó para presentar una demanda de amparo indirecto ante el juez de Distrito en el estado de Jalisco, solicitando que se le brinde atención médica y psicológica especializada y se le proporcione información suficiente sobre el tipo de procedimiento que se le realizó y si es posible revertirlo. En mayo de 2018, GIRE presentó un recurso de revisión en contra de la resolución que sobresee el amparo indirecto, mismo que aún no se resuelve.

Por otro lado, el 30 de julio, la Comisión Bipartita del IMSS resolvió que la queja es improcedente desde el punto de vista médico y no ha lugar al pago de indemnización, por no existir responsabilidad.

Recientemente se han producido precedentes en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos que guardan relación con la violencia obstétrica y, de manera concreta, con el consentimiento informado en procesos de esterilización o métodos anticonceptivos permanentes, como la OTB. Es importante mencionar que las sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) son de observancia obligatoria en el sistema jurídico mexicano.

CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS CASO I.V. VS BOLIVIA[8]

Este caso, resuelto por la Corte IDH el 30 de noviembre de 2016, establece la responsabilidad internacional del Estado de Bolivia por la ligadura de trompas de Falopio (LTF) a la que fue sometida la señora I.V. en un hospital público, sin su consentimiento informado.

Para ello, la Corte IDH realizó un análisis sobre el tratamiento y desarrollo que se ha dado al consentimiento informado y sus elementos a nivel internacional en casos de esterilizaciones femeninas.

Debido a la naturaleza y la gravedad del procedimiento, el cual implica que la mujer pierda su capacidad reproductiva de manera permanente, la Corte afirma que existen factores especiales que deben tomarse en cuenta por los proveedores de salud para la obtención de un consentimiento informado antes de realizar una esterilización. Entre dichos elementos está que:

- Se debe otorgar antes de cualquier acto médico, salvo que se trate de una urgencia. La LTF no puede considerarse un procedimiento de emergencia;[9]
- Se debe brindar de manera libre, voluntaria, autónoma, sin presiones de ningún tipo, sin utilizarlo como condición para el sometimiento a otros procedimientos, sin coerciones, amenazas o desinformación;
- Un consentimiento no podrá considerarse libre si es solicitado a la mujer cuando no se encuentra en condiciones de tomar una decisión plenamente informada, por estar en situaciones de estrés y vulnerabilidad, entre otros, durante o inmediatamente después del parto o de una cesárea;[10]
- Se debe garantizar un plazo razonable de reflexión, que podrá variar de acuerdo a las condiciones de cada caso y a las circunstancias de cada persona. Ello constituye una garantía eficaz para evitar esterilizaciones no consentidas o involuntarias.[11]

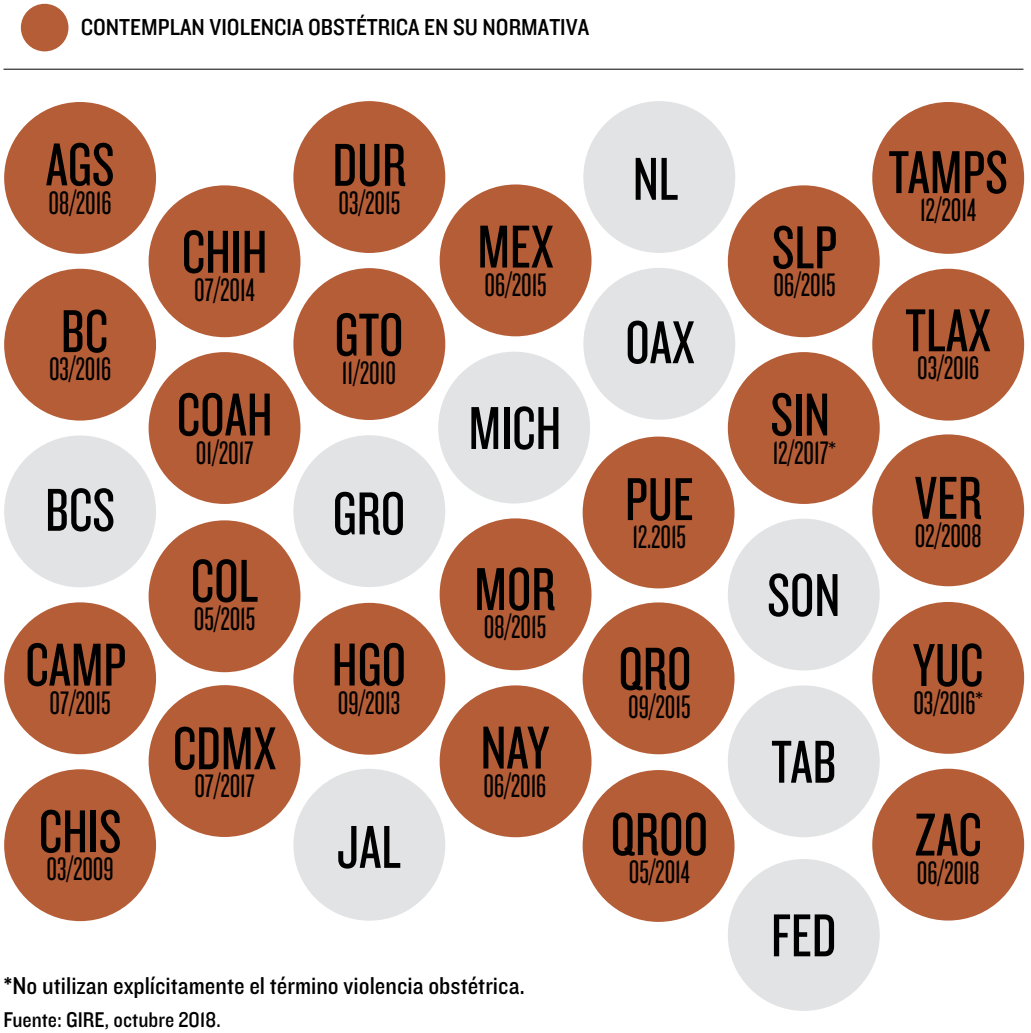
8 Corte IDH, *Caso I.V, vs. Bolivia. Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 30 de noviembre de 2016. Disponible en: http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_329_esp.pdf [consulta: 9 de septiembre de 2018].
9 *Ibíd*, párrafos 176-178.
10 *Ibíd*, párrafos 181-188.
11 *Ibíd*, 189-194.

A. MARCO NORMATIVO Y DE POLÍTICA PÚBLICA

La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV), publicada en 2007, no prevé de manera expresa la violencia obstétrica como una forma de violencia contra las mujeres. Sin embargo, otras figuras contempladas, como la violencia psicológica, física e institucional, proporcionan un marco adecuado para el encuadre de las conductas que constituyen violencia obstétrica.

Al día de hoy, 24 entidades federativas han incorporado definiciones de violencia obstétrica en sus respectivas leyes de acceso a una vida libre de violencia. Esta situación colabora a reconocer que la violencia obstétrica es una forma específica de violencia institucional contra las mujeres y constituye una violación a los derechos humanos.

VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN LEYES DE ACCESO A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA



*No utilizan explícitamente el término violencia obstétrica.

Fuente: GIRE, octubre 2018.

Por su parte, la NOM 007 establece los criterios para la atención de las mujeres durante el embarazo, parto y posparto, así como de la persona recién nacida y es de aplicación y observancia obligatoria en las unidades de salud que integran el Sistema Nacional de Salud. En abril de 2016 se publicó una actualización a esta Norma, con el objetivo de fortalecer los servicios de salud obstétrica.[12] La implementación de dicha Norma es un pendiente esencial para garantizar el acceso a servicios obstétricos de calidad para las mujeres en México.

La saturación del sistema de salud en México, en particular de los hospitales de segundo y tercer nivel, afecta de manera importante la calidad de la atención médica, dificulta la respuesta ante emergencias obstétricas y, con ello, repercute en la incidencia de casos de violencia obstétrica y muerte materna. En respuesta, algunos países han apostado por la redistribución de los partos sin complicaciones hacia el primer nivel de atención, garantizando la referencia de casos complicados cuando así lo ameriten. Esto implica la inclusión de profesionales de la salud de nivel medio, como parteras y enfermeras obstetras, lo que ha derivado en un nuevo interés en formar este tipo de personal. En México, de acuerdo con el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, en el tercer trimestre de 2017 había un total de 248 parteras otorgando servicios de partería en 16 entidades federativas.[13]

La Ley General de Salud (LGS) y su reglamento en materia de prestación de servicios de atención médica regulan la prestación de los servicios de salud, incluyendo las personas facultadas para brindar servicios de atención obstétrica y anticoncepción.[14] En su artículo 64, fracción IV establece la obligación de las autoridades sanitarias de capacitar a dichas personas con el objetivo de fortalecer su competencia técnica en la atención. La NOM 007, por su parte, obliga a todas las instituciones de salud a capacitar a enfermeras obstetras, parteras técnicas y tradicionales para identificar complicaciones del embarazo, parto y puerperio, y proveer facilidades para la referencia y acompañamiento de las mujeres embarazadas a los establecimientos para la atención médica.[15] Así, los partos de bajo riesgo pueden ser atendidos por enfermeras obstetras, parteras técnicas y parteras tradicionales[16] capacitadas.[17]

Aunque esto representa un comienzo importante, persisten grandes retos relacionados con la atención obstétrica y la partería en México, como la falta de claridad en el marco jurídico respecto a la acreditación y capacitación de parteras, la falta de reconocimiento del valor de la partería tradicional y la reticencia por parte del gremio médico para la inclusión de personal de nivel medio capacitado para la atención obstétrica.

12 Entre otras cosas, la modificación de la norma prevé un cambio a la definición del embarazo; mientras que anteriormente se definía como "el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término", actualmente la NOM 007 define embarazo como "la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del "conceptus" en el endometrio y termina con el nacimiento". Esta modificación, se encuentra validada por la ciencia médica, que distingue entre la fecundación y la implantación, considerando al embarazo como el estado fisiológico de la mujer que empieza a partir de la implantación. Sobre los aspectos que fueron incluidos en la actualización de la NOM-007 se sugiere consultar el *Diagnóstico sobre la victimización obstétrica en México*, *op. cit.*, pp. 131-134.

13 De las 248 parteras que otorgan servicios de partería 89 eran enfermeras especialistas en perinatología, 98 licenciadas en enfermería y obstetricia, 27 licencia das en enfermería general, 25 parteras profesionales y 9 enfermeras generales. 6ª Reunión Técnica Nacional de Salud Materna y Neonatal, 15 y 16 de febrero de 2018.

14 LGS, Art. 48.- Corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias y en coordinación con las autoridades educativas, vigilar el ejercicio de los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud en la prestación de los servicios respectivos.

15 Numeral 5.1.1. Todas las instituciones de salud deben capacitar a las licenciadas en enfermería obstétrica, parteras técnicas y parteras tradicionales para identificar complicaciones del embarazo, parto y puerperio; así como, proveer facilidades para la referencia y acompañamiento oportuno de la embarazada a los establecimientos para la atención médica, en su caso. Los partos de bajo riesgo de término, pueden ser atendidos por enfermeras obstetras, parteras técnicas y parteras tradicionales capacitadas.

16 De acuerdo al numeral 3.30 de la NOM 007, las parteras tradicionales se consideran personal no profesional autorizado para la prestación de los servicios de atención médica.

17 RLGSMPSAM, Art. 102. Para los efectos de este Reglamento, se consideran personal no profesional autorizado para la prestación de servicios de atención médica, aquellas personas que reciban la capacitación correspondiente y cuenten con la autorización expedida por la Secretaría que los habilite a ejercer como tales, misma que deberá refrendarse cada dos años.

Por otra parte, la NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud[18] (NOM 035) prevé que solo las parteras certificadas dentro del Sistema Nacional de Salud pueden expedir un certificado de nacimiento, pero la legislación es omisa en señalar el procedimiento por el cual las instituciones pueden facultar a una partera para emitir este documento, dejándolo al arbitrio de las entidades federativas. Esta situación de inseguridad jurídica también impacta de manera negativa en la posibilidad de las mujeres de optar por esta vía para el nacimiento de sus hijos, a pesar de los esfuerzos normativos para incluir a quienes ejercen la partería en el Sistema Nacional de Salud.

Si bien, es conveniente establecer un marco de profesionalización de las parteras, éste debe involucrarlas en el proceso de capacitación y certificación, así como en la toma de decisiones con respeto a sus usos y costumbres y evitando barreras injustificadas. Es indispensable buscar alternativas para aliviar la carga que la atención al parto imprime al sistema de salud, así como reconocer el valor de la partería a nivel comunitario.

18 NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5280848&fecha=30/11/2012 [consulta: 9 de septiembre de 2018].

3.2
ACCESO A LA JUSTICIA

A pesar de que el Estado tiene la obligación de promover legislación y políticas públicas encaminadas a transformar el sistema de salud para garantizar atención obstétrica de calidad que erradique la recurrencia de casos de violencia obstétrica y muerte materna, también debe asegurar que las víctimas tengan acceso a recursos efectivos y protección judicial, incluyendo medidas de reparación integral. Para ello, es esencial que se identifique la responsabilidad del Estado ante la violencia obstétrica y no limitar la respuesta a fincar responsabilidades individuales al personal de salud.

Entre los procedimientos que pueden iniciarse ante situaciones de violencia obstétrica, se encuentran los juicios de responsabilidad administrativa y las quejas ante los organismos públicos de derechos humanos, cuando esté involucrado personal de salud pública, así como el arbitraje médico que procede en casos de servicios públicos y privados. Estos mecanismos, aunque contienen limitaciones, permiten visibilizar el carácter estructural de la problemática, ofrecer soluciones que no recaigan puramente en lo individual y contemplar medidas de reparación integral para las víctimas.

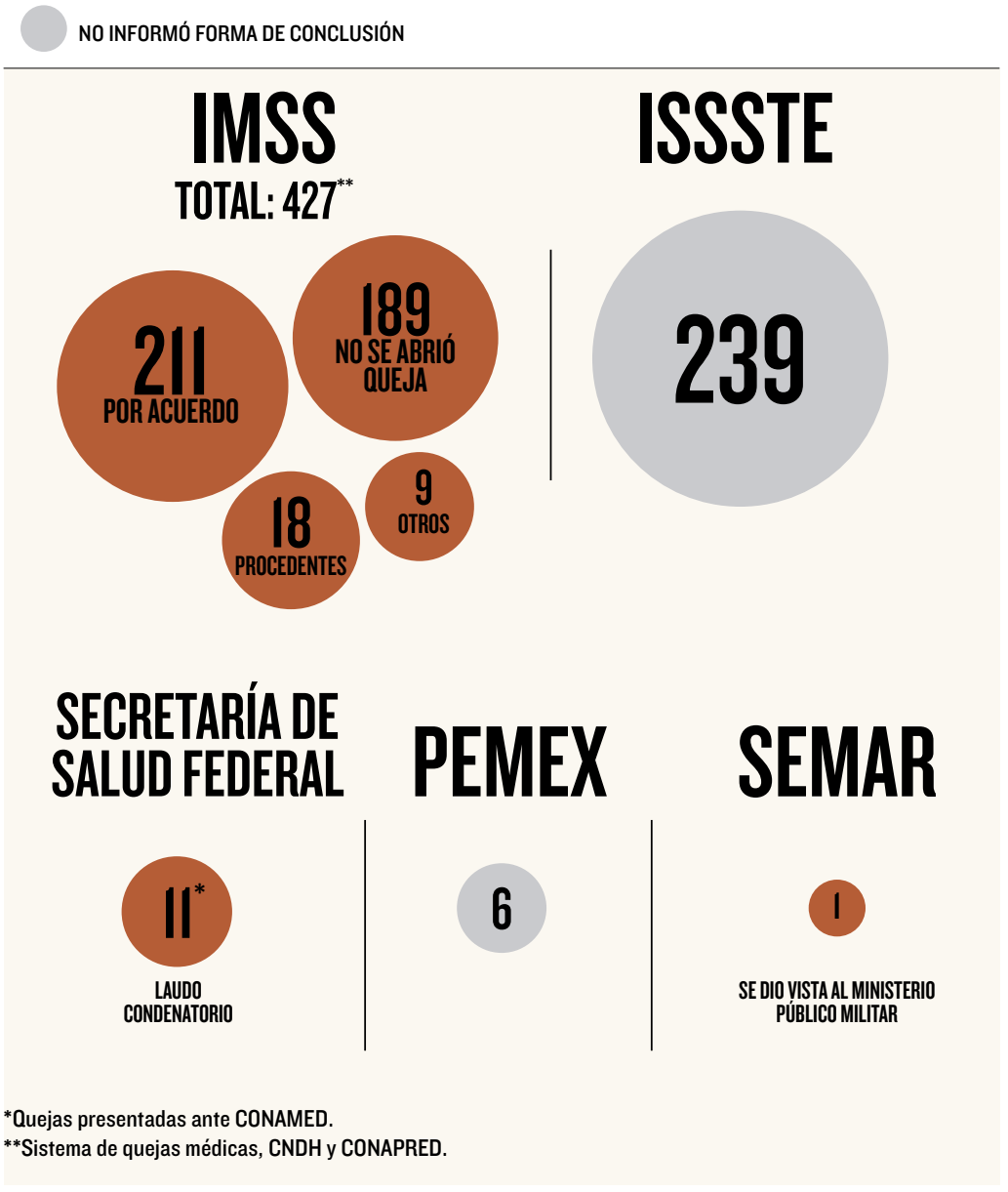
A. QUEJAS ADMINISTRATIVAS

El recurso más inmediato que tienen las mujeres ante un caso de violencia obstétrica es el escrito de queja ante la unidad de contraloría interna de una institución de salud, a partir de la cual se realizará la investigación correspondiente de los hechos. Cada institución de salud determina el procedimiento que se debe seguir para interponer una queja. Esto representa una barrera importante para el acceso a la justicia, pues genera incertidumbre entre quienes enfrentan este tipo de violaciones. Lo anterior aunado al conflicto de interés que implica presentar una queja en la misma institución sobre la cual radica la inconformidad, y a la que probablemente acudan la mujer y sus familiares a solicitar servicios médicos de forma cotidiana.

Para conocer la utilización de este mecanismo, GIRE realizó solicitudes de información pública a las instituciones de salud federales y locales acerca del número de quejas registradas por casos de violencia obstétrica o malos tratos en la atención ginecológica u obstétrica. Sin embargo, a pesar de los avances logrados a nivel normativo y de política pública en México para el reconocimiento del concepto y las prácticas que constituyen este tipo de violencia, se encontró una importante ausencia de registros específicos. Destacan los estados de Tlaxcala y Morelos que ocupan el cuarto y quinto lugar, respectivamente, dentro de la ENDIREH 2016 con mayor proporción de mujeres que han sufrido violencia obstétrica; sin embargo, las secretarías de salud de las dos entidades federativas reportaron cero quejas administrativas por violencia obstétrica. Lo anterior puede ser indicativo de la ausencia de registros específicos por parte de los órganos internos de control, falta de claridad sobre los mecanismos para interponer quejas o incluso desconocimiento de las víctimas sobre las acciones u omisiones que constituyen violencia obstétrica y que vulneran sus derechos humanos.

QUEJAS POR VIOLENCIA OBSTÉTRICA ANTE ÓRGANOS INTERNOS DE CONTROL DE INSTITUCIONES DE SALUD FEDERAL

DICIEMBRE 2012-SEPTIEMBRE DE 2017



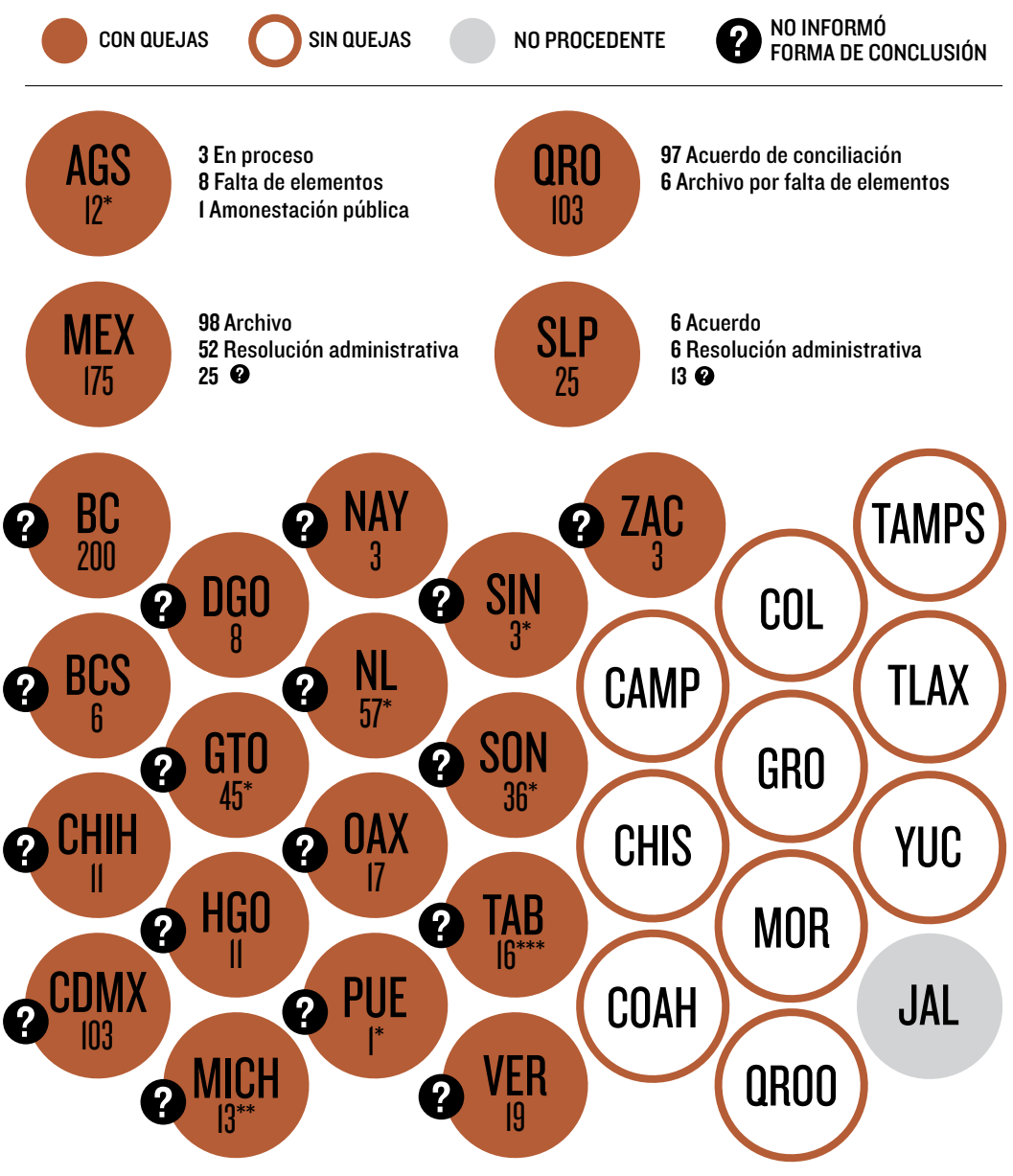
*Quejas presentadas ante CONAMED.
**Sistema de quejas médicas, CNDH y CONAPRED.

Fuente: Elaboración de GIRE con base en solicitudes de acceso a la información pública.

QUEJAS POR VIOLENCIA OBSTÉTRICA ANTE ÓRGANOS INTERNOS DE CONTROL DE INSTITUCIONES DE SALUD LOCALES

DICIEMBRE 2012-OCTUBRE 2017

867 QUEJAS



*Quejas presentadas ante la comisión local de arbitraje médico.
** Buzón de quejas y sugerencias.
*** Quejas en el Sistema Unificado de Gestión.

Fuente: Elaboración de GIRE con base en solicitudes de acceso a la información pública.

B. INCONFORMIDADES ANTE LA COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud federal. Sus principales atribuciones consisten en asesorar a los usuarios de servicios médicos, atender quejas e irregularidades en el servicio médico, intervenir en conciliaciones entre prestadores de servicios y usuarios, fungir en el arbitraje entre ambos y emitir opiniones técnicas sobre asuntos de carácter general.

GIRE realizó una solicitud de acceso a la información pública a la CONAMED para conocer el número de inconformidades por violencia obstétrica presentadas durante el periodo de diciembre de 2012 a octubre de 2017. La CONAMED reportó 11 quejas concluidas con la emisión de un laudo condenatorio relacionado con atención ginecológica. Del total de quejas, dos corresponden al ISSSTE, una al Hospital Federal de la Secretaría de Salud, una a Servicios Estatales de Salud, seis a "consultorios" y una a "Hospital". En los dos últimos casos no se especifica si son centros de salud públicos o privados. Cabe mencionar que la CONAMED proporcionó a GIRE las versiones públicas de los 11 laudos condenatorios que emitió; sin embargo, fue imposible consultar el contenido de estos documentos ya que el sujeto obligado testó casi la totalidad de los laudos y no solamente la información confidencial, lo que representa un obstáculo importante en materia de acceso a la información.[19]

C. PROCESOS PENALES

GIRE considera que recurrir de manera desproporcionada al derecho penal para el tratamiento de problemas sociales estructurales como la violencia obstétrica no es, en sí mismo, compatible con un Estado democrático de Derecho. La vía penal individualiza el problema hacia personal médico y de enfermería, que frecuentemente desempeña su trabajo en condiciones que merman su capacidad y la calidad de la atención que brindan y difícilmente contribuirá a evitar prácticas de violencia obstétrica que tienen un carácter estructural.[20] Por lo tanto, deberían buscarse medidas de tipo administrativo y de política pública que refuercen el marco normativo y de derechos humanos para la atención obstétrica. En su caso, ciertos tipos de incumplimiento o violación de los derechos humanos podrían sancionarse por la vía administrativa o civil.

Sin embargo, en la actualidad, algunas entidades federativas han optado por incluir la violencia obstétrica como un delito en sus códigos penales. Éste es el caso de Chiapas, estado de México, Guerrero, Quintana Roo y Veracruz.[21]

19 Solicitud de acceso a la información pública. Folio: 4220700024218. Estos documentos pueden consultarse en justiciareproductiva.gire.org.mx.

20 GIRE, *Violencia obstétrica. Un enfoque de derechos humanos*, *op. cit.*, p. 53,54.

21 Aguascalientes (11 de junio de 2018); Chiapas (24 de diciembre de 2014); estado de México (14 de marzo de 2016); Guerrero (1 de agosto de 2014); Quintana Roo (4 de julio de 2017); Veracruz (2 de abril de 2010). Por su parte, el 2 de mayo de 2018 el gobernador de Coahuila envió al poder legislativo una iniciativa para reformar diversas disposiciones del código penal, con el objeto de tipificar como delito la violencia obstétrica. Ésta se encuentra pendiente de resolución. Disponible en: http://congresocoahuila.gob.mx/portal/iniciativas-2018 [consulta: 9 de septiembre de 2018].

Asimismo, en junio de 2018 el congreso de Aguascalientes reformó su código penal[22] para incorporar conductas que constituyen violencia obstétrica, aunque no se nombra al concepto como tal. La reforma incluye algunos puntos que preocupan. En particular, acciones u omisiones que, si bien podrían ocasionar un daño grave a la salud o incluso provocar la muerte de las mujeres o de sus hijos, no quedan descritas con suficiente precisión, lo que puede contribuir a crear una situación de inseguridad jurídica importante para el personal médico, sin resolver la situación estructural que permite la persistencia de la violencia obstétrica. Cabe destacar también que, previo a esta reforma, el código penal del estado ya contemplaba diversos tipos penales bajo los cuales quedan protegidos aquellos bienes jurídicos que pueden verse lesionados en las manifestaciones de violencia obstétrica que sí son responsabilidad directa del personal de salud.

Más preocupante resulta lo previsto en la fracción IV del artículo 158, que tipifica como delito que se realice el parto en un lugar "inapropiado", sin especificar las condiciones necesarias para que un lugar se considere apropiado: podría tratarse de un pasillo, un espacio insalubre, e incluso un lugar sin privacidad suficiente. Si bien estas situaciones deben atenderse, no necesariamente pueden atribuirse a la responsabilidad de una persona en lo particular, como supone la sanción penal. Las deficiencias en la infraestructura y equipamiento de los centros de salud y hospitales son una falla que el Estado está obligado a resolver al crear las condiciones necesarias para el disfrute efectivo de los derechos humanos, pero difícilmente esto se alcanzará mediante la atribución de responsabilidades penales al personal médico.

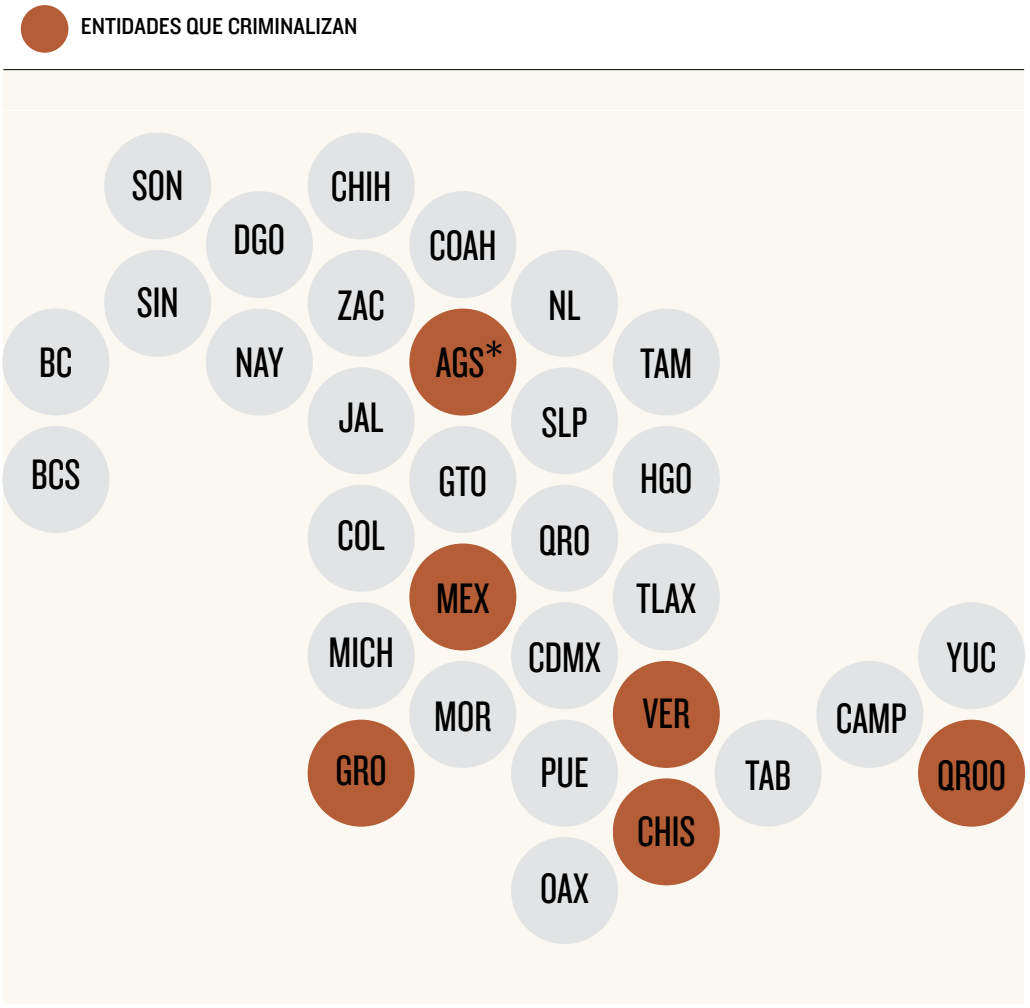
> Artículo 158. Responsabilidad médica asistencial. La Responsabilidad Médica Asistencial se cometerá por directores, encargados o administradores de cualquier centro de salud, cuando prestando un servicio médico:
> III. Nieguen o restrinjan el acceso al hospital o centro de salud, a una mujer embarazada, cuando haya riesgo de afectación a su salud o integridad física, así como del producto de la concepción; o
> IV. Proporcionen sin causa justificada un lugar inapropiado a la mujer embarazada para realizarle el parto.
> …
> Al responsable de la comisión de la presente figura típica se aplicarán de 6 meses a 2 años de prisión, de 20 a 50 días multa, el pago total de la reparación de los daños y perjuicios ocasionados, y suspensión de 3 meses a 1 año.

Para conocer el uso de estos mecanismos, GIRE realizó solicitudes de acceso a la información a las procuradurías de justicia y poderes judiciales locales de las entidades donde la violencia obstétrica está tipificada acerca del número de denuncias, juicios penales y sentencias en la entidad, a partir de su establecimiento como un delito. De la información recabada, se advirtió que se han presentado siete denuncias por este delito en Veracruz, de las que no se reportan juicios penales ni sentencias. Se reporta también un juicio penal en Quintana Roo. Respecto a éste, destaca que la procuraduría de justicia respondió a GIRE que la violencia obstétrica no está tipificada en ese estado, lo que revela el claro desconocimiento de las autoridades acerca del marco normativo que rige en la entidad.

22 Reforma publicada en el Periódico Oficial del Estado de Aguascalientes el 11 de junio de 2018.

Foto: Archivo GIRE

VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN CÓDIGOS PENALES



*No utiliza explícitamente el término violencia obstétrica.

Fuente: GIRE, octubre 2018.

D. QUEJAS ANTE COMISIONES DE DERECHOS HUMANOS

La interposición de quejas ante comisiones de derechos humanos prevé el establecimiento de medidas de reparación por violaciones a derechos humanos. Sin embargo, éstas pueden tomar años para alcanzar una resolución. La experiencia de GIRE en la utilización de este mecanismo frente a la CNDH en los casos que acompaña muestra que esta vía no siempre ha sido una verdadera alternativa de protección jurídica para las mujeres.[23] Entre los factores que influyen en esta situación está la limitada participación que se da a las personas agraviadas durante la tramitación de la queja; la falta de consideración de las peticiones de las víctimas al emitir recomendaciones para garantizar una reparación integral acorde con los derechos humanos, y los límites y obstáculos en el acceso a los expedientes de queja para las víctimas y sus representantes legales. También es frecuente que las recomendaciones emitidas sean aceptadas por las autoridades, pero no se les brinde puntual seguimiento ni se recaben pruebas sobre su cumplimiento. En ocasiones, la CNDH da por cumplida la recomendación de forma satisfactoria, a pesar de que no exista un cumplimiento total por parte de la autoridad responsable y limitándose al intercambio de oficios entre autoridades. Por ello, en años recientes GIRE ha recurrido a la estrategia de promoción de demandas de amparo indirecto para casos de violencia obstétrica, que garanticen el acceso al servicio, en particular en casos de emergencias, con el fin de evitar que una situación de violencia obstétrica derive en consecuencias como la muerte materna.

En respuesta a solicitudes de acceso a la información presentadas por GIRE, las comisiones de derechos humanos, nacional y locales, reportaron distintos niveles de información: en algunos casos no reconocen siquiera el término de *violencia obstétrica* o afirman no clasificar la información de esa manera. En otros, se obtuvo información parcial o incompleta. En total, las comisiones locales de derechos humanos reportaron tener registradas mil 109 quejas relacionadas con violencia obstétrica, 147 recomendaciones emitidas y 84 aceptadas. La CNDH por su parte reporta 567 quejas relacionadas con violencia obstétrica. La mayoría concluídas durante el trámite, por no existir materia o por falta de interés.

23 Organizaciones no gubernamentales ya se han pronunciado sobre la limitada actuación de la CNDH para garantizar la protección a los derechos humanos de las víctimas. Human Rights Watch. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos de México: Una evaluación crítica. México, 2008. Disponible en: https://www.hrw.org/sites/default/files/reports/mexico0208sp_1.pdf

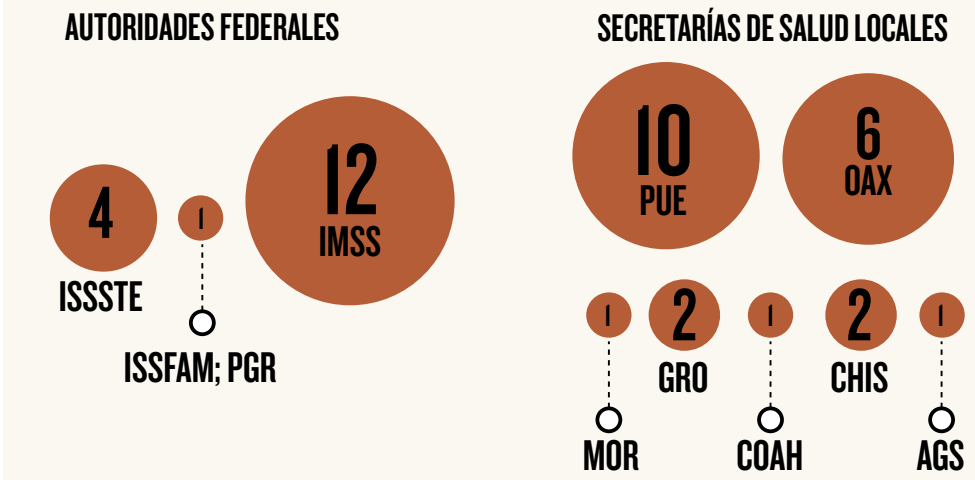
QUEJAS POR VIOLENCIA OBSTÉTRICA PRESENTADAS ANTE LA CNDH

DICIEMBRE 2012-SEPTIEMBRE DE 2017

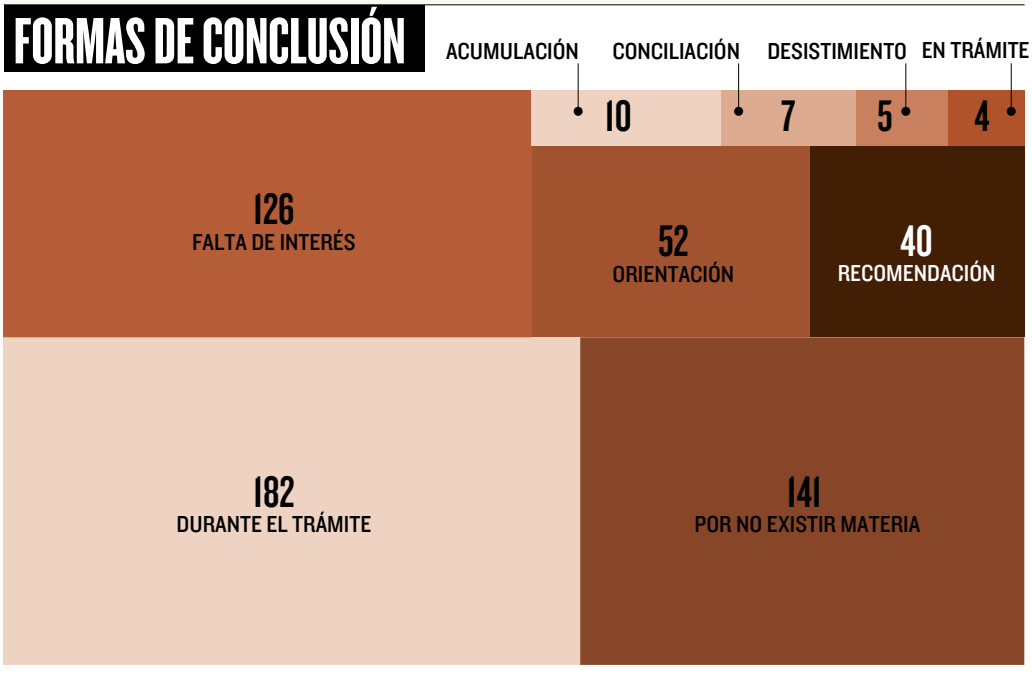
567 QUEJAS*

7 CONCILIACIONES
40 RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES



FORMAS DE CONCLUSIÓN



*Solicitud de Acceso a la Información. Folio: 3510000086417. La CNDH informó que su sistema de gestión no prevé un rubro o criterio de búsqueda que permita identificar los expedientes relacionados con violencia obstétrica. La selección de búsqueda la realizó utilizando los siguientes filtros: derecho violación "negligencia médica", autoridad sector "sector salud" y narración de hechos y hechos violatorios: embarazo, negligencia médica, malos tratos, omitir prestar asistencia médica especial, en caso de maternidad e infancia, omitir proporcionar atención médica, parto y gineco. Toda vez que en la búsqueda que realizó la CNDH algunos expedientes se duplicaban o hasta cuadriplicaban, GIRE contabilizó un solo expediente, a efecto de tener el número de quejas real.

Fuente: Elaboración de GIRE con base en solicitudes de acceso a la información pública.

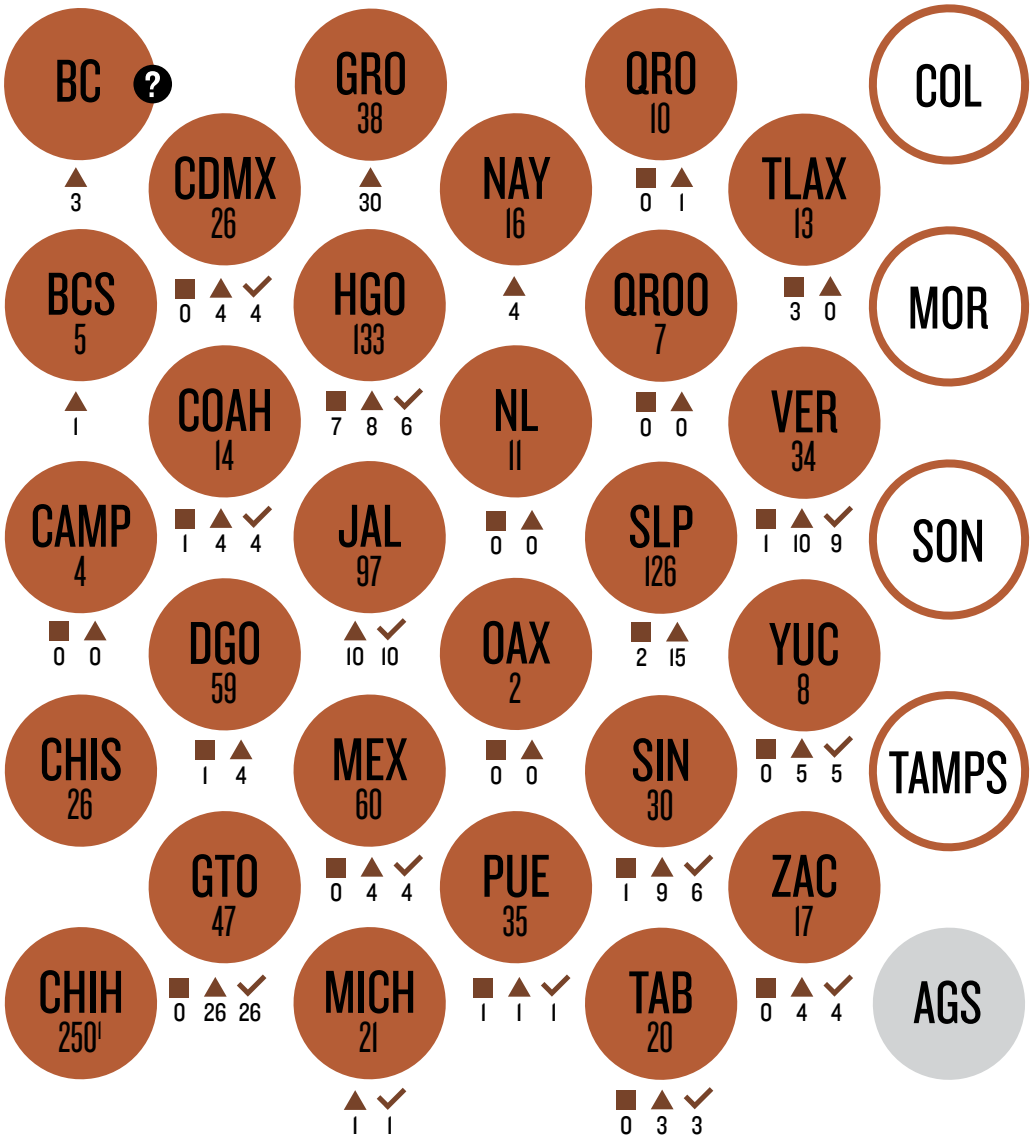
QUEJAS POR VIOLENCIA OBSTÉTRICA ANTE COMISIONES DE DERECHOS HUMANOS

DICIEMBRE 2012-OCTUBRE 2017

1109 QUEJAS

CON QUEJAS | SIN QUEJAS | INEXISTENTE | NO INFORMÓ NÚMERO DE QUEJAS

17 CONCILIACIONES | 147 RECOMENDACIONES | 84 RECOMENDACIONES ACEPTADAS



[1] La CEDH de Chihuahua reportó número de quejas presentadas por "negligencia médica" y no especifica si corresponde a hechos ocurridos durante el embarazo, parto o puerperio.

Fuente: Elaboración de GIRE con base en solicitudes de acceso a la información pública.

Entre las recomendaciones emitidas por la CNDH o las comisiones locales de derechos humanos en casos acompañados por GIRE se encuentran medidas de reparación integral como la indemnización, la rehabilitación y las medidas de no repetición. Sin embargo, el seguimiento a la implementación de tales medidas por parte de las comisiones de derechos humanos ha sido deficiente tanto para el acceso a la justicia de las mujeres que han sobrevivido violencia obstétrica, como para la prevención de futuros casos.

En julio de 2017, la CNDH emitió la Recomendación General 31/2017 sobre la Violencia Obstétrica en el Sistema Nacional de Salud (SNS), con el objeto de visibilizar la situación que experimentan las mujeres en el contexto de la atención obstétrica en las instituciones de salud y para contribuir a la identificación y eliminación de esta práctica. En general, la Recomendación coincide con la postura de GIRE, pues plantea que la solución no radica en la criminalización de la violencia obstétrica y reconoce la importancia de la incorporación de la partería en el SNS. Sin embargo, recomienda acciones como la implementación de talleres para sensibilizar al personal de salud, que no incluyen mecanismos de evaluación con respecto a su efectividad ni plantean un cambio en la formación profesional del personal de salud como tal, desde una perspectiva de género e interculturalidad. En este sentido, resulta esencial no solo que la CNDH dé seguimiento al cumplimiento de dicha recomendación ante las instituciones a las que se dirige, sino que se incluyan elementos que permitan evaluar las acciones llevadas a cabo por dichas instituciones de manera que sirva como un motor verdadero de cambio para la atención obstétrica en el país.

De enero 2012 a septiembre de 2018, GIRE ha registrado 36 casos de violencia obstétrica, documentado 12 y otorgado acompañamiento a 46 más. En 19 de estos casos existió también muerte neonatal, una consecuencia del maltrato que enfrentan las mujeres en la atención obstétrica en México. El caso de Elizabeth es una muestra más de estos patrones de violaciones a derechos humanos.

CASOS REGISTRADOS, DOCUMENTADOS Y ACOMPAÑADOS POR GIRE / 2012–2018

RECOMENDACIONES AL ESTADO MEXICANO POR PARTE DEL COMITÉ CEDAW Y DEL COMITÉ DESC.[24]

En marzo y en julio de 2018, el Comité DESC y el Comité CEDAW, respectivamente, examinaron el cumplimiento de obligaciones en materia de derechos humanos a cargo del Estado mexicano. Ambos Comités expresaron preocupaciones relativas a la situación estructural del Sistema Nacional de Salud y en específico, respecto a la violencia obstétrica.

El Comité DESC se manifestó sobre la insuficiencia estructural y los problemas de acceso a servicios de salud:

b) Las disparidades significativas existentes entre las diferentes regiones en cuanto a la accesibilidad, disponibilidad y calidad de los servicios de salud, en parte, debido a la falta de una infraestructura y equipo médico adecuado, el desabastecimiento de medicamentos y el número insuficiente de personal médico.

Y recomendó al Estado mexicano:

a) Redoble sus esfuerzos para asegurar que toda la población, especialmente las personas con bajos ingresos tengan acceso a servicios de salud adecuados, asequibles y de calidad;
b) Asigne recursos suficientes al sector de salud y continúe sus esfuerzos para asegurar la accesibilidad, disponibilidad y calidad de la atención de salud en todas las regiones, en particular en las zonas rurales y remotas, incluso mediante la mejora de la infraestructura del sistema de atención primaria y garantice que los hospitales dispongan de personal médico, infraestructura y suministros médicos adecuados y suficientes, así como de los medicamentos de urgencia necesarios.

Por su parte, el Comité CEDAW expresó la siguiente preocupación:

— Incidentes reportados de violencia obstétrica durante el parto por parte de personal de salud;
— Reportes de esterilización forzada de mujeres y niñas, y acceso limitado a servicios de salud reproductiva, particularmente por parte de mujeres y niñas con discapacidades mentales y otras.

El Comité recomendó que el Estado:

— Armonice las leyes federales y estatales para calificar la violencia obstétrica como una forma de violencia institucional y por razón de género, de conformidad con la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, y garantice el acceso efectivo a la justicia y a medidas integrales de reparación a todas las mujeres víctimas de la violencia obstétrica;
— Vele por que el personal médico solicite el consentimiento plenamente informado antes de realizar esterilizaciones, que se sancione a los profesionales que realicen esterilizaciones sin dicho consentimiento y que se ofrezcan reparaciones e indemnizaciones monetarias a las mujeres víctimas de esterilizaciones no consentidas.

24 Comité de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y Comité de los derechos Económicos, Sociales y Culturales, respectivamente.

ELIZABETH

MORELOS, 2016

Elizabeth, residente de Jiutepec, Morelos, tenía 25 años a finales de enero de 2016, cuando confirmó su embarazo e inició el control prenatal en la Unidad de Medicina Familiar 3 del IMSS. En septiembre del mismo año, se presentó en el Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1 del IMSS, donde ingresó al área de Tococirugía, por cursar un embarazo de 41 semanas, con fuente rota, sin dolores de parto y dilatación de 2 centímetros, con buena salud.

En el hospital le realizaron varios tactos vaginales y, más tarde, le indujeron el parto. Su parto fue atendido por un médico residente, quien le realizó una episiotomía, sin informarle y sin supervisión de la médica titular en turno. Derivado de este procedimiento, Elizabeth tuvo un desgarro cervical de 4º grado que le ocasionó una fístula. El proceso de reparación del desgarre fue realizado por la médica titular, quien ignoró y minimizó el dolor que le expresó Elizabeth y no le administró anestesia. Sin embargo, esta intervención no fue exitosa, por lo que tuvo que ser operada en dos ocasiones adicionales.

Fue hasta el 12 de mayo de 2017 que le practicaron una cirugía reconstructiva en el Centro Médico Siglo XXI del IMSS, en donde tampoco fueron claros respecto a su padecimiento y diagnóstico a corto, mediano y largo plazo.

Elizabeth recurrió a diversas áreas dentro del IMSS para inconformarse, y acudió a presentar una queja ante la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Morelos, que fue remitida, por razones de competencia, a la CNDH. Con el acompañamiento de GIRE, presentó una ampliación de queja, que se encuentra en trámite, a pesar del tiempo que ha transcurrido.

Paralelamente, en julio de 2017, GIRE acompañó a Elizabeth en la presentación de una demanda de amparo indirecto contra el Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1, así como contra el Centro Médico Nacional Siglo XXI, en la que solicitó la atención médica especializada y urgente para restablecer las afectaciones a su salud derivadas de la deficiente atención recibida. El juez concedió el amparo a efecto de que se reestablezca en su totalidad la salud e integridad física de Elizabeth, otorgándole atención médica integral. Sin embargo, la resolución fue impugnada por el IMSS, recurso que se encuentra en trámite.

En abril de 2018, GIRE ubicó un acuerdo de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del IMSS, en el que reconoce que, en la atención del parto, no hubo una valoración adecuada de Elizabeth (lo que condicionó un desgarro de 4º grado) y acordó procedente la queja, desde el punto de vista médico. Además, ordenó que el Órgano Interno de Control revisara el caso también. Asimismo, requirió implementar un programa de capacitación en materia de derechos humanos, con énfasis en el trato humanizado hacia las mujeres embarazadas, así como una campaña de difusión de los derechos humanos de las mujeres en el Hospital General Regional.

3.3
CONCLUSIONES

Las violaciones a derechos humanos que sufren las mujeres en relación con el embarazo, parto y puerperio presentan patrones comunes, pues son ocasionadas por fallas estructurales y sistémicas, cuya solución está en la implementación de legislación y políticas públicas que permitan a las mujeres acceder a servicios de salud de calidad, además de la creación de mecanismos para acceder a la justicia y a una reparación integral ante violaciones a derechos humanos, que incluya las medidas necesarias para evitar que este tipo de violencia se repita.

La violencia obstétrica es un problema de justicia y derechos humanos que requiere acciones que transformen de manera sistemática la manera en la que se concibe la atención en salud hacia las mujeres. Si bien en México existen ciertos avances en materia legislativa sobre el tema, como el reconocimiento del concepto de violencia obstétrica en la mayoría de los marcos normativos locales, aún se requieren estrategias y mecanismos que permitan difundir de manera amplia y constante esta problemática desde una perspectiva de derechos humanos, como una política permanente y no como una acción coyuntural.

Para ello, es necesario que se diseñen e implementen políticas públicas que busquen erradicar y prevenir acciones u omisiones que constituyen violencia obstétrica, con un enfoque de género e interculturalidad. Entre las acciones urgentes en este sentido destaca la necesidad de priorizar la atención del parto de bajo riesgo en el primer nivel de atención y mejorar el equipamiento e infraestructura hospitalaria, con prioridad en zonas alejadas y de marginación social e institucionalizar la formación del personal de salud que interviene en la atención de las mujeres durante la atención de sus embarazos, partos y puerperios. Mientras esto no ocurra, el *continuum* de violencias que enfrentan las mujeres, que en ocasiones deriva en muertes prevenibles, seguirá siendo una realidad en el país.

4

MUERTE MATERNA

MUERTE MATERNA

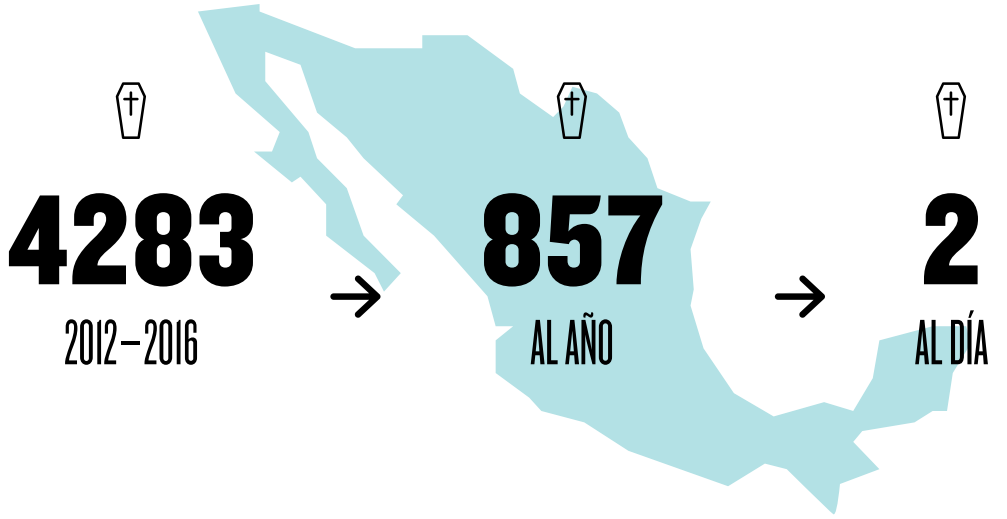
Fallecimiento de una mujer por causas prevenibles, durante el embarazo, parto o el posparto —hasta 42 días después del parto—.

A nivel internacional se mide a través de la Razón de Muerte Materna (RMM).

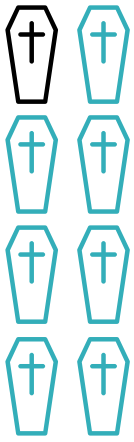
Está relacionada con fallas estructurales en el sistema de salud, por ejemplo: insuficiencia de recursos humanos, técnicos y de infraestructura, saturación del personal y de los servicios existentes, ejercicio inadecuado del gasto en salud, entre otros.

830 MUERTES PREVENIBLES AL DÍA EN EL MUNDO

Fuente: OMS.



Fuente: Observatorio de Mortalidad Materna e INEGI.



1990–2008

1/8

eran adolescentes

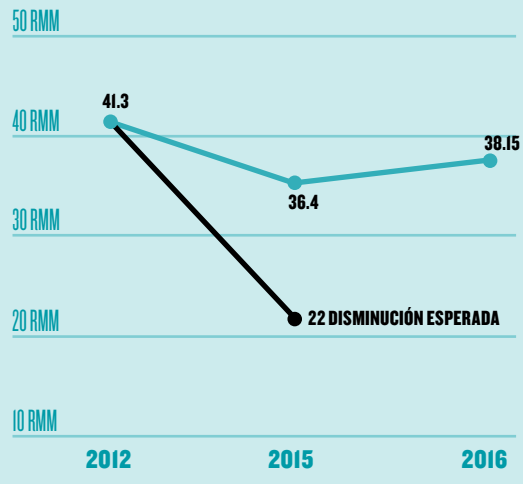
2015

11.2%

eran mujeres indígenas

Fuente:
Observatorio de Mortalidad Materna.

MÉXICO
NO CUMPLE OBJETIVO DE DESARROLLO DEL MILENIO DE DISMINUIR RMM PARA 2015



Fuente: Observatorio de Mortalidad Materna e INEGI.

Foto: Cuartoscuro

Se denomina muerte materna cuando una mujer fallece por causas prevenibles, durante el embarazo, parto o posparto. La muerte materna representa una violación al derecho a la vida, la salud, la igualdad y la no discriminación, a la vida privada, a no ser sometida a tratos crueles e inhumanos, a la información y al goce de los beneficios del progreso científico y tecnológico. En México, la muerte materna afecta de manera desproporcionada a las mujeres más pobres, a quienes no cuentan con acceso a seguridad social y a las mujeres indígenas. Estas últimas enfrentan múltiples formas de discriminación: falta de acceso a los servicios de salud, ausencia de intérpretes que les permitan otorgar un consentimiento informado con respecto a los procedimientos médicos a los que se someten, así como maltratos y abusos.[1]

1 GIRE, *Niñas y mujeres sin justicia. Derechos reproductivos en México*, 2015, pág. 164. Disponible en informe2015.gire.org.mx

4.1
SITUACIÓN EN MÉXICO

Las muertes maternas prevenibles están estrechamente relacionadas con deficiencias estructurales que aquejan al Sistema Nacional de Salud. La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) ha señalado que el gobierno mexicano destina un gasto insuficiente al rubro de la salud. Esto tiene efectos en el acceso y la calidad de los servicios que reciben las personas, así como una alta carga financiera: el gasto de bolsillo por parte de los usuarios de servicios de salud es de 41%, el segundo más alto entre los países de la OCDE.[2]

La fuerza laboral en el campo de la salud en México es insuficiente para el nivel de demanda de servicios. Existen 2.8 profesionales de enfermería por cada mil habitantes, frente al promedio de la OCDE, de nueve. Por otro lado, la distribución geográfica del personal médico no es homogénea: mientras que en la Ciudad de México hay 3.9 médicos por cada mil habitantes, en otras entidades federativas hay entre 1.3 y 2.2, cuando el promedio de la OCDE es de 3.4.[3]

La falta de recursos humanos, técnicos y materiales en el Sistema de Salud ya ha sido reconocida por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) como un obstáculo estructural para la atención médica de las mujeres durante el embarazo, parto y posparto. La sobreutilización del personal de salud, además de comprometer sus derechos laborales, tiene un impacto en la calidad y la oportunidad de la atención a las usuarias. De igual manera, lleva a que personal médico residente atienda a las usuarias sin supervisión.[4]

La discriminación múltiple que enfrentan las mujeres en México se ve reflejada en el efecto diferenciado que tiene la mortalidad materna en ciertos grupos. Las fallas estructurales en el sistema de salud tienen un impacto particular para las mujeres de comunidades indígenas, quienes con frecuencia deben realizar largos traslados a centros de salud que suelen estar en malas condiciones, sin personal médico de base ni intérpretes de lenguas locales distintas al español y con actitudes discriminatorias por parte del personal.[5]

En 2015, 6% de la población mexicana eran mujeres indígenas. Sin embargo, 11.2% del total de muertes maternas en el país en ese año corresponden a esta población. Esto demuestra cómo la muerte materna afecta de manera desproporcionada a este grupo poblacional.[6] Asimismo, las niñas y adolescentes enfrentan un riesgo particular del embarazo a temprana edad —de dos a cinco veces más alto que en mujeres adultas de acuerdo con la OMS[7]—, situación que no suele tomarse en cuenta por los prestadores de servicios de salud que las atienden. En México, entre 1990 y 2008, aproximadamente una de cada ocho defunciones maternas fue de adolescentes menores de 19 años.[8] En 2015, 10.9% del total de muertes maternas correspondieron a menores de 19 años.[9] El caso de Anita, una niña indígena de Puebla, es una clara y terrible muestra de esta discriminación interseccional.

2 OCDE, *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. Disponible en español en https://www.oecd.org/mexico/Health-at-a-Glance-2017-Key-Findings-MEXICO-in-Spanish.pdf
3 *Ibíd*.
4 CNDH, Recomendación General No. 31/2017 sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud, párrafos 216 y 218. Disponible en: http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Recomendaciones/generales/RecGral_031.pdf
5 *Ibíd*, párrafo 167.
6 Observatorio de Muerte Materna, *Numeralia 2015*.
7 CIDH, *Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos* [OEA/Ser.L/V/II. Doc. 69, 7 de junio de 2010], Washington, 2010, párrafo 15. Disponible en http://bit.ly/WXZD3I
8 Schiavon, R., Erika Troncoso y Gerardo Polo, "Analysis of maternal and abortion-related mortality in Mexico over the last two decades, 1990-2008" en *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 188, suplemento 2, septiembre de 2012, p. S78-S86. Disponible en http://bit.ly/12lqxIm
9 Observatorio de Muerte Materna, *op. cit*.

ANITA

PUEBLA, 2018

Anita vivía a orillas de la carretera, a 20 minutos del centro de Huehuetla, Puebla. Estudiaba el bachillerato y trabajaba en una papelería que pertenece a sus padrinos. Su padre murió cinco meses antes de los hechos y, en la actualidad, son sus hermanos quienes mantienen la casa económicamente.

A los 16 años, Anita se embarazó. Cerca de las 37 semanas de gestación empezó a sentir contracciones y acudió, acompañada de Rosa, su madre, al Hospital Comunitario de Huehuetla. Cuando llegó al hospital la médica que la atendió le dijo que aún faltaba mucho para que pariera y que regresara en la tarde para una segunda revisión. Anita y su mamá se fueron a su casa y en la tarde volvieron al hospital, donde la doctora volvió a decirle que faltaba mucho y que se saliera a caminar.

Anita ingresó al hospital hacia las 10 de la noche. La doctora la revisó y le dijo que todo estaba bien. Sin embargo, una hora más tarde, Anita mandó llamar a su mamá y le dijo que se sentía muy mal y que prefería que la trasladaran al Hospital de Ixtepec para que le realizarán una cesárea, como le habían indicado durante su control prenatal, debido a su corta edad. Su mamá habló con la doctora para solicitar el traslado, pero ésta respondió, molesta, que Anita no era médica y que no podía decidir; que el parto sería vaginal. Hacia las 4 de la mañana, la ingresaron a la sala de expulsión, y una hora después, la médica llamó a Rosa para que entrara a verla. Anita estaba inconsciente y había mucha sangre en el piso, en la ropa de la doctora y de la enfermera. Rosa limpió a Anita y le pidió a la doctora que ya no la lastimaran. La doctora y la enfermera empezaron a hacerse señas y le dijeron que se saliera.

Nadie dio información a la familia sobre el estado de salud de Anita sino hasta las 8 de la mañana, cuando la médica salió a informarles que había fallecido, que no habían extraído al producto porque se dieron cuenta de que Anita "no lo quería" y que ella "no había puesto voluntad" para que el parto evolucionara de manera satisfactoria.

Rosa no firmó los documentos del hospital por la entrega del cuerpo porque era necesario averiguar lo que había ocurrido. Entonces se presentó con ellos personal de la Jurisdicción Sanitaria de Zacatlán, quienes aseguraron que el personal médico había realizado su labor correctamente. Más tarde también se presentó personal de la Fiscalía General del Estado de Puebla solicitando que la familia autorizara el traslado del cuerpo a Zacatlán.

La familia enterró a Anita y a su bebé el 6 de agosto de 2018. GIRE conoció el caso a través del padrino de Anita y acompañará a la familia en su búsqueda de justicia.

El énfasis en aumentar la cobertura del acceso universal a los servicios de salud ha puesto en segundo plano la necesidad de resolver la baja calidad y los problemas de infraestructura y equipamiento que afectan la prestación de los servicios de salud durante el embarazo, parto y posparto en las instituciones del sector público. Además, la fragmentación del Sistema Nacional de Salud implica que las usuarias tengan acceso a niveles de atención desiguales con diferentes costos de acuerdo al esquema de afiliación, en caso de tenerlo.

A pesar de los acelerados ritmos de afiliación de esquemas como el Seguro Popular, desde hace varios años se ha manifestado que sus problemas en la atención superan los del IMSS y los del ISSSTE, y que el paquete de servicios que ofrece, así como el personal e infraestructura, son insuficientes.[10] De acuerdo con el Observatorio de Muerte Materna, en 2015, 53.7% de las muertes maternas registradas en el país, fueron de mujeres afiliadas al Seguro Popular. A pesar de que este sistema atiende a un mayor sector de la población en general, la tasa de mujeres atendidas en cada institución permite observar que es en el ISSSTE donde las mujeres mueren en una mayor proporción, en comparación con el IMSS, Seguro Popular y otros esquemas de seguridad social como Pemex, SEDENA y SEMAR.

10 Laurell, Asa Cristina, *Impacto del Seguro Popular en el sistema de salud mexicano*, Buenos Aires, CLACSO, 2013, página 114.

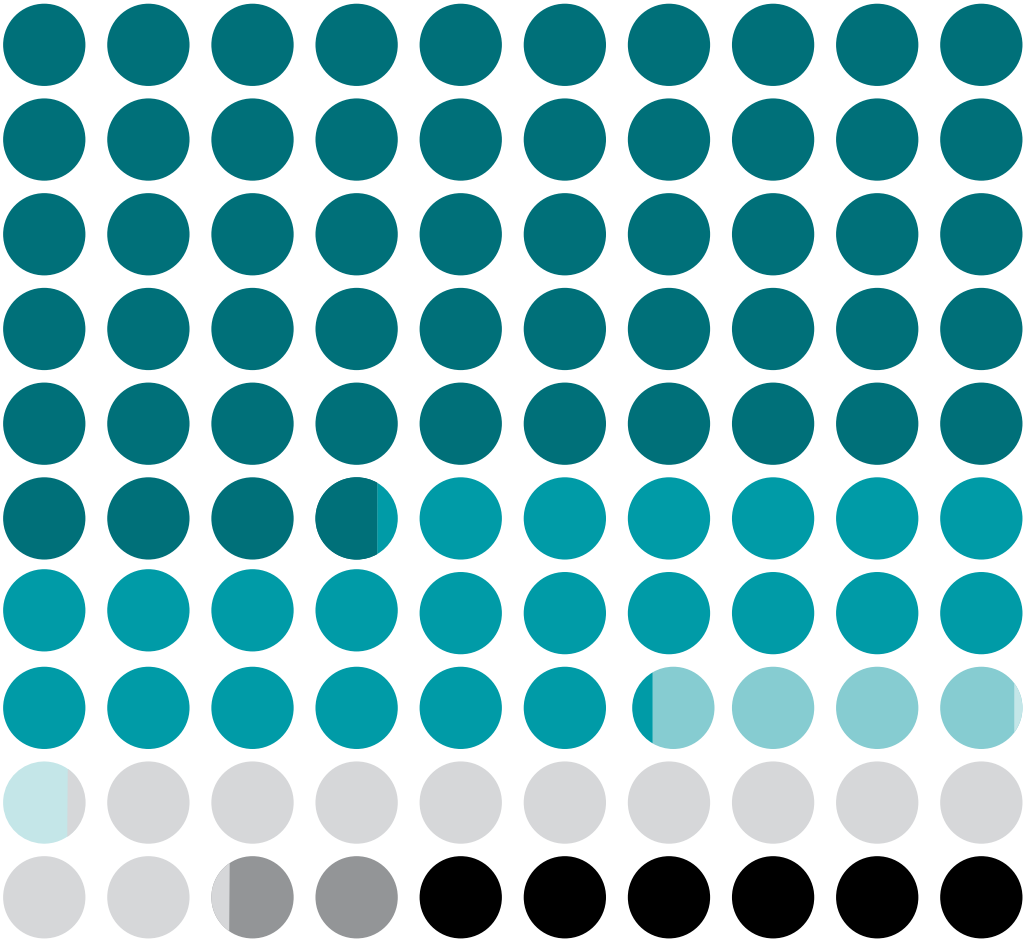
MUERTES MATERNAS POR TIPO DE AFILIACIÓN[11]

2015

SEGURO POPULAR DE SALUD	IMSS	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR
53.7%	22.6%	3.6%	0.9%
Tasa: 3.82	Tasa: 3.22	Tasa: 5.05	Tasa: 3.67

USUARIAS SIN ESQUEMA DE AFILIACIÓN	OTRO	NO ESPECIFICADO
11.4%	1.6%	6.0%
Tasa: 26.50	Tasa: 3.95	

Tasa de mortalidad materna por cada 10 mil nacidos vivos según afiliación de la mujer.



Fuente: SINAC, 2015.

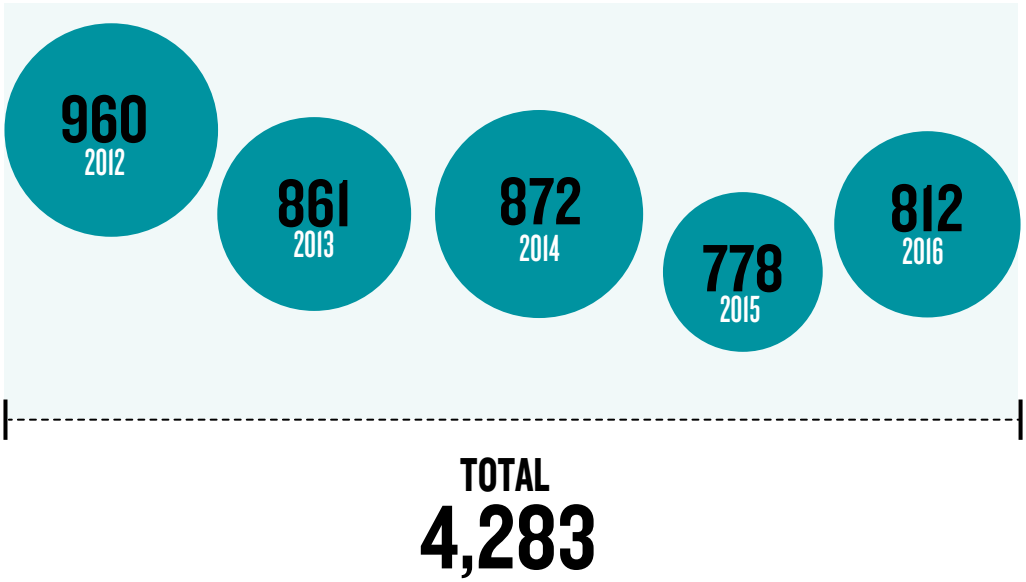
11 Para conocer información más detallada, véase: justiciareproductiva.gire.org.mx.

A. TENDENCIA DE LA MUERTE MATERNA EN MÉXICO 2012-2016

A nivel internacional, la muerte materna se mide a través de la Razón de Muerte Materna (RMM) que indica cuántas mujeres mueren por causas prevenibles relacionadas con un proceso obstétrico por cada cien mil nacidos vivos. En 2016,[12] las entidades que registraron una mayor RMM fueron: Campeche (46.3), Chiapas (45.7), Oaxaca (44.3), Guerrero (43.7) e Hidalgo (43.6). De 2012 a 2016 en México han muerto un total de 4 mil 283 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. Esto significa que, en promedio, mueren 857 mujeres al año; dos al día. Sus muertes son un reflejo de las profundas injusticias que persisten en el país y las violaciones a derechos humanos que enfrentan las mujeres todos los días, llevando a muertes que hubieran podido evitarse.

MUERTES MATERNAS EN MÉXICO

2012-2016



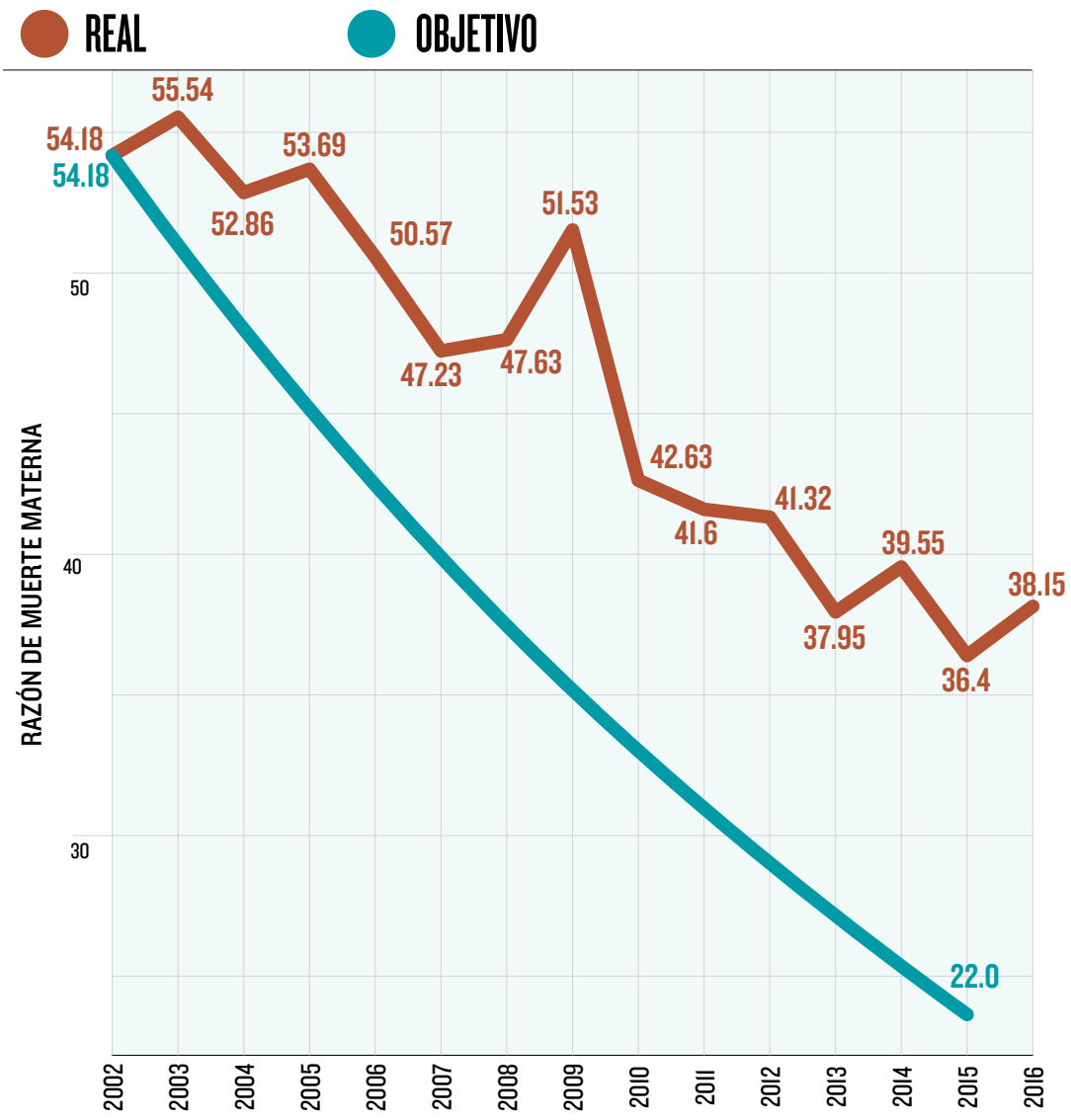
Fuente: Elaboración de GIRE con base en información del Observatorio de Muerte Materna (2012–2015) e INEGI (2016).

EN PROMEDIO, MUEREN 857 MUJERES AL AÑO; DOS AL DÍA.

12 Si bien existe la cifra reportada en los Informes Semanales de Vigilancia Epidemiológica de la Secretaría de Salud para los años 2017 y 2018, se decidió no incluir esta información porque dichos Informes tienden a sub-reportar la mortalidad materna, dado que no toman en cuenta a las mujeres que fallecen por complicaciones posteriores al parto. Esta información se ajusta por el INEGI aproximadamente un año después de su ocurrencia y podrá consultarse en: justiciareproductiva.gire.org.mx, cuando se encuentre dispopnible.

RAZÓN DE MUERTE MATERNA NACIONAL

2002 - 2016



Fuente: Elaboración de GIRE con datos del Observatorio de Mortalidad Materna.

EN 2016, LAS ENTIDADES CON MAYOR RMM FUERON CAMPECHE, CDMX, GUERRERO, HIDALGO Y OAXACA.

A nivel nacional, puede observarse un cambio en la RMM, pasando de 41.32 en 2012 a 36.4 en 2015 y a 38.15 en 2016. Esta disminución es sin duda positiva, sin embargo, resultó insuficiente para alcanzar el compromiso de los entonces vigentes Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), de acuerdo con los cuales, la RMM tuvo que haber sido de 22 para el año 2015.

RAZÓN DE MUERTE MATERNA POR ENTIDAD

2012 - 2016

	2012	2013	2014	2015	2016
NACIONAL	42.3	38.2	38.9	34.6	35.4
AGS	47.7	25.7	22.1	25.8	19.1
BC	31	42.3	28.9	32	27
BCS	23.3	32.1	15.9	24.3	8.1
CAMP	42.8	65.4 ★	18	46.5 ★	46.3 ★
CHIS	60.6 ★	54.8 ★	68.1 ★	68.5 ★	40.1
CHIH	46.7	59.8 ★	56.5 ★	43.1	42.3
CDMX	40.1	41.9	41.9	44.3	45.7 ★
COAH	34.4	27	37	28.3	43.4
COL	23.6	22.5	29.4	22.3	26.2
DUR	52.5 ★	41.2	71.2 ★	31.1	37
GTO	34.8	34.9	27.7	31.2	31.7
GRO	75.9 ★	59.4 ★	58.7 ★	49.5 ★	43.7 ★
HGO	37.8	37.5	65.5 ★	32.3	43.6 ★
JAL	23.4	22.4	34.4	24.7	24.8
MEX	42.7	36.1	33.9	30.9	42.8
MICH	41.7	36.7	47.7	34.3	24.7
MOR	39	44.5	9.1	36.6	30.7
NAY	45.5	36.1	28.5	66.9 ★	37.4
NL	26.6	14.8	17.6	23.5	35.6
OAX	65.3 ★	50.4	46.7	48.6 ★	44.3 ★
PUE	50.6	31.8	37.6	32.3	37.7
QRO	19.8	35	34.5	14.9	35.3
QROO	50.4	46.2	27.8	20.7	32.9
SLP	40.7	31.8	24.1	30.1	25.9
SIN	41.5	26.7	31.4	22.1	39.2
SON	33.2	40.2	33.7	32.2	43.3
TAB	34.2	27.4	40.7	41.7	33.6
TAMPS	26	41.7	28.5	32	35.4
TLAX	59.4 ★	23.2	51.4	20.1	39.9
VER	51	46.4	43.4	29.9	30
YUC	50.1	50.8 ★	42.4	32.6	31.1
ZAC	32	44.2	32.5	32.6	20.8

★ Entidades con mayor RMM por año.

Fuente: Observatorio de Mortalidad Materna (2012-2015); INEGI (2016).

Respecto a las entidades con mayores niveles de muerte materna en 2012, puede observarse que en 2016 tres de ellas seguían entre las cinco con mayor incidencia de muertes maternas: Chiapas, Oaxaca y Guerrero, que pese a haber registrado la disminución de sus cifras en este periodo, aún conservan una RMM mayor a la nacional. Es significativo que estos tres estados hayan sido señaladas por el Coneval en 2016 como los que ocupan los primeros tres lugares en el Índice de Rezago Social 2000-2015.[13] De las cinco entidades con mayores tasas de muerte materna para 2016, Campeche se colocó en el primer sitio, superando incluso a aquellas que en los últimos años habían registrado las cifras más altas a nivel nacional. Hidalgo también mostró un retroceso en el combate a la mortalidad materna y cerró 2016 en el quinto lugar a nivel nacional.

B. MARCO NORMATIVO Y DE POLÍTICA PÚBLICA

MARCO NORMATIVO

La Ley General de Salud (LGS) establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. El capítulo V establece que la atención materno-infantil tiene carácter prioritario, y entre otras disposiciones, se determinan acciones encaminadas a la mejora del acceso y la calidad de la atención del embarazo, parto y posparto.

> De acuerdo al artículo 64 bis 1 de esta Ley, todos los servicios de salud del país están obligados a prestar atención expedita a las mujeres que presenten urgencias obstétricas, independientemente de su derechohabiencia o afiliación a algún esquema de aseguramiento. Esto es: la falta de acceso a un determinado esquema de seguridad social no es una razón para negar atención a las mujeres durante el embarazo y parto.

Por su parte, la Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida (NOM 007) recoge un conjunto de criterios mínimos para la atención médica de las mujeres durante el embarazo, parto y posparto, así como de las personas recién nacidas. Acatarla es obligatorio para todo establecimiento de salud en el país. Algunos criterios especialmente importantes de la NOM 007 para evitar muertes maternas:

13 El *Índice de Rezago Social* considera información referente a la educación, acceso a servicios de salud, calidad de la vivienda, y servicios básicos y otros activos en la misma. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/Medicion/Documents/Indice_Rezago_Social_2015/Nota_Rezago_Social_2015_vf.pdf

DURANTE EL EMBARAZO

- El personal de salud debe informar de manera completa a la mujer embarazada y a su familia acerca de los signos y síntomas de alarma que ameriten atención inmediata, y elaborar un plan de seguridad al respecto (5.3.1.12).
- Toda mujer embarazada con 41 semanas o más de gestación, debe ser valorada en el segundo nivel de atención (5.2.1.17).
- En todos los casos de urgencia obstétrica (hemorragia obstétrica, trastornos hipertensivos del embarazo, amenaza de parto pretérmino, sepsis o enfermedades concomitantes graves), el personal de salud debe garantizar atención médica integral con oportunidad y calidad o en dado caso, asegurar el traslado puntual de la usuaria a un establecimiento con capacidad resolutiva adecuada (5.3.1.13 y 5.3.1.13.3).

DURANTE EL PARTO

- Al ingreso de la usuaria para la atención obstétrica, se deberá abrir el expediente clínico de acuerdo con la NOM 004 y se integrará el partograma. En caso de necesitarse el traslado a un establecimiento con mayor capacidad resolutiva, debe valorarse el traslado oportuno y seguro (5.5.2).
- Ninguna persona que preste servicios de ginecología y obstetricia discriminará o ejercerá algún tipo de violencia a la usuaria durante el trabajo de parto (5.5.3).
- Todas las indicaciones, prescripciones y procedimientos deben registrarse en el expediente clínico (5.5.13).

ATENCIÓN DEL POSPARTO

Los procedimientos para la vigilancia médica del posparto deben incluir, entre otras:

- La revisión de la usuaria cada 15 minutos durante la primera hora del posparto. Posteriormente, se revisará cada 30 minutos hasta completar las primeras dos horas del posparto y luego entre 4 y 8 horas de acuerdo a su evolución hasta su egreso (5.6.1.2).
- Mantener informada a la usuaria y a su pareja para la identificación oportuna de signos y síntomas de alarma (5.6.1.5).
- El egreso de la usuaria podrá efectuarse hasta transcurridas 24 horas del posparto, siempre y cuando no existan complicaciones (5.6.1.6).

Por su parte, la Norma Oficial Mexicana 004-SSA3-2012, Del expediente clínico (NOM 004) establece los criterios para la elaboración, integración y confidencialidad de los registros médicos, que son una herramienta fundamental para proteger la salud de las usuarias. La observancia de la NOM 004 —al igual que todas las Normas Oficiales— es obligatoria para el personal de toda institución perteneciente al Sistema Nacional de Salud. Algunas de sus disposiciones más relevantes son:

- El personal médico tiene la obligación de brindar información verbal tanto a la usuaria como a sus familiares (5.6);
- Las notas médicas y reportes deben contener: fecha, hora, nombre completo de quien elabora y firma; nombre completo de la usuaria, edad, sexo, número de cama y expediente (5.9 y 5.10);
- Los documentos que integran el expediente clínico constituyen información confidencial (5.7).

Sin embargo, GIRE ha observado que la falta de acatamiento de esta norma es una constante en los casos que ha registrado, documentado y acompañado. Algunos ejemplos son: contradicciones graves entre notas de personal médico y de enfermería, la omisión de información respecto al estado de salud de la usuaria, tanto hacia ella como hacia sus familiares, así como confusiones y enmiendas en el expediente, que evitan cualquier certeza sobre cómo ocurrieron los hechos, lo que representa un obstáculo para el acceso a la justicia de las familias de mujeres que mueren por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. La CNDH, por su parte, también ha expresado que la incorrecta o deficiente integración del expediente clínico ha sido objeto de diversas recomendaciones.[14]

14 CNDH, *op. cit.*, párrafo 215.

POLÍTICAS PÚBLICAS

El Plan Nacional de Desarrollo (PND) rige la programación y presupuestación de toda la Administración Pública Federal y articula la estrategia gubernamental para alcanzar las metas establecidas en materia de desarrollo social, entre las cuales se encuentra la salud. Tomando en consideración que el PND vigente culmina en 2018, GIRE considera urgente que el documento que lo suceda considere, al menos, lo siguiente en materia de mortalidad materna:

- Reconocer la reducción de la mortalidad materna como un asunto de derechos humanos.
- Priorizar la coordinación efectiva entre dependencias e instituciones, para el acceso universal a servicios de salud obstétrica, sin importar la derechohabiencia.

Por su parte, el Programa de Acción Específico en Salud Materna y Perinatal es el instrumento de la política nacional de salud orientado a la mejora en el acceso y calidad de los servicios y bienes de salud durante el embarazo, parto y posparto, tanto para la mujer como para el neonato. Al igual que el Plan Nacional de Desarrollo, culmina en 2018, por lo que es fundamental que el instrumento que lo suceda integre los siguientes enfoques:

- Incorporar el modelo de partería en los servicios de salud materna y perinatal.
- Contemplar la diversidad de usuarias de servicios de salud reproductiva, tal como mujeres indígenas y adolescentes, en el diseño, implementación y evaluación del Programa.
- Incluir estrategias y acciones para asegurar el aumento de la atención de embarazos, partos y puerperios de bajo riesgo, en el primer nivel de atención.

RECOMENDACIONES DEL COMITÉ CEDAW A MÉXICO

En julio de 2018, el Comité de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) examinó al Estado mexicano respecto al cumplimiento de sus obligaciones en materia de derechos humanos de las mujeres. Entre los motivos de preocupación que señaló el Comité, se encuentran las altas tasas de muerte materna que afectan desproporcionalmente a las mujeres de comunidades indígenas en el país.

En concordancia con el contenido y significado del derecho de las mujeres a la salud, el Comité CEDAW recomendó al Estado mexicano:

e) Reduzca la incidencia de la mortalidad materna, en particular mediante la colaboración con las parteras tradicionales y la capacitación de los profesionales sanitarios, especialmente en las zonas rurales, velando por que todos los partos cuenten con la asistencia de personal sanitario especializado, de conformidad con las metas 3.1 y 3.7 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.[15]

15 Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Concluding observations on the ninth periodic report of Mexico*, [CEDAW/C/MEX/CO/9], 70 periodo de sesiones, 2018, párrafo 42, inciso e.

ALYNE DA SILVA PIMENTEL VS. BRASIL: LA RESPONSABILIDAD DEL ESTADO EN UNA MUERTE MATERNA[16]

Alyne da Silva Pimentel era una mujer afro-descendiente proveniente de una comunidad marginal en Río de Janeiro, Brasil. Era madre de una niña de cinco años de edad. El 11 de noviembre de 2002, acudió a un centro de salud privado con náuseas y dolores abdominales; tenía seis meses de embarazo. Ahí, le prescribieron medicamentos y la enviaron a su casa. Los siguientes días su situación empeoró considerablemente, por lo que regresó al centro de salud. Sin embargo, tuvo que esperar horas para ser atendida. Cuando al fin la revisaron, el médico en turno le informó que no había latidos fetales, por lo que tendrían que inducirle el parto.

Alyne esperó seis horas más para que se llevara a cabo la inducción del parto. Unas 14 horas después del parto, fue sometida a un raspado para eliminar partes de la placenta y otros restos del parto. Su condición empeoraba y requería de atención médica especializada de urgencia. Sin embargo, el personal del centro de salud no pudo localizar sus expedientes prenatales y, dado que no había transporte disponible, tuvo que esperar ocho horas, dos en estado de coma, para ser transferida a un hospital público. Una vez en el hospital, requirió reanimación y fue colocada de forma provisional en el pasillo. Como el personal del centro de salud no traía consigo sus expedientes médicos, tuvo que proporcionar una breve descripción oral de sus síntomas. Alyne murió el 16 de noviembre de 2002, tres días después del parto.

Tras un juicio doméstico llevado a cabo de oficio, un tribunal brasileño dictó una pensión y una indemnización por daño moral para la hija de Alyne. Sin embargo, el tribunal no estableció que el Estado fuera responsable de su muerte, por tratarse de una clínica pública. Por ello, su madre, representada por el Centro de Derechos Reproductivos, decidió llevar su caso ante el Comité CEDAW, alegando una violación del Estado brasileño al derecho a la vida y a la salud protegidos por la CEDAW.

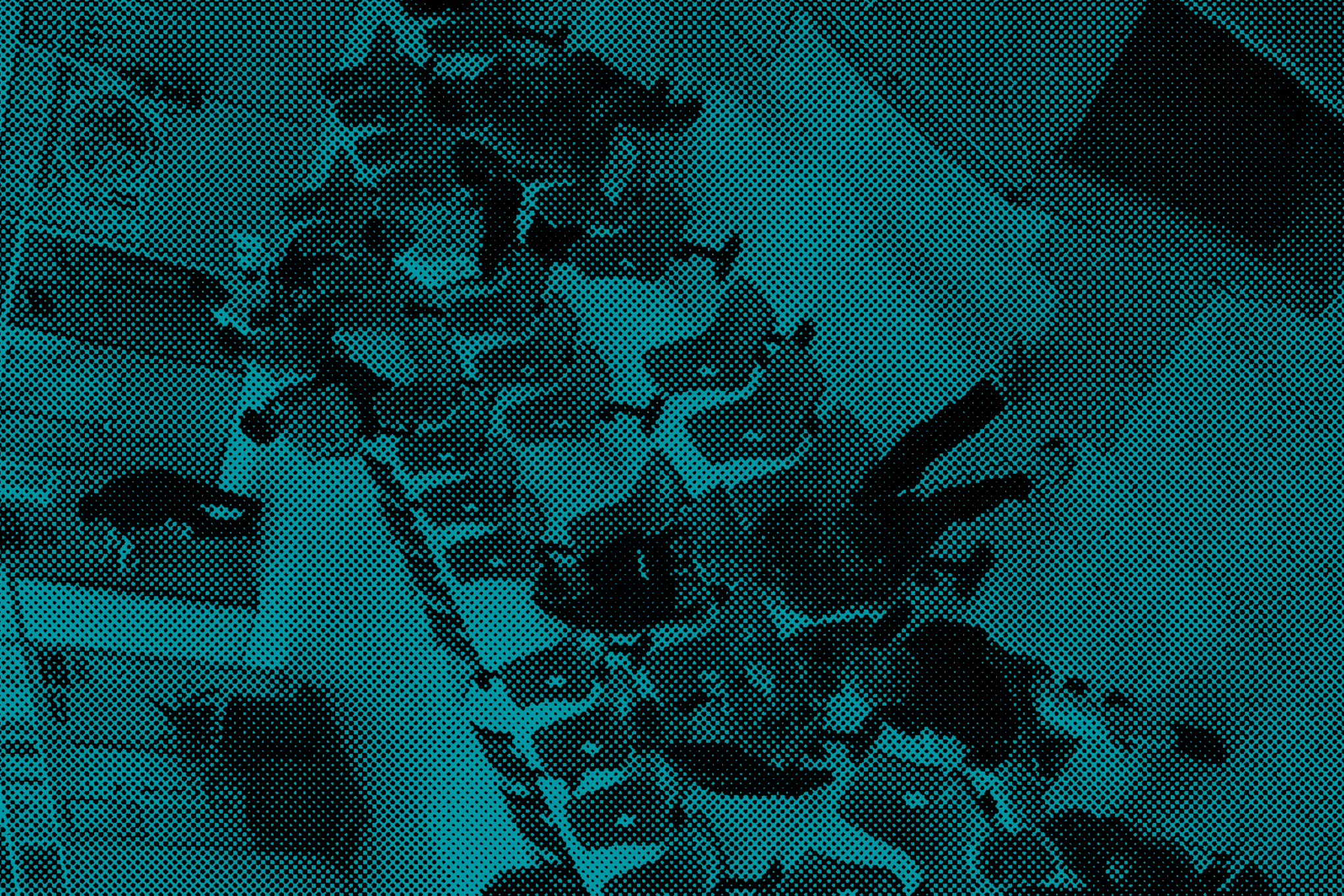
En 2011, el Comité CEDAW publicó su decisión sobre el caso, donde reconoció dos elementos principales: a) que la muerte de Alyne era una muerte materna y b) que no se le habían proporcionado servicios adecuados en relación con su embarazo.

En suma, el Comité señaló que la falta de servicios de salud materna que satisfagan las necesidades de las mujeres no sólo representa una violación al derecho a acceder a servicios de salud reproductiva, sino que también implica una discriminación de género y una violación al derecho a la vida. Así, estableció una serie de medidas para el Estado brasileño entre las que se encuentran la reparación del daño a la hija de Alyne, la reducción del índice de muerte materna y la implementación de garantías de no repetición en los hospitales y centros de salud del país.

Alyne da Silva Pimentel vs. Brasil es el primer caso de muerte materna presentado y decidido por un órgano internacional de protección a los derechos humanos. Por ello, ha sido crítico para avanzar en el reconocimiento de los derechos reproductivos de las mujeres y de las obligaciones positivas del Estado para protegerlos, en particular el acceso a servicios de salud sin discriminación y la responsabilidad del Estado de asegurar la calidad de los servicios de salud materna, públicos y privados.

16 Naciones Unidas, Comité CEDAW, [Caso Alyne da Silva Pimentel vs. Brasil] Comunicación N° 17/2008, [CEDAW/C/49/D/17/2008], 49º período de sesiones (2011).

Foto: Cuartoscuro



4.2
ACCESO A LA JUSTICIA

El acceso a recursos efectivos y protección judicial es la principal garantía para que las víctimas de violaciones a derechos humanos y sus familiares accedan a la debida justicia. La atribución de responsabilidad por casos de muerte materna, además, sirve para identificar y erradicar las prácticas discriminatorias que perpetúan la mortalidad materna, reparar las violaciones a derechos humanos de las víctimas y promover garantías de no repetición.

A. QUEJAS ADMINISTRATIVAS

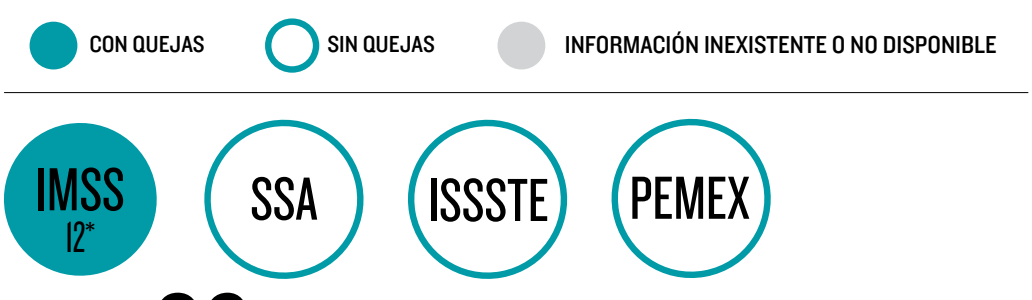
El recurso más inmediato ante casos de muerte materna es un escrito de queja por medio del cual los familiares pueden reportar la mala atención médica recibida ante las unidades de contraloría interna de cada institución de salud, a partir de la cual deben investigarse los hechos y, en dado caso, aplicarse las sanciones correspondientes. Las desventajas de este mecanismo radican en que cada institución determina el procedimiento a seguir en estos casos, lo que genera incertidumbre entre las usuarias. Por otro lado, el hecho de que la queja se levante ante la misma institución de salud de la que se alega la atención deficiente y que sea la misma quien resuelva sobre ello, puede crear conflicto de interés para el establecimiento de la responsabilidad del servidor público y de la institución, así como afectar la atención subsecuente que reciban las personas que interpusieron dicha queja.

A partir de las respuestas a solicitudes de acceso a la información realizadas por GIRE, puede observarse que, en los últimos cinco años, se presentaron 96 quejas de este tipo en los servicios de salud locales. A nivel federal, las instituciones de salud respondieron no contar con la información, no tener registrada ninguna queja de este tipo o declararon inexistencia de información. En el caso del IMSS, la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos respondió contar con un total de 12 quejas; sin embargo, precisó que éstas fueron recibidas en la CNDH, por lo que no es posible conocer si fueron presentadas también ante la unidad de contraloría interna de la institución.

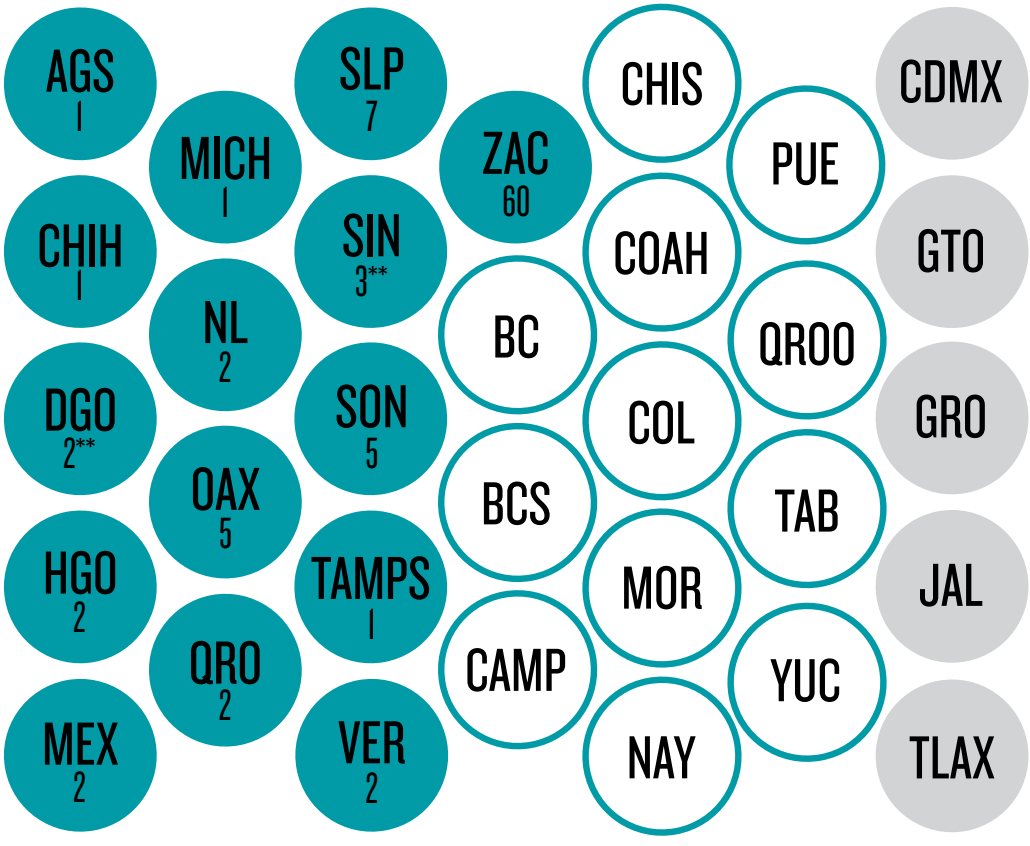
QUEJAS POR MUERTE MATERNA ANTE ÓRGANOS INTERNOS DE CONTROL DE INSTITUCIONES DE SALUD

DICIEMBRE 2012 - OCTUBRE 2017

FEDERAL **12** QUEJAS



LOCAL **96** QUEJAS



* Respondieron quejas presentadas ante la CNDH.

** Estas entidades no desagregraron la información por año y respondieron a la solicitud en enero- febrero 2018, por lo que no es posible conocer si corresponden de manera exacta al mismo periodo de la solicitud (2012-2017).

Fuente: Elaboración de GIRE con base en solicitudes de acceso a la información pública.

B. INCONFORMIDADES ANTE COMISIONES DE ARBITRAJE MÉDICO

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud Federal. Sus principales atribuciones consisten en asesorar a los usuarios de servicios médicos, atender quejas e irregularidades en el servicio médico, intervenir en conciliaciones entre prestadores de servicios y usuarios, fungir en el arbitraje entre ambos y emitir opiniones técnicas sobre asuntos de carácter general.

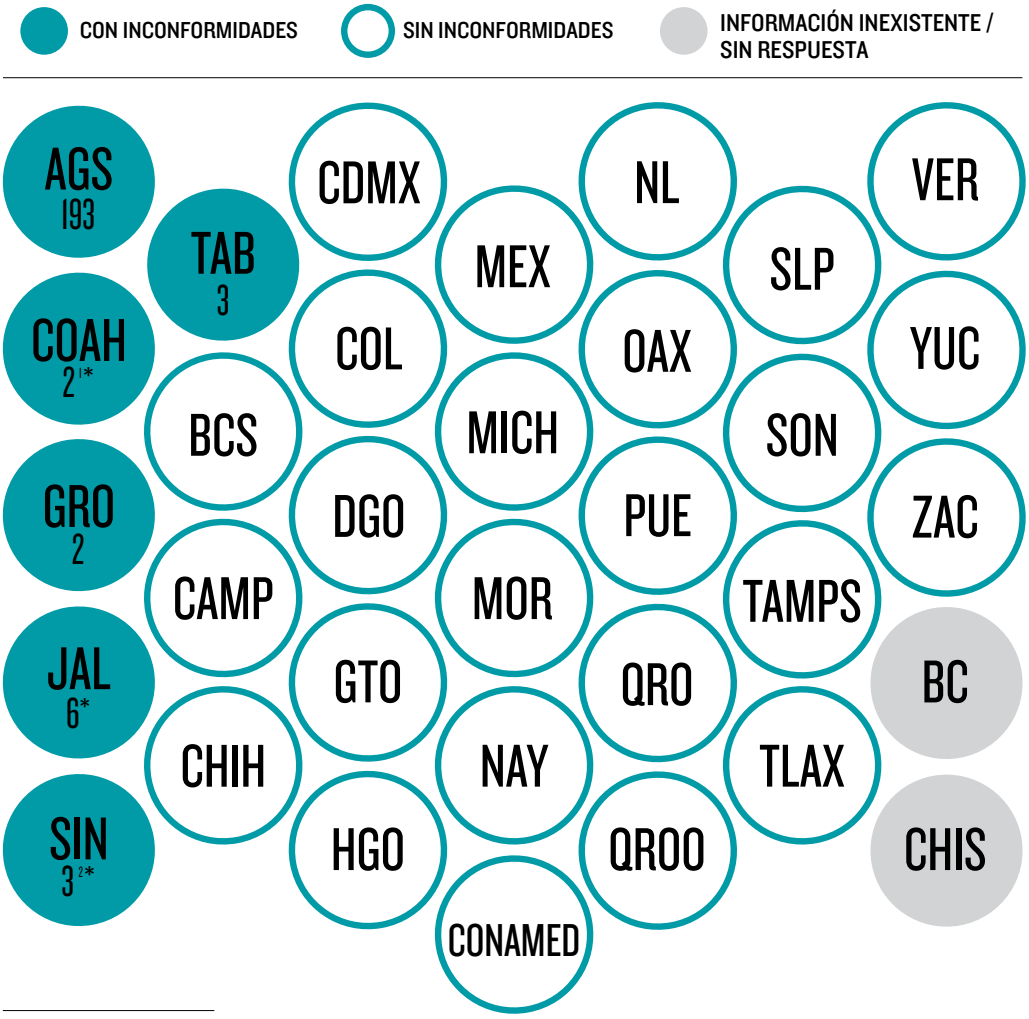
Tanto la CONAMED como las comisiones locales de arbitraje médico son una opción para que las víctimas en casos de muerte materna obtengan una indemnización de manera más sencilla que si acudieran a instancias jurisdiccionales. Sin embargo, esta vía está centrada en la actuación individual del personal médico, por lo que no contempla el establecimiento de garantías de no repetición que atiendan el problema estructural que da lugar a las altas tasas de muerte materna.

GIRE realizó solicitudes de acceso a la información pública a la CONAMED y a las comisiones locales de arbitraje médico para conocer el número de inconformidades por casos de muerte materna presentadas en los últimos cinco años. Las autoridades reportaron un total de 209 inconformidades recibidas en el periodo. Destaca el caso de Aguascalientes, en donde se reportan 193 inconformidades recibidas.

INCONFORMIDADES POR MUERTE MATERNA ANTE COMISIONES DE ARBITRAJE MÉDICO

DICIEMBRE 2012 - OCTUBRE 2017

209 INCONFORMIDADES RECIBIDAS



[1] Una de estas inconformidades fue conciliada.
[2] Una terminó por acudir a instancia penal; en dos, fue procedente el pago de indemnización por muerte.

* Estas entidades no desagregraron la información por año y respondieron a la solicitud en marzo–abril 2018, por lo que no es posible conocer si corresponden de manera exacta al mismo periodo de las solicitudes restantes (diciembre 2012 - octubre 2017).

Fuente: Elaboración de GIRE con base en solicitudes de acceso a la información pública.

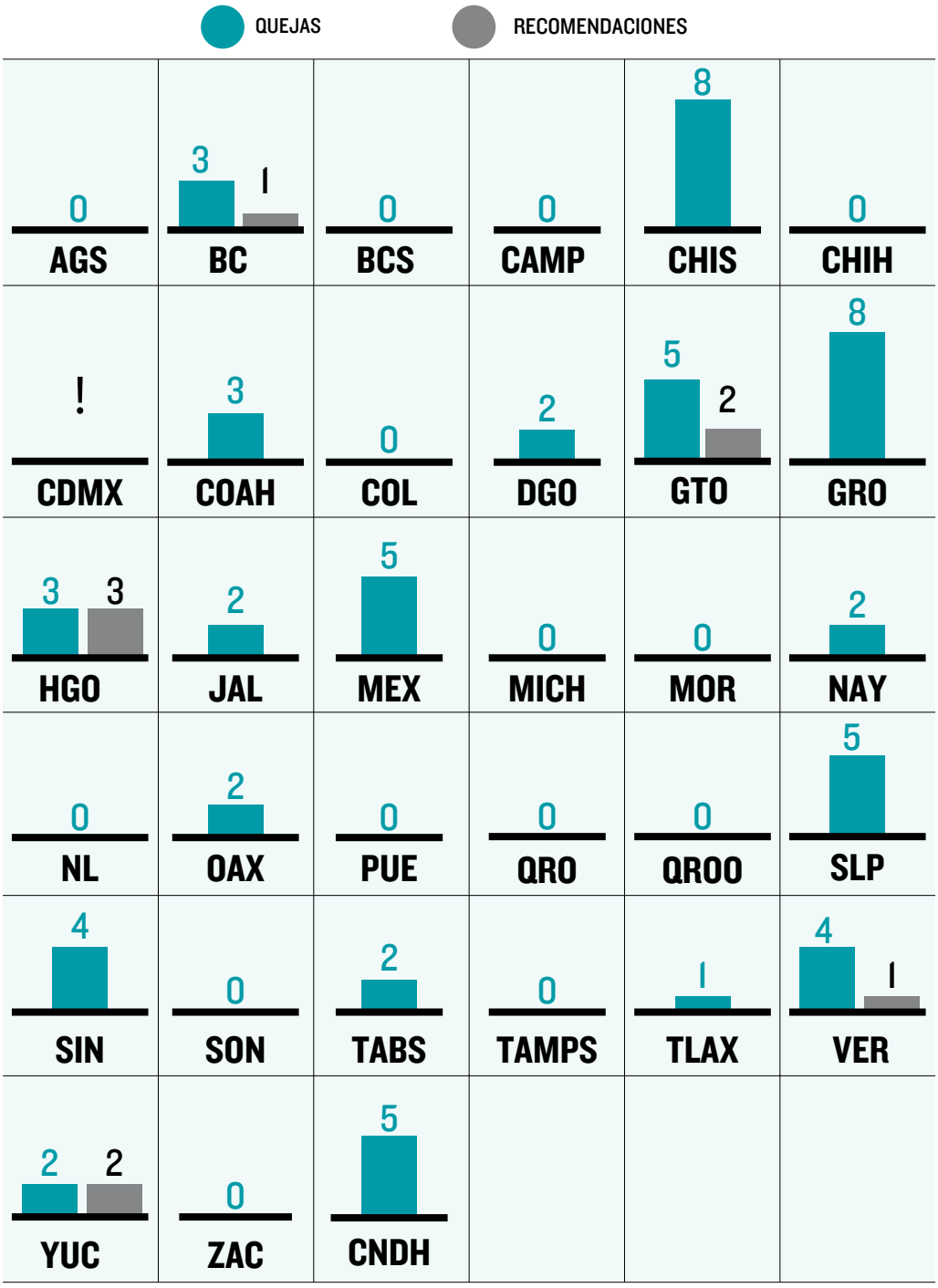
C. QUEJAS ANTE COMISIONES DE DERECHOS HUMANOS

Aunque existe en México un conjunto de procedimientos que pueden iniciarse ante una muerte materna, ninguno de ellos prevé el establecimiento de medidas de reparación integral por violaciones a derechos humanos, a pesar de que los casos de muerte materna suelen estar relacionados con cuestiones estructurales que rebasan la actuación individual del personal de salud. Por ello, GIRE ha optado por acompañar los casos a través de los mecanismos de queja ante las comisiones de derechos humanos locales y la CNDH. De esta manera, es más factible el logro de medidas de reparación que permitan prevenir casos futuros y no limitarse a sancionar a personal de salud de manera individual. Sin embargo, la experiencia de GIRE con este mecanismo también ha mostrado que con frecuencia los casos tardan muchos años en resolverse, no se toman en cuenta las peticiones de las víctimas y, cuando se emiten recomendaciones, el seguimiento de su cumplimiento se limita al intercambio de oficios entre autoridades.

GIRE realizó solicitudes de acceso a la información públilca a la CNDH y a las comisiones de derechos humanos locales para conocer el número de quejas por casos de muerte materna presentadas en los últimos cinco caños. Se reportó un total de 66 quejas recibidas en el periodo y se emitieron nueve recomendaciones.

QUEJAS POR MUERTE MATERNA ANTE COMISIONES DE DERECHOS HUMANOS

DICIEMBRE 2012 - OCTUBRE 2017 **66** QUEJAS **9** RECOMENDACIONES



! CDMX respondió: "La muerte materna no es un derecho humano o tipo de violación que se encuentre clasificado dentro del Catálogo para la calificación e investigación de violaciones a derechos humanos". Solicitud de Acceso a la Información. Folio: 3200000007718.

Fuente: Elaboración de GIRE con base en solicitudes de acceso a la información pública.

Las siguientes fueron las conductas señaladas con más frecuencia en las versiones públicas de las recomendaciones a las que se tuvo acceso:

- Se omitió proporcionar información a la usuaria y a su familia respecto a su estado de salud.
- Se negó o dilató la atención a las usuarias.
- Integración del expediente clínico de forma deficiente.
- Hospitales en condiciones inadecuadas y poco higiénicas; falta de agua, de ambulancias y ausencia de personal médico.
- No se canalizó a las usuarias a centros con mayor capacidad resolutiva.
- Se omitió la realización de estudios que eran necesarios.
- Se dio de alta a la usuaria antes de las 24 horas que marca la NOM 007.
- Se omitió justificar el procedimiento de episiotomía y no se consignó en el expediente.
- Falta de consentimiento informado a la usuaria.
- Se omitió indicar a la usuaria y a su familia los cuidados necesarios y los signos de alarma durante el posparto.
- Se omitieron cuidados necesarios a pesar de que el personal tenía conocimiento de que el embarazo de la usuaria era de alto riesgo.

Las comisiones locales integraron medidas como las siguientes en las recomendaciones analizadas:

- Solicitar al Congreso local que se asigne una partida presupuestal suficiente para que todos los centros de salud cuenten con equipamiento suficiente.
- Girar instrucciones para que los centros médicos de la entidad cuenten con condiciones óptimas de higiene.
- Ordenar al personal de los servicios públicos de salud que acaten las Normas Oficiales Mexicanas en la materia.
- Implementar capacitaciones en materia de derechos humanos al personal de salud.
- Iniciar procedimientos administrativos contra el personal involucrado.
- Realizar las acciones conducentes para que se garantice que el personal integre debidamente los expedientes clínicos.

D. PROCEDIMIENTOS DE INDEMNIZACIÓN POR RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DEL ESTADO

La Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado fija las condiciones para reconocer el derecho a la indemnización de quienes sufran daños en cualquiera de sus bienes y derechos, como consecuencia de la actividad administrativa del Estado. En caso de muerte materna, los familiares pueden exigir al Estado el pago de una indemnización por el daño. Sin embargo, la indemnización por sí misma no constituye una reparación integral de las violaciones a derechos humanos, y tampoco implica garantías de no repetición. A través de solicitudes de acceso a la información, GIRE cuestionó a las instituciones de salud federales y locales sobre el uso de este mecanismo para casos de muerte materna. En respuesta, el IMSS reportó cinco casos en el periodo de diciembre de 2012 a octubre de 2017; dos de ellos resueltos con el pago de una indemnización en favor de los solicitantes. A nivel local, solo Guanajuato y Oaxaca reportaron contar con casos.

INDEMNIZACIÓN POR RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DEL ESTADO EN CASOS DE MUERTE MATERNA

DICIEMBRE 2012 - OCTUBRE 2017

FEDERAL 5 REPORTADOS

CON REPORTE · SIN REPORTE · INFORMACIÓN INEXISTENTE

*En dos de ellos procedió el pago de indemnización a favor de los reclamantes.

SECRETARÍA DE SALUD 3 REPORTADOS

Fuente: Elaboración de GIRE con base en solicitudes de acceso a la información pública.

En el periodo de 2013 a septiembre de 2018 GIRE ha registrado, documentado y acompañado un total de 24 casos de muerte materna a lo largo del país. De los casos a los que se ha dado acompañamiento, destaca que siete de ellos ocurrieron en Oaxaca, entidad con una alta RMM. Las historias de Anita y de Gelleli ejemplifican la gravedad de las violaciones a derechos humanos en los casos de muerte materna —en particular para las mujeres indígenas—, así como los obstáculos para acceder a la justicia que enfrentan sus familias, que en la mayoría de los casos deben esperar largos procesos antes de obtener algún tipo de resolución por parte de una autoridad.

CASOS REGISTRADOS, DOCUMENTADOS Y ACOMPAÑADOS POR GIRE / 2013–2018

GIRE considera que la vía penal no es idónea para solucionar y dar acceso a la justicia en casos de muerte materna. La imposición de sanciones penales al personal de salud no resuelve las razones de fondo de estos problemas y se convierte, en cambio, en un paliativo poco efectivo para cambiar las condiciones que fomentan la incidencia de muertes maternas. Sin embargo, en aquellos casos en los que se configuran delitos por parte del personal médico, es factible recurrir a la vía penal. En este sentido, el artículo 228 del Código Penal Federal establece que "Los profesionistas […] serán responsables de los delitos que cometan en el ejercicio de su profesión".

GELLELI

OAXACA, 2018

Gelleli era una mujer mazateca que vivía en Jalapa de Díaz, Oaxaca. A los 24 años cursaba su segundo embarazo, el cual había transcurrido sin complicaciones.

Al sentir malestar durante la semana 40 de embarazo, Gelleli, acompañada de Martín, su pareja, acudió a la Casa de Salud. Ahí les indicaron que requería atención médica urgente, por lo cual debían acudir al Hospital General de Tuxtepec. Tuvieron que buscar ayuda para trasladarse debido a que la Casa de Salud del municipio no contaba con ambulancia.

Gelleli llegó al Hospital de Tuxtepec a las 6 de la tarde, pero la atendieron hasta las 8 de la mañana del día siguiente. A partir de entonces no le proporcionaron información a su pareja sino hasta varias horas después, cuando le informaron que realizarían una segunda operación porque en la cesárea le habían perforado una arteria, y tenía una hemorragia interna. En ese momento, sin explicarle más, le hicieron firmar una hoja de consentimiento informado, a pesar de que él no sabe leer ni escribir en español. Le manifestaron que, de no firmar, Gelleli moriría. No volvieron a informarle acerca del estado que guardaba la salud de su pareja durante todo el día.

La mañana siguiente le informaron que Gelleli necesitaba ser intervenida de nueva cuenta debido a que la hemorragia no cedía. La operación implicaba una alta posibilidad de que ella muriera en la sala de operaciones y, en caso de sobrevivir, no había garantía de mejoría. Tras discutirlo, Martín y la familia de Gelleli decidieron negarse a que se realizara el procedimiento. Al día siguiente, personal del Hospital les informó de su fallecimiento.

El caso es acompañado por GIRE y actualmente está en trámite ante la Defensoría de los Derechos Humanos del Pueblo de Oaxaca. Su familia lleva más de un año esperando justicia y urge una reparación integral.

De emitirse una Recomendación se espera que considere como medidas de reparación integral la imposición de las sanciones correspondientes; una disculpa pública por parte del Hospital; la garantía de atención médica, psicológica, legal y social para la familia de Gelleli; garantías de no repetición que contemplen programas de sensibilización del personal, la aplicación de la normatividad vigente y el adecuado equipamiento del Hospital General de Tuxtepec, así como una compensación económica para la familia de Gelleli por los gastos que tuvieron que realizar ante su pérdida, entre otras cosas.

Los casos de Anita y Gelleli no son aislados y las violaciones a sus derechos humanos dejan víctimas directas e indirectas. La muerte prevenible de una mujer durante o después del parto, sobre todo después de haber enfrentado maltrato y discriminación, es un pendiente del sistema de salud que, como los números revelan, el Estado mexicano debe atender de manera urgente.

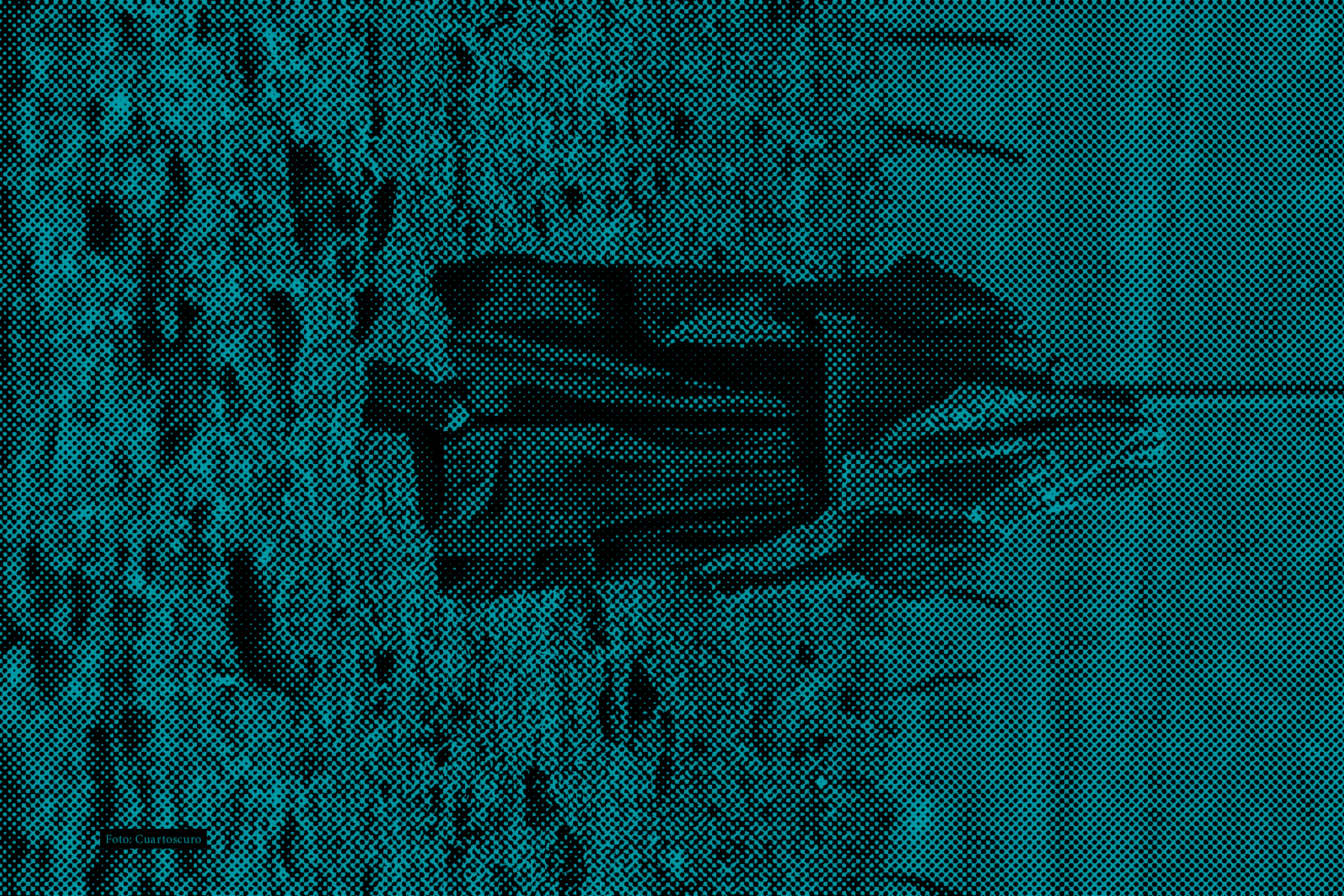


Foto: Cuartoscuro

4.3
CONCLUSIONES

Las muertes maternas prevenibles implican una violación múltiple de los derechos humanos de las mujeres. Se configura en gran medida debido a fallas estructurales del sector salud: insuficiencia de personal de salud, con lo cual se fomenta la sobreutilización del mismo en detrimento de la calidad y oportunidad de la atención y también de sus derechos laborales, falta de insumos médicos e infraestructura e inadecuada localización geográfica de la misma, lo que ocasiona que algunas mujeres —sobre todo indígenas— se vean obligadas a hacer largos trayectos para recibir atención médica, tiempo que podría marcar la diferencia entre la vida y la muerte. En otras ocasiones, las fallas estructurales se combinan con conductas de maltrato y discriminación de parte del personal de salud (violencia obstétrica) hacia las mujeres y sus familias.

Es necesario que el Estado garantice el acceso universal a servicios de salud obstétrica de calidad para las mujeres sin importar su derechohabiencia, sobre todo durante el parto o cualquier emergencia obstétrica. Considerando que la satisfacción completa de esta obligación puede ser difícil de cumplir de manera inmediata, es urgente que la nueva administración, para empezar a dar pasos hacia tal cumplimiento, establezca un conjunto de acciones prioritarias centradas en el acceso a servicios de salud para las mujeres en situaciones de mayor vulnerabilidad, que se asegure de que el personal médico respete el marco normativo vigente en materia de atención del embarazo, parto y posparto y se fortalezcan los mecanismos para la exigibilidad y justiciabilidad de los derechos que se ven comprometidos en los casos de muerte materna.

5

SEGURIDAD SOCIAL INCOMPLETA

SEGURIDAD SOCIAL INCOMPLETA

MUJERES INCORPORADAS

SEGURO POPULAR	IMSS	ISSSTE
54.8%	**42.36%**	**9.56%**

El Seguro Popular permite el acceso a servicios básicos de salud, pero no prevé prestaciones de seguridad social, como estancias infantiles, licencias de maternidad y paternidad, incapacidades ni pensiones.

Fuente: CONEVAL, 2018.

HOMBRES SIN ACCESO A ESTANCIAS INFANTILES PARA SUS HIJAS E HIJOS

LAS MUJERES TRABAJAN EN UNA MAYOR PROPORCIÓN EN EL SECTOR INFORMAL

Fuente:INEGI, 2018.

CONCILIACIÓN ENTRE EL TRABAJO Y LA VIDA PERSONAL EN MÉXICO

HORAS SEMANALES DEDICADAS A TRABAJOS DE CUIDADO NO REMUNERADO	6.61	16.7
HORAS SEMANALES DEDICADAS A QUEHACERES DEL HOGAR	9.49	18.57

Fuente: ENOE, 2018.

LICENCIAS DE MATERNIDAD Y DE PATERNIDAD

MÉXICO	5 días	12 semanas
ESTÁNDARES INTERNACIONALES	4.3 semanas PROMEDIO OCDE	14 semanas ESTÁNDAR OIT

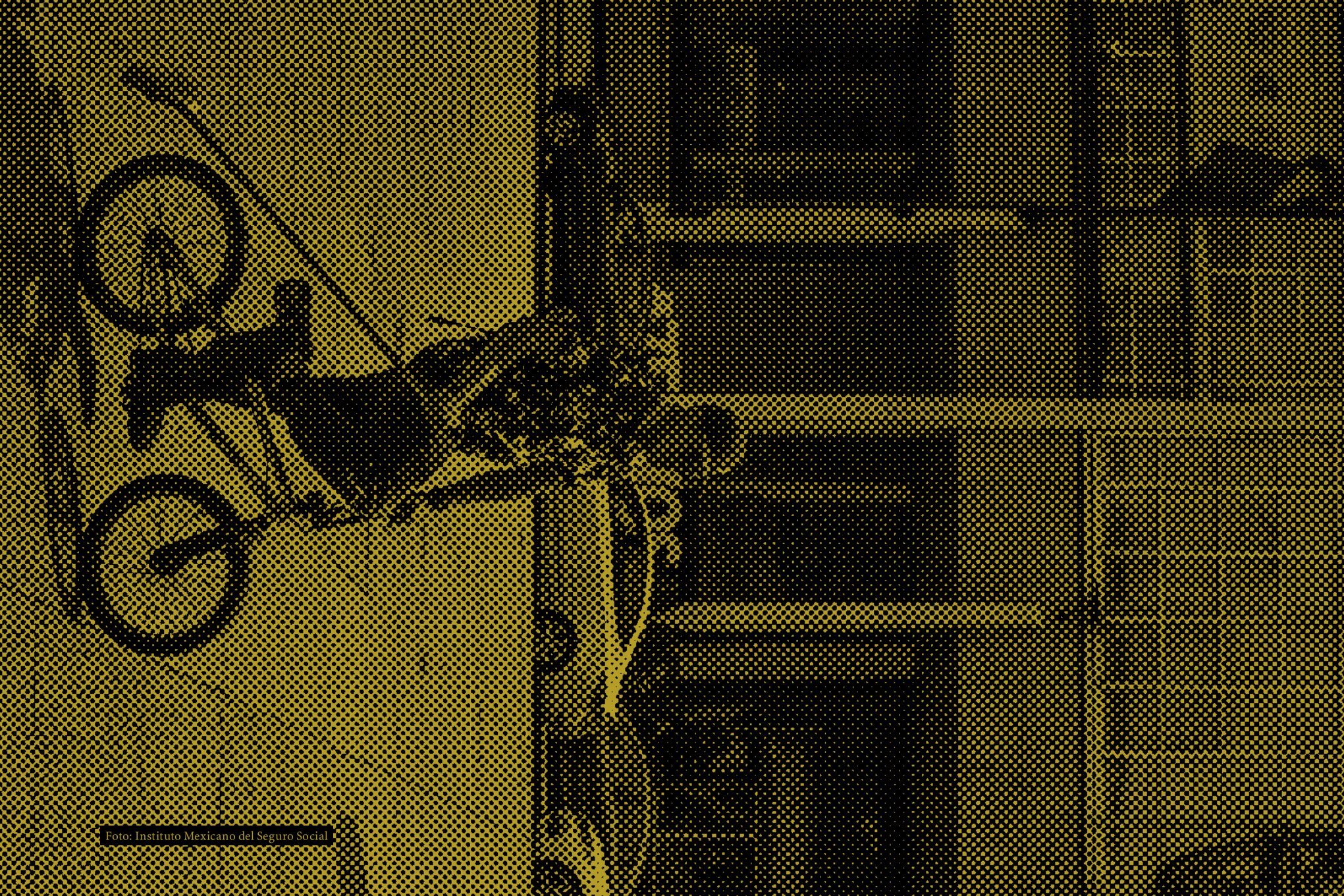


Foto: Instituto Mexicano del Seguro Social

La seguridad social es un derecho humano reconocido en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ratificado por México. En el país, el acceso a este derecho se encuentra condicionado a que las personas cuenten con un trabajo formal, sin embargo en la actualidad, 59.1% de las personas están empleadas de manera informal; 29 de cada cien mujeres ocupadas pertenecen al sector informal.[1] Lo anterior implica que dicha parte de la población no cuenta con acceso a servicios de atención a la salud, o bien, en caso de afiliarse a esquemas como el Seguro Popular de Salud, carecen de acceso a prestaciones como licencias de maternidad, licencias de paternidad y estancias infantiles. Así, quienes trabajan en el sector informal enfrentan la ausencia de protecciones laborales y de seguridad social, además de condiciones adicionales de discriminación y violaciones a derechos humanos y los efectos de la falta de políticas de corresponsabilidad en el sector formal.

1 INEGI, *México: Nuevas estadísticas de informalidad laboral*, México, diapositiva 9, 2018. Disponible en http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/encuestas/hogares/regulares/enoe/

5.1
SITUACIÓN EN MÉXICO

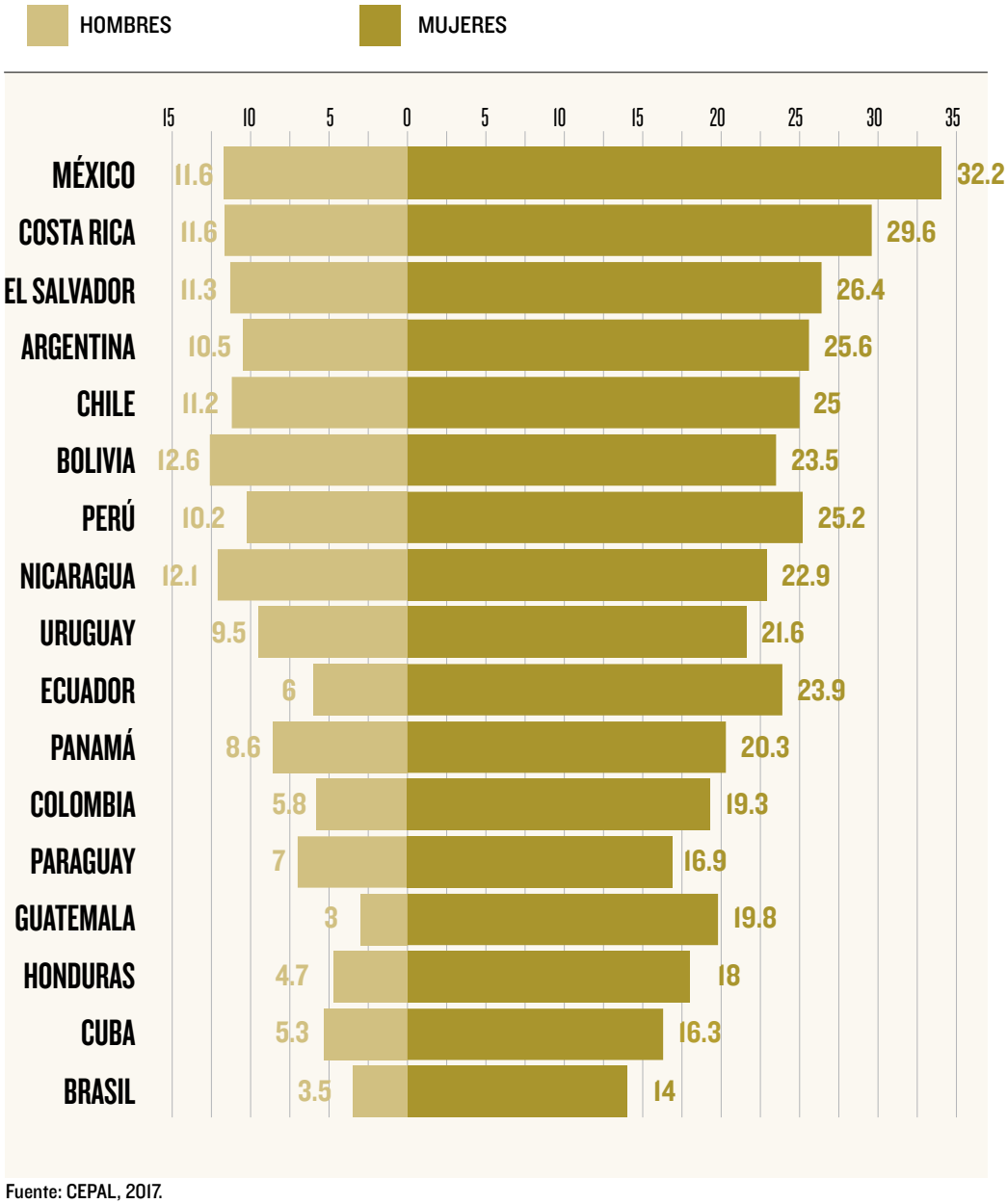
De acuerdo con datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL),[2] México es el país de América Latina en el que las mujeres destinan mayor porcentaje de tiempo al trabajo doméstico y de cuidados en comparación con los hombres. El hecho de que estas labores recaigan en mayor medida en las mujeres implica que con frecuencia enfrenten una doble o triple jornada que no es remunerada ni reconocida. A la vez, es necesario considerar que tanto en México como en la región predomina un esquema de protección social directamente ligado al empleo.[3] Este panorama se traduce en un ciclo en el que las mujeres, al ser consideradas las principales encargadas de estas tareas, no puedan tomar empleos formales. Así, se ven orilladas a emplearse en trabajos que les permitan atender las labores de cuidado, que suelen encontrarse en el sector informal, sin prestaciones laborales y con frecuencia en condiciones precarias.

2 CEPAL. *Estudio Económico de América Latina y el Caribe. La dinámica del ciclo económico actual y los desafíos de política para dinamizar la inversión y el crecimiento*. 2017. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_633654.pdf

3 *Ibíd*.

PORCENTAJE DEL DÍA DEDICADO AL TRABAJO DOMÉSTICO Y DE CUIDADOS

2017



Fuente: CEPAL, 2017.

Ante esta situación, se hace necesaria la implementación de medidas como el acceso universal a estancias infantiles, servicios de salud, pensiones, incapacidades médicas y licencias de maternidad, de paternidad y parentales acordes a los estándares de derechos humanos. A la par de lo anterior, es fundamental que el Estado tome medidas encaminadas a promover la participación igualitaria de los hombres en las tareas domésticas y de cuidados.

A. LICENCIAS

El artículo 4 de la Convención 183 de la Organización Internacioonal del Trabajo (OIT) estipula una duración de licencias de maternidad por 14 semanas. Por su parte, la Recomendación No. 191 (documento que complementa a la Convención) establece que "Los Miembros deberían procurar extender la duración de la licencia de maternidad, mencionada en el artículo 4 del Convenio, a dieciocho semanas, por lo menos".[4] A nivel mundial, ha habido una tendencia a establecer licencias de maternidad con periodos que empatan o exceden el estándar establecido por la OIT. De hecho, el promedio de tiempo que se otorga por parte de los Estados miembros de la OCDE es de 32.2 semanas.

Sin embargo, el hecho de que el Estado mexicano continúe sin ratificar el Convenio 183 de la OIT —que data del 2000—, revela su desinterés por garantizar los derechos reproductivos de las mujeres en el trabajo. La duración de las licencias de maternidad en México, 12 semanas, se encuentra muy por debajo de los estándares internacionales.

En la actualidad, el artículo 170 de la Ley Federal del Trabajo (LFT) en México otorga a las mujeres (excepto a las que trabajen en el sector público) 12 semanas de descanso con goce de sueldo (seis previas al parto y seis posteriores al mismo), pero permite que transfieran cuatro de las semanas previas al parto para después del mismo, si su estado de salud lo permite. También concede licencias de seis semanas en caso de maternidad por adopción.

La Ley establece además que las mujeres tienen derecho a percibir un subsidio en dinero igual al cien por ciento del último salario durante su licencia (artículo 101). Para que el IMSS cubra ese subsidio, la mujer debe haber cotizado por al menos 30 semanas anteriores a la licencia, de lo contrario quedará a cargo del patrón el pago del salario íntegro. Esta distinción entre quienes han cotizado 30 semanas y quienes no lo han hecho podría ser uno de los motivos para que las y los patrones recurran a la práctica discriminatoria de solicitar certificados de ingravidez al momento de la contratación. Además, todo lo anterior depende de que las mujeres sean derechohabientes del seguro social; es decir, que cuenten con un empleo formal que brinde todas las prestaciones de ley. Quienes trabajan en el sector informal no cuentan con ningún tipo de protección a este respecto.

Por su parte, la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado (LFTSE) que establece el marco para aquellas personas afiliadas a esquemas de seguridad social del Estado como ISSSTE, PEMEX y el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM) otorga un mes de descanso por maternidad antes de la fecha fijada para el parto, y dos meses después de éste. Sin embargo, no prevé la posibilidad de transferir semanas previas al parto al periodo posnatal (artículo 28). Es indispensable que las trabajadoras del Estado cuenten con una mayor flexibilidad en el uso de las semanas para emplearlas en el mayor beneficio de su cuidado tras el parto y el de su hija o hijo recién nacido. La decisión debería poder tomarse de acuerdo a las necesidades de cada mujer o familia.

4 OIT, *Recomendación 191 sobre la protección de la maternidad*, 2000, artículo 1.1. Disponible en: https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312529

Respecto a las licencias de paternidad, la LFT establece que es obligación del patrón: "Otorgar permiso de paternidad de cinco días laborales con goce de sueldo, a los hombres trabajadores, por el nacimiento de sus hijos y de igual manera en el caso de la adopción de un infante" (artículo 132 fracción XXVII BIS). La LFTSE aún no contempla este tipo de licencias, pero aplica de manera supletoria la LFT. Por su parte, la Ley del ISSSTE se reformó en 2013, para cubrir estos cinco días de permiso a los derechohabientes. La Ley del Seguro Social no ha sido reformada y, en el caso de las personas derechohabientes del IMSS, los cinco días que otorga la LFT deben ser cubiertos por el empleador. Puede concluirse, por lo tanto, que los trabajadores que son padres sufren una doble discriminación: una significativamente menor duración de su licencia y la ausencia de subsidios públicos para la misma.

La corta duración de la licencia de paternidad refuerza el estereotipo de que las labores de cuidado infantil son responsabilidad principal o exclusiva de las mujeres. Algunas instituciones públicas federales y locales otorgan una licencia mayor a la establecida en dicha legislación, aunque insuficiente considerando el promedio de semanas otorgadas por países de la OCDE, de 4.3 semanas.[5]

5 The Economist, "Daily chart. The best -and worst-places to be a working woman", 3 de marzo de 2016. Disponible en: www.economist.com/blogs/graphicdetail/2016/03/daily-chart-0?fsrc=scn/fb/te/bl/ed/thebestandworstplacestobeaworkingwoman

INSTITUCIONES PÚBLICAS FEDERALES	
Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación	10 días hábiles
Instituto Nacional de las Mujeres	
Instituto Nacional de Desarrollo Social	

INSTITUCIONES PÚBLICAS LOCALES	
Tribunales Contencioso Administrativos del estado de México	10 días
Tribunales Contencioso Administrativos del estado de Oaxaca	
Municipio de Guadalajara	
Gobierno de Quintana Roo	
Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal	Tres semanas, aunque puede ampliarse a cinco semanas en caso de complicaciones en la salud de hijas, hijos o de la madre, que requieran atención médica hospitalaria, si la madre fallece en el parto; si se trata de embarazos múltiples; o si las hijas o hijos nacen con alguna discapacidad
Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación de la Ciudad de México (COPRED)	30 días

Fuente: GIRE, *Horas hábiles*, 2017.

Si México pretende ubicarse en el estándar con sus socios en esta Organización, tendría que aspirar al menos a este promedio o bien a un esquema como el de las licencias parentales, permisos concedidos en algunos países en los que la pareja determina cómo manejará el periodo del que disponen, que no están aún previstas en la legislación mexicana.

LICENCIAS DE MATERNIDAD Y PATERNIDAD EN EL MUNDO

SEMANAS DE LICENCIA

MATERNIDAD | PATERNIDAD

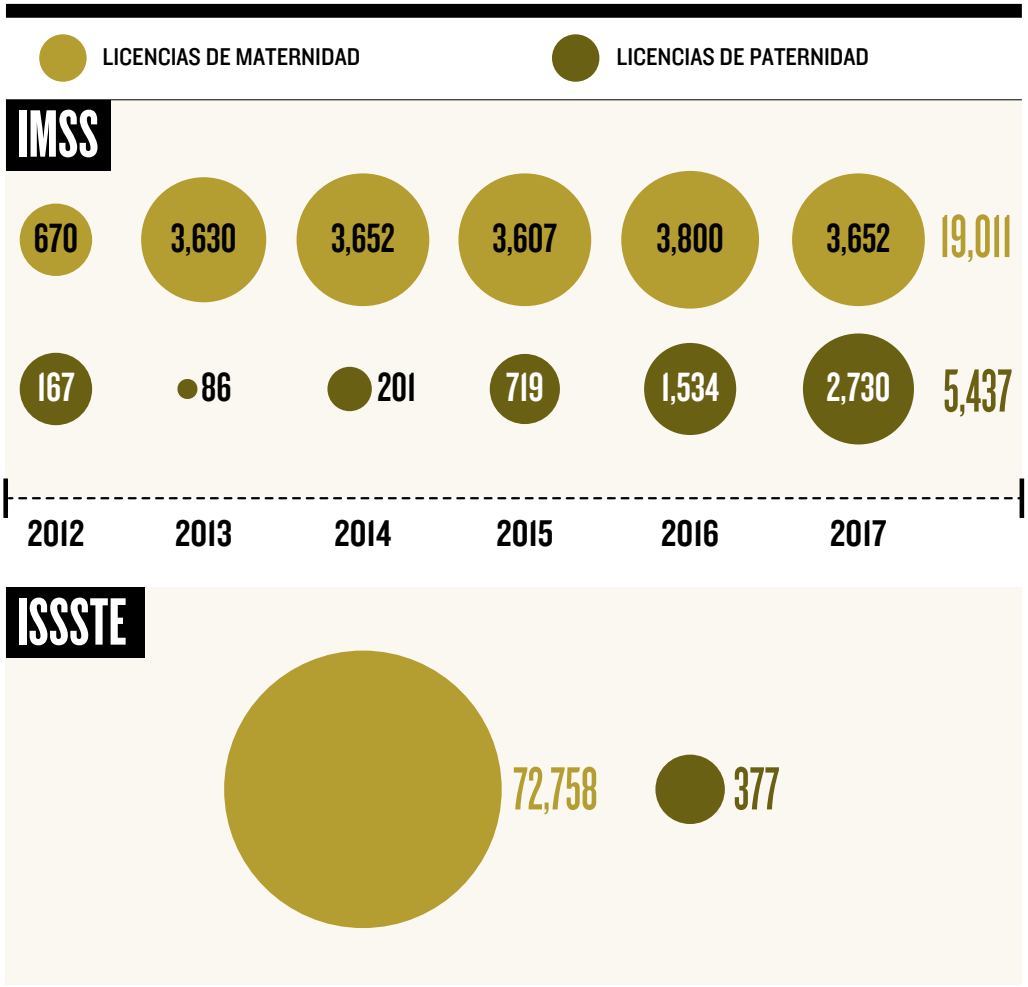
Fuente: Elaboración de GIRE con base en The Economist, marzo 2016 / GIRE, Horas hábiles, 2017 / OIT–PNUD, 2009.

NORUEGA: 45.5
NORUEGA: 9.9
SUECIA: 7.6
ESLOVAQUIA: 52.5
AUSTRIA: 52.1
HUNGRÍA: 71.1
REP. CHECA: 56.3
COREA DEL SUR: 16.1
PORTUGAL: 11.5
JAPÓN: 30.4

A la insuficiencia de los periodos de licencia otorgados por la legislación mexicana se suma la falta de garantía de estas prestaciones, así como los obstáculos formales e informales que pueden existir dentro de los esquemas laborales para solicitarlas. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (ENESS) 2013, 50.1% de las mujeres entre 15 y 49 años que requirieron atención por un embarazo o parto en ese año no obtuvieron licencia por maternidad,[6] lo cual constituye una violación a sus derechos humanos. Para conocer el número de licencias de maternidad y paternidad otorgadas por las principales instituciones de seguridad social, GIRE realizó solicitudes de acceso a la información pública.

LICENCIAS OTORGADAS

2012-2017



Fuente: Elaboración de GIRE con base en solicitudes de acceso a la información pública.

6 INEGI, *Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social* 2013, p. 54. Al respecto, vale la pena destacar que la legislación mexicana contempla tanto licencia de maternidad como esquemas de incapacidad relacionados con complicaciones del embarazo y el parto, pero no la existencia de días de descanso o incapacidad relacionados de manera explícita con procesos de aborto.

La información disponible no permite estimar si el número de licencias reportado corresponde con el porcentaje de mujeres y hombres asegurados en cada esquema que hayan tenido hijas o hijos en determinado año. Sin embargo, en las respuestas de ambas instituciones es notable la brecha entre la cantidad de licencias que se brindan a padres y madres. Aunque los datos proporcionados por el IMSS permiten dar cuenta de un aumento en el número de licencias de paternidad año con año, aún persiste una brecha relevante entre éstas y las licencias de maternidad. Los datos proporcionados por el ISSSTE no fueron desagregados por año, por lo que no permiten detectar incremento alguno en la cantidad de licencias otorgadas en el tiempo. Sin embargo, el contraste entre la cantidad de licencias de paternidad y maternidad es alarmante y sugiere que el menor involucramiento de los hombres en el cuidado de las personas recién nacidas sigue siendo la norma, así como la presencia de barreras informales para el uso de dicha prestación.

Por último, debe señalarse que las licencias contempladas en la legislación actual parten de una visión heteronormada de la vida familiar y reproductiva de las personas, que da por sentada la conformación de familias compuestas por un hombre y una mujer, así como la presencia de hijas e hijos biológicos. Bajo la legislación actual, existe una falta de claridad respecto a la manera en que las parejas del mismo sexo pueden acceder a los distintos tipos de prestaciones de seguridad social. Por ejemplo, en el caso de una pareja de mujeres, la gestante tendría acceso a una licencia de maternidad, pero su pareja no podría solicitar una prestación equivalente para cuidar de la o el recién nacido. En este sentido, destaca también la ausencia de una licencia en caso de adopción en la LFTSE. Aunque existen entes públicos que otorgan este tipo de licencias (como la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal), su falta de regulación deja en desventaja a las y los trabajadores del Estado que no pueden acceder a esta importante prestación, incluyendo, por ejemplo, a las parejas del mismo sexo o las personas solteras que optan por este tipo de conformación familiar. Así, el marco normativo y de política pública en México debe reconocer y proteger a la variedad de familias que existen en el país y garantizar su acceso a prestaciones de seguridad social sin discriminación.

B. ESTANCIAS INFANTILES

En muchas ocasiones, la responsabilidad del cuidado de niñas y niños en México recae en terceros: del total de menores de cero a seis años cuidados por personas que no son sus padres, 51.2% son cuidados por sus abuelas, mientras que 11.3% asisten a estancias infantiles o guarderías públicas, 4.3% asisten a guarderías privadas y 33.3% se encuentran bajo el cuidado de otras personas.[7]

Las madres y los padres en México deben contar con las condiciones para poder garantizar el cuidado de sus hijos e hijas, de ahí que el Estado se encuentra obligado a atender las situaciones que obstaculizan estos cuidados, en particular aquellas que ponen una carga desproporcionada en las mujeres. Una manera de hacer frente a estas obligaciones son políticas públicas como los subsidios para el cuidado infantil o servicios públicos de cuidado infantil, mismos que pueden ser prestados directamente por el Estado (incluidas las administraciones locales) o bien, por medio del sector privado, a través de subsidios y reglamentación públicos.[8]

7 INEGI, Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2013, *op. cit.*, p. 56.
8 Banco Mundial, Informe 2012, pp. 26-27.

El acceso a estancias para el cuidado infantil se encuentra establecido en el artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos:

> **Apartado A:**
> XXIX. Es de utilidad pública la Ley del Seguro Social, y ella comprenderá seguros de servicios de guardería y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares;
> **Apartado B:**
> XI. La seguridad social se organizará conforme a las siguientes bases mínimas:
> c) Las mujeres disfrutarán del servicio de guarderías infantiles.

La LFT, la Ley del Seguro Social, la LFTSE y el artículo constitucional previamente citado establecen la prerrogativa de sus derechohabientes a acceder a servicios de cuidado infantil a través de sus instituciones de seguridad social: el IMSS y el ISSSTE. Dichas leyes, así como su normativa reglamentaria establecen los criterios para el acceso a estos servicios, así como las diferentes modalidades en las que se ofrece (prestación directa o subrogada). Otras instituciones públicas también ofrecen estos servicios bajo diferentes modalidades, tales como la Sedesol, PEMEX, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF), la Secretaría de Educación Pública (SEP) y el ISSFAM.

La Ley del Seguro Social establece que tendrán acceso al servicio de estancias infantiles las mujeres trabajadoras y, solo de forma excepcional, los padres trabajadores viudos, divorciados que ejercen la custodia exclusiva de sus hijos y no han contraído matrimonio nuevamente, o que por resolución judicial tengan la custodia de un menor al que no puedan proporcionar atención y cuidados. Esta regulación reproduce la idea de que las responsabilidades de cuidado, en particular de niñas y niños, corresponden a las mujeres. En respuesta, GIRE ha acompañado casos de personas y familias que han enfrentado negación de acceso a estancias infantiles por dichos criterios, buscando un cambio en la legislación que contribuya a la corresponsabilidad en el cuidado de las hijas e hijos.

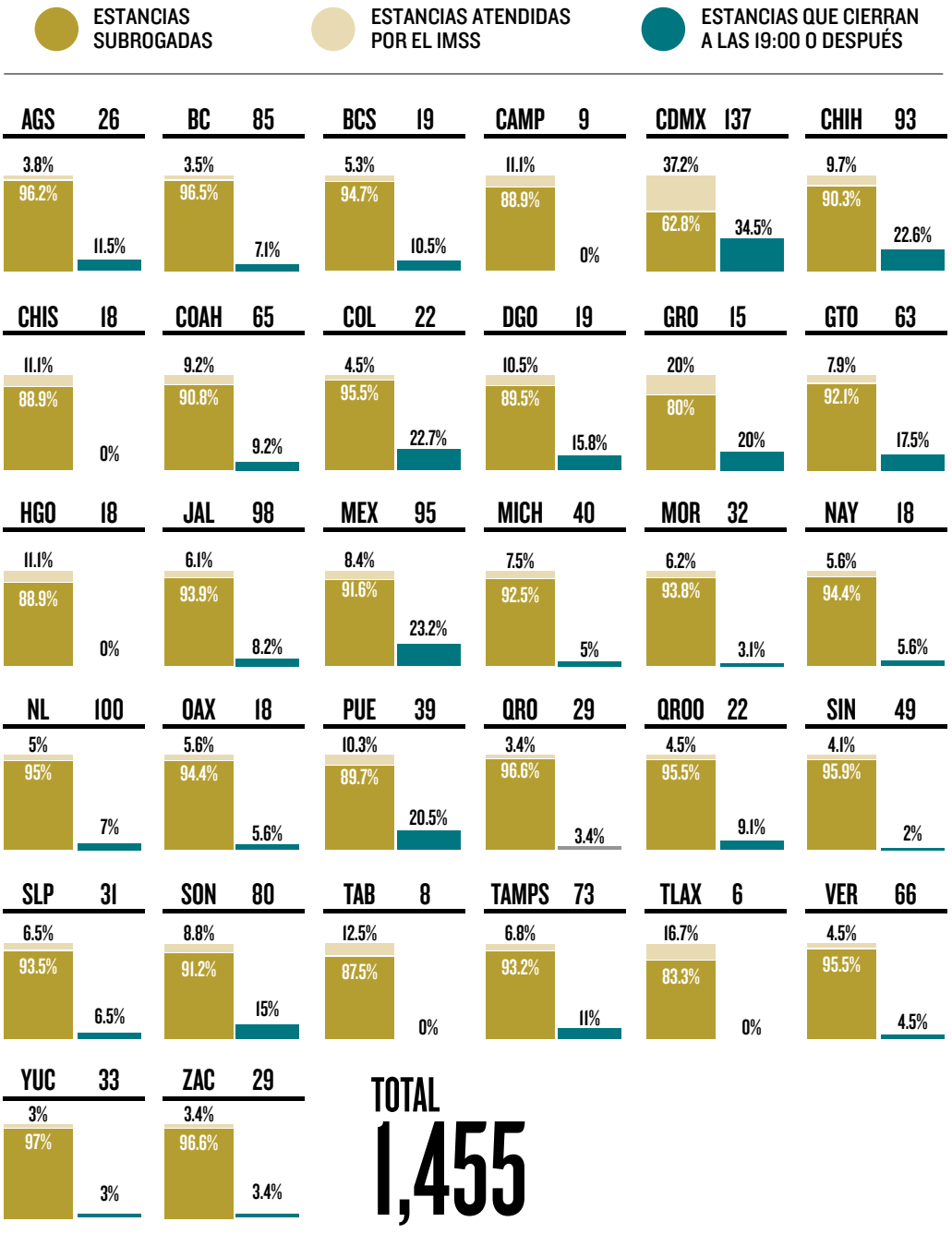
La oferta pública de servicios de cuidado infantil en México creció de manera considerable a partir de la década de 1990. De 2006 a 2011 el número de guarderías o estancias infantiles del IMSS, ISSSTE y Sedesol aumentó 599% y el número de niñas y niños atendidos aumentó 200%. Este rápido crecimiento se puede explicar por tres situaciones: a) hubo un cambio en las reglas de financiamiento de servicios de guarderías por parte del IMSS; b) se adoptaron nuevos modelos para la prestación del servicio por parte del ISSSTE y del IMSS, y c) surgió un nuevo "proveedor" (o muchos nuevos proveedores) de servicios a través de la Sedesol. La Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil denomina "Centros de Atención" a los "espacios, cualquiera que sea su denominación de modalidad pública, privada o mixta, donde se prestan servicios para la atención, cuidado y desarrollo integral infantil en un marco de ejercicio pleno de los derechos de niñas y niños desde los cuarenta y tres días de nacido" (art. 8.1). Existen servicios de instituciones para el cuidado infantil ofrecidos directamente por el Estado, otros de carácter privado y otros más en esquemas mixtos. Algunas empresas o lugares de trabajo ofrecen estos servicios como parte de sus prestaciones.

Por medio de solicitudes de acceso a la información realizadas por GIRE, se conoce que, de diciembre 2012 a noviembre de 2017, el IMSS reportó contar con mil 455 estancias infantiles en todo el país, de las cuales opera 142 de manera directa y mil 313 son subrogadas. Esto se traduce en que, a nivel nacional, existen 5.4 guarderías por cada cien mil derechohabientes del IMSS, lo cual podría indicar una insuficiencia de infraestructura para el cuidado infantil.[9]

9 Tasa calculada con base en los totales de derechohabientes del IMSS al primer mes de 2018. Esta información, sin embargo, requeriría conocer la capacidad real de cada guardería, así como la distribución geográfica de las personas derechohabientes con hijas e hijos. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/Sistemas/BIE/Default.aspx?idserPadre=10100290

ESTANCIAS INFANTILES DEL IMSS POR ENTIDAD

2012 - 2017



Fuente: Elaboración de GIRE con base a solicitudes de acceso a la información pública.

Los datos proporcionados por el IMSS permiten ver que las entidades con mayor número de estancias son: Ciudad de México, Nuevo León, Jalisco, México y Chihuahua; mientras que las entidades con menos estancias son: Tlaxcala, Tabasco, Campeche, Guerrero, Chiapas, Hidalgo y Nayarit. Sin embargo, la ausencia de información sobre la capacidad de cada guardería no permite estimar realmente la brecha que hay entre los servicios disponibles y la posible demanda existente, así como conocer algunas de las barreras para el uso de estos servicios.

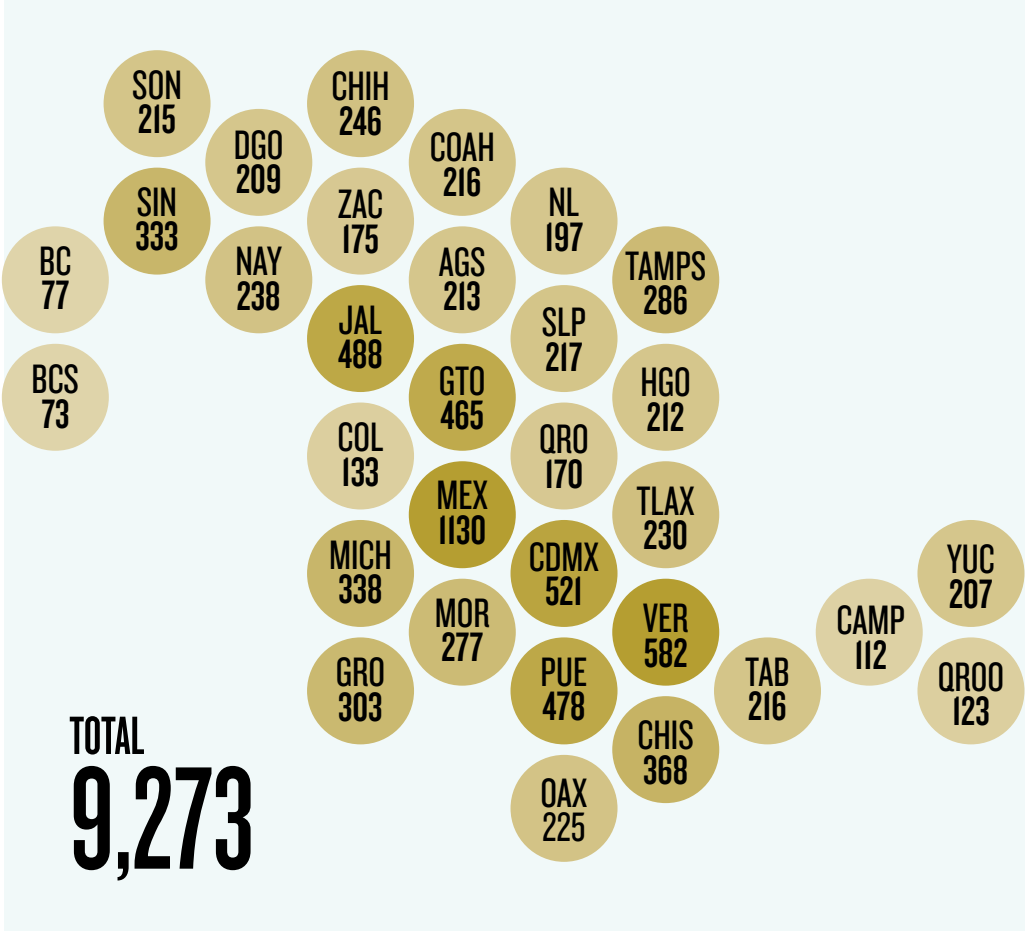
Además, resultan notorias las diferencias de horarios disponibles en cada estancia infantil —en particular la hora de cierre—, lo que puede impactar de manera significativa en el acceso de las personas cuyos horarios de trabajo no permitan hacer uso de estos servicios, y que puede tener como consecuencia perpetuar desigualdades existentes entre las personas aseguradas, en particular, las mujeres. No obstante, mientras que los horarios extendidos en las estancias infantiles pueden contribuir a dar un mayor acceso a personas que, por ejemplo, trabajen en turnos largos o vespertinos, éstos no deben de sustituir la obligación del Estado por garantizar que la duración de las jornadas laborales no sea excesiva, práctica común en México, donde los empleos se caracterizan por la larga duración de sus jornadas. En efecto, las personas en México dedican más tiempo al trabajo asalariado que la mayoría de personas en otros países de la OCDE, y México ocupa el segundo lugar más bajo en tiempo de descanso pagado, entre el mismo grupo de países. A ello hay que añadir la desigual distribución del trabajo no remunerado en el hogar, cuyo impacto recae en mayor medida sobre las mujeres.[10] Por lo tanto, la falta de corresponsabilidad entre la vida laboral y la personal debe abordarse a través de medidas integrales y no considerar que el aumento del número de estancias con horarios extendidos es una solución por sí misma.

De acuerdo con las respuestas a las solicitudes de acceso a la información realizadas por GIRE al ISSSTE, de diciembre de 2012 a noviembre de 2017 se contaba con 242 estancias, de las cuales, 123 eran operadas por el Instituto y 119 eran subrogadas. Sin embargo, la información proporcionada por esta institución no fue desagregada por entidad federativa, y estos datos difieren notablemente de los obtenidos directamente de los directorios del ISSSTE, donde se afirma que existen 9 mil 273 estancias infantiles en el país,[11] distribuidas como se muestra a continuación. En este caso también se desconoce la capacidad de cada estancia, por lo que no es posible inferir si la infraestructura resulta suficiente para la población de derechohabientes que podrían requerir dichos servicios.

10 OCDE, *Construir un México inclusivo. Políticas y buena gobernanza para la igualdad de género,* 2017, p.31. Disponible en: www.oecd.org/centrodemexico/medios/Estudio%20G%C3%A9nero%20M%C3%A9xico_CUADERNILLO%20RESUMEN.pdf

11 Disponible en www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/396423/directorio_responsables_ei_sept2018.pdf [consulta el 23 de septiembre de 2018].

ESTANCIAS INFANTILES DEL ISSSTE POR ENTIDAD FEDERATIVA



Fuente: Elaboración de GIRE con información de los directorios del ISSSTE.

Foto: Cuartoscuro

Las obligaciones del Estado con respecto a los servicios de seguridad social no se limitan a asegurar que éstos sean suficientes en el sentido de que respondan a la demanda poblacional de sus asegurados, sino también en garantizar la accesibilidad y calidad de los mismos. La gráfica de estancias infantiles del IMSS permite vislumbrar la notoria cantidad de estancias infantiles subrogadas, en contraste con aquellas administradas directamente por el Instituto. En este sentido, es importante destacar que el Estado está obligado a mantener una vigilancia adecuada en torno al estado que guardan las instalaciones de servicios subrogados, garantizar un número adecuado de personal capacitado y, en general, asegurarse de la seguridad de los menores bajo su cuidado, ya sea en guarderías operadas por una institución pública o por terceros. El caso de la guardería ABC es un ejemplo doloroso e indignante de un Estado omiso en el cumplimiento de dichas obligaciones.

ESTANCIAS INFANTILES DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DERECHOS HUMANOS

El Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, al resolver el caso de la muerte de 49 niñas y niños en la Guardería ABC, desarrolló alcances y contenido del derecho a la seguridad social, dejando claro que los "servicios de guardería", o de cuidado infantil, son parte de este derecho, atribuible tanto a los adultos como a los niños:

> Detrás de los derechos sociales está la idea de que el Estado debe contribuir a proporcionar a los ciudadanos un piso común de bienestar material que les permita llevar a cabo los planes de vida que elijan. Al mismo tiempo, el derecho a la seguridad social nace de la preocupación de la sociedad por buscar que todos los individuos tengan un mínimo de bienestar que les asegure una vida digna.
>
> En efecto, diversos ordenamientos internacionales reconocen expresamente el derecho a los servicios de guardería no solo como un derecho de seguridad social cuyos titulares son los adultos, sino también como un derecho de los niños.

Así, el Estado tiene que garantizar tanto el acceso a estos servicios, como que la prestación de los mismos se brinde bajo los más altos estándares de calidad y seguridad. Las autoridades competentes deben asegurarse de que en la prestación del servicio de cuidado infantil se cumpla con las siguientes obligaciones:

- Aplicar todo el marco normativo generado para el debido funcionamiento de las estancias de cuidado infantil.
- Garantizar que éstas sean seguras, que no expongan a los niños a riesgos que comprometan el ejercicio pleno de sus derechos.
- Asegurarse de que las mismas cuenten con personal competente y debidamente preparado.
- Supervisar el debido funcionamiento de las estancias infantiles y vigilar que se cumplan los estándares de calidad.

Es fundamental que el Estado mexicano realice una evaluación a nivel nacional de la situación en la materia con miras a trazar una política pública comprehensiva y eficaz. Dicha política debería orientarse a que todas las madres y padres tengan acceso a alguna institución de cuidado infantil pública o privada y que sean accesibles en condiciones de igualdad: asequibles material y económicamente; que cuenten con programas de estimulación y aprendizaje adecuados y de calidad, con condiciones de seguridad garantizadas y que se adapten a las necesidades de las y los trabajadores y sus hijos.

RECOMENDACIONES DE LOS COMITÉS DESC Y CEDAW A MÉXICO

En marzo y en julio de 2018, los comités DESC y CEDAW examinaron, respectivamente, al Estado mexicano en torno al cumplimiento de sus obligaciones derivadas del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y de la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer.

El Comité DESC señaló los siguientes motivos de preocupación:

Preocupa al Comité que el sistema de protección social del Estado parte esté fragmentado por sectores y estrechamente vinculado a la formalidad en el empleo, dejando a un número significativo de personas, como trabajadores informales, trabajadores independientes fuera del sistema de protección social y personas, especialmente mujeres, que realizan trabajos domésticos y de cuidado no remunerados (art. 9).

Preocupa al Comité que alrededor de 57% de los trabajadores labora en el sector informal de la economía, y por lo tanto no están debidamente protegidos por la legislación laboral ni el sistema de protección social (arts. 6, 7 y 9).

Preocupa al Comité las dificultades que enfrentan las mujeres para incorporarse al mercado laboral, quienes tienen una tasa de participación laboral significativamente más baja con relación a la de los hombres. Asimismo, le preocupa la información sobre las prácticas discriminatorias que enfrentan las mujeres en el ámbito laboral, como la exigencia de pruebas de embarazo al momento de su contratación, y la persistente brecha salarial entre hombres y mujeres (arts. 6 y 7).

Y recomendó al Estado mexicano que:

Continúe sus esfuerzos para elaborar un sistema de seguridad social que garantice una cobertura de protección social universal y asegure prestaciones adecuadas a todas las personas, particularmente a las pertenecientes a los grupos más desfavorecidos y marginados, con el objeto de garantizarles condiciones de vida dignas. Asimismo, le insta a intensificar sus esfuerzos en el desarrollo de un piso de protección social que incluya garantías sociales universales esenciales y señala a su atención su Observación General núm. 19 sobre el derecho a la seguridad social (2008) y su Declaración sobre niveles mínimos de protección social: un elemento esencial del derecho a la seguridad social y de los objetivos de desarrollo sostenible, de 2015.

El Comité recomienda al Estado parte que redoble sus esfuerzos para progresivamente disminuir el número de trabajadores que participan en el sector informal de la economía e integrarlos al sector formal, y brindarles acceso a la legislación laboral y a la protección social. Asimismo, le recomienda que incluya sistemáticamente al sector

informal de la economía en las actividades de los servicios de inspección laboral y de salud y seguridad en el trabajo y le remite a sus observaciones generales núms. 18 (2005) sobre el derecho al trabajo, 19 (2009) sobre el derecho a la seguridad social, y 23 (2016) sobre el derecho a condiciones de trabajo equitativas y satisfactorias, así como a su Declaración sobre niveles mínimos de protección social: un elemento esencial del derecho a la seguridad social y de los objetivos de desarrollo sostenible, de 2015 (E/C.12/2015/1).

El Comité recomienda al Estado parte que adopte medidas efectivas para:

a) Aumentar la tasa de participación laboral de las mujeres, incluyendo la posibilidad de adoptar una política de cuidado, que logre un reparto más equitativo de las labores de cuidado entre hombres y mujeres;

El Comité alienta al Estado parte a que continúe sus esfuerzos para lograr una igualdad sustantiva entre hombres y mujeres en todos los ámbitos. En particular le recomienda que:

a) Adopte medidas efectivas para combatir los estereotipos de género en la familia y la sociedad, entre otras cosas, mediante campañas de sensibilización sobre el reparto equitativo de las responsabilidades familiares entre hombres y mujeres y sobre la igualdad de oportunidades de carrera como resultado de la educación y la formación en materias distintas de aquellas en que tradicionalmente predominan uno u otro de los sexos.

Por su parte, el Comité CEDAW externó las preocupaciones siguientes:

La distribución desigual del trabajo doméstico y asistencial entre las mujeres y los hombres y los breves períodos de licencia de paternidad, que obligan a muchas mujeres a aceptar empleos de bajos ingresos a tiempo parcial en el sector informal;

El hecho de que el sistema de seguridad social no proteja adecuadamente a las mujeres por su participación en el trabajo asistencial no remunerado y porque muchas están empleadas en la economía informal.

Y recomendó:

Vigile y haga cumplir las leyes de protección y promoción de las licencias de maternidad; aumente los incentivos para que los hombres ejerzan su derecho a la licencia parental y agilice la aprobación de la política nacional de cuidado para ofrecer servicios de guardería suficientes y adecuados; aumente el acceso de las mujeres al sistema nacional de seguridad social y elabore programas coordinados de protección social e indemnización destinados a las mujeres.

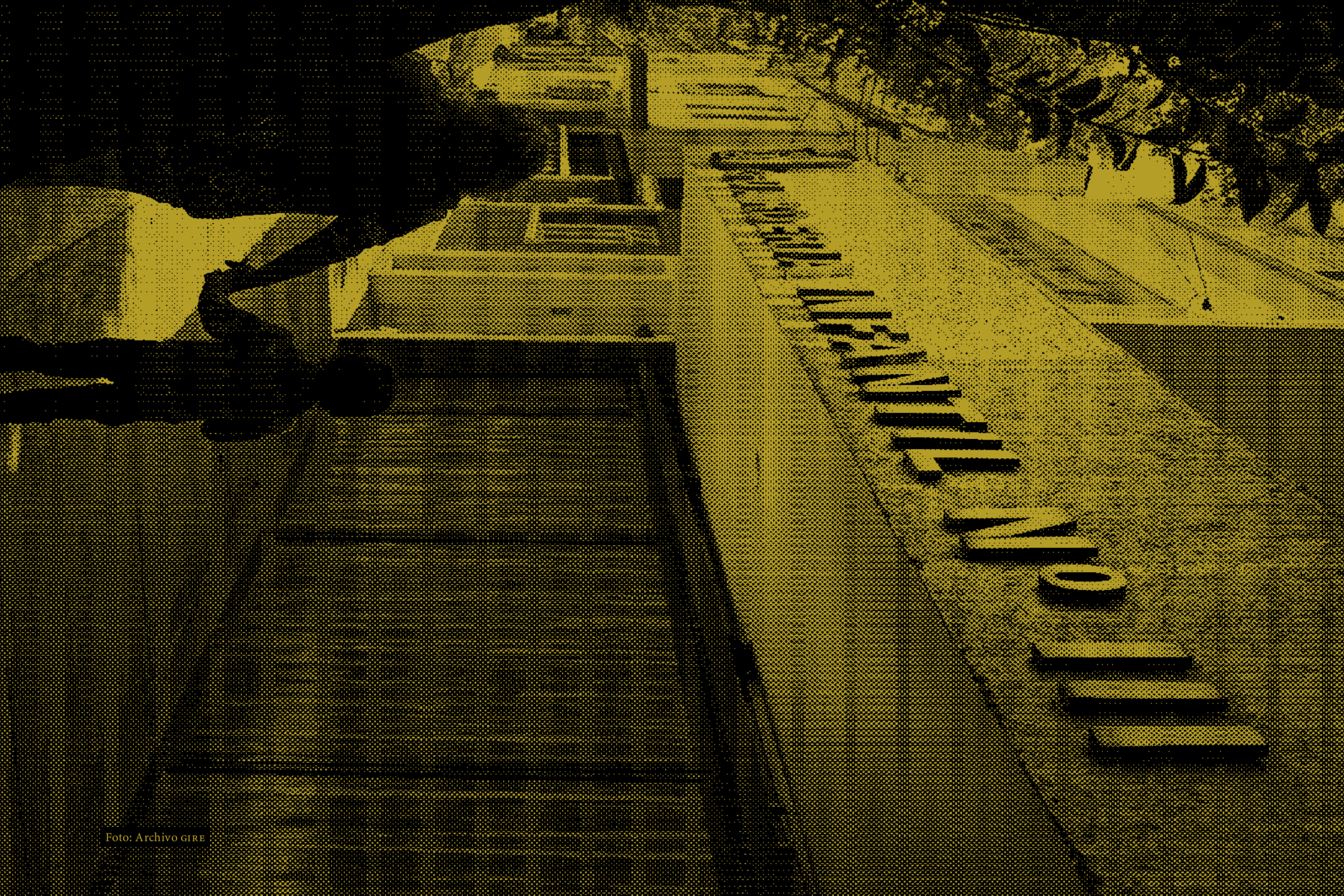


Foto: Archivo GIRE

5.2
ACCESO A LA JUSTICIA

El acceso a servicios y prestaciones de seguridad social, como las estancias infantiles, implica el ejercicio de una serie de derechos humanos, entre ellos a la seguridad social, a la igualdad y a la no discriminación. La garantía de estos derechos incluye el acceso, la regulación e implementación de políticas públicas para ofrecer este tipo de prestaciones laborales a quienes llevan a cabo actividades laborales remuneradas y no remuneradas.

Sin embargo, los criterios de acceso a servicios de estancias infantiles vigentes en México implican una discriminación basada en estereotipos de género que no permite la corresponsabilidad en el cuidado de los hijos e hijas y que frecuentemente obliga a las mujeres a encargarse de manera exclusiva de dichos cuidados, llevando a cabo una doble o triple jornada y teniendo que recurrir a trabajos precarios o mal remunerados para hacer frente a dicha situación. Ante casos como éstos, GIRE ha optado por recurrir al juicio de amparo como una forma de lograr un cambio estructural, así como el acceso a la justicia para las familias que acompaña.

GERMÁN Y NADIA

CIUDAD DE MÉXICO

Germán y Nadia tienen un hijo que actualmente tiene cinco años. Germán tiene un empleo formal, y es derechohabiente del IMSS. Nadia, su esposa, se dedica al hogar, por lo que no se le reconoce acceso a seguridad social.

En 2016, Germán ubicó las guarderías más cercanas a su domicilio y preguntó los requisitos para tramitar el acceso de su hijo a las mismas. Entonces descubrió que el marco legal no se lo permitiría, pues la Ley del Seguro Social, en su artículo 201, solo contempla el acceso al servicio a los hombres viudos o divorciados con la patria potestad de sus hijos o hijas, supuesto en el que Germán no se encontraba.

Germán y Nadia, acompañados por GIRE, acudieron al Departamento de Guarderías de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Económicas y Sociales de la Delegación Norte del IMSS, en donde les confirmaron que, de acuerdo con la normativa, Germán no tenía acceso al servicio, pero que recibirían la solicitud para acceder al servicio de estancias infantiles del seguro social como padre trabajador asegurado. Días más tarde, la dependencia emitió un oficio mediante el cual negaron la petición de Germán.

Ante esta negativa, Germán, por derecho propio y en representación de su hijo, decidió, junto con Nadia, promover un juicio de amparo indirecto en contra de las autoridades responsables por la negación de acceso a su hijo a la estancia infantil, así como por la inconstitucionalidad de los criterios de acceso a la misma y la ausencia de normas que permitan garantizar el acceso efectivo y acorde con los derechos humanos a estos servicios de seguridad social para los derechohabientes del IMSS. El Juzgado Segundo de Distrito en Materia de Trabajo en la Ciudad de México resolvió conceder el amparo contra la disposición discriminatoria de la Ley del Seguro Social, con el efecto de que el Departamento de Guarderías otorgara el servicio a Germán en las mismas condiciones en las que lo brinda a las mujeres trabajadoras aseguradas.

El caso de Nadia y Germán no es aislado. Muchas mujeres que se dedican al hogar o que pertenecen al sector informal requieren de un tercero que cuide a sus hijos mientras ellas trabajan. El hecho de que el acceso a este derecho sea exclusivo para madres aseguradas o para padres en condiciones excepcionales sugiere la presunción de que una mujer que no está en una unidad de trabajo formal no tiene más obligación que hacerse cargo del cuidado de sus hijos e hijas. Lo anterior, además de ser violatorio del derecho a la igualdad y a la no discriminación, implica una serie de dificultades para las mujeres, empezando por la imposibilidad de emplearse o la necesidad de hacerlo en condiciones precarias.

Las fallas en el acceso a prestaciones de seguridad social para las mujeres en México no se relacionan solamente con la insuficiencia de los plazos o requisitos establecidos en la legislación con respecto a los estándares internacionales y las obligaciones de derechos humanos que el Estado está obligado a cumplir, sino también con problemas de implementación, en los que el Estado es omiso en garantizar incluso aquellas prestaciones mínimas establecidas por ley. Éste es el caso de las licencias de maternidad, en las que a los plazos insuficientes establecidos en la legislación se suman las ocasiones en que las mujeres se ven enfrentadas a obstáculos formales o informales para acceder a este derecho, como lo muestra el caso de Vanessa.

VANESSA

COAHUILA, 2015

En noviembre de 2015, Vanessa, de 27 años de edad, se enteró de que estaba embarazada. Cuando tenía 29 semanas de gestación, su médico particular le diagnosticó preeclampsia severa, y la refirió a la Unidad de Medicina Familiar (UMF) 73 del IMSS en Saltillo para solicitar una incapacidad. Esperó más de 12 horas al ginecólogo que la firmaría. Durante este tiempo permaneció sentada en una banca sin tomar agua ni ingerir alimentos. A pesar de que su médico había indicado reposo absoluto por tratarse de un embarazo de alto riesgo, en la UMF le negaron la incapacidad bajo el argumento de que, ante el IMSS, la preeclampsia no es considerada un impedimento para trabajar, y que se cura sola.

Finalmente, le otorgaron la incapacidad por seis días. Pero la preeclampsia se agravó, poniendo en riesgo el embarazo y la vida de Vanessa. Ella acudió a solicitar una ampliación de su incapacidad, pero le respondieron que tendría que haberse "curado" con los seis días de reposo previos. Al día siguiente la internaron en el Hospital de la Concepción en Saltillo para realizar una cesárea de emergencia. La bebé nació pesando 2 kilos y estuvo hospitalizada durante 37 días requiriendo cuidados intensivos neonatales.

Como su hija nació con 31 semanas de gestación y, dado que el IMSS otorga los días de licencia de maternidad a partir de la semana 34, se negaron a darle lo correspondiente a los días previos a su parto y se limitaron a cubrir las semanas de licencia posteriores. Preocupada por los cuidados especiales que requeriría su bebé, Vanessa habló con la subdirectora de la UMF, quien le comentó que debía de regresar antes de que terminara su licencia, con una carta de su médico particular para solicitar las semanas de incapacidad

correspondientes para cuidar a su hija. Así lo hizo, pero le negaron días de incapacidad y le dijeron que solo si internaba a su bebé ahí podían tramitar más días. La niña estaba muy delicada de salud y Vanessa no quería ponerla en riesgo. En su empleo pudo negociar quedarse en casa hasta que la bebé cumpliera seis meses, pero sin goce de sueldo.

Por todo lo anterior, Vanessa, acompañada por GIRE, presentó una queja ante la CNDH. En octubre de 2017, la Comisión llegó a un acuerdo conciliatorio con el IMSS sobre 28 casos de negativa parcial o total de otorgamiento de licencias de maternidad, incluyendo el de Vanessa. El acuerdo reconoce que el IMSS violó los derechos humanos de estas mujeres, y señala la inobservancia del interés superior de la niñez en agravio de los recién nacidos, "por la negativa de reconocer el periodo completo de al menos doce semanas de incapacidad por maternidad."

Sin embargo, la redacción de dicho acuerdo es confusa, pues enmarca a las víctimas en términos de la Ley General de Víctimas, pero ordena una reparación que consta únicamente del pago correspondiente a los días de la licencia que no se hayan otorgado. Asimismo, sugiere que el IMSS valore 14 días extra en virtud de la atención médica que requirieron los recién nacidos. Con esto, la CNDH dio por concluida la queja.

A pesar de que en el caso de Vanessa el IMSS emitió el cheque correspondiente a los 42 días que no se le pagaron, sostiene que no está obligado a cubrir los 14 días correspondientes a los cuidados especiales de su hija. Ella no ha querido aceptar este dinero, porque sabe que con ello quedaría cerrada su queja. GIRE acompaña a Vanessa en la búsqueda de una reparación integral para ella y su hija.

De 2015 a septiembre de 2018, GIRE ha registrado, documentado y acompañado casos tanto de negación de acceso a estancias infantiles, como de licencias de maternidad, buscando identificar los patrones que obstaculizan el ejercicio de los derechos reproductivos en el ámbito de la seguridad social y acompañar a las personas en su búsqueda por la justicia y por una reparación integral por violaciones a derechos humanos.

CASOS REGISTRADOS, DOCUMENTADOS Y ACOMPAÑADOS POR GIRE / 2015–2018

	Estancias infantiles	Licencias de maternidad	Total
Registro	26	5	31
Documentación	3	1	4
Acompañamiento	21	1	22
			59

De los casos acompañados por GIRE en materia de acceso a estancias infantiles, tres han sido resueltos por la SCJN, otorgando el amparo en todos los casos. Al respecto, la Corte ha establecido que el trato diferenciado que implica la negativa de acceso a estancias para las y los hijos de los varones derechohabientes es injustificado y basado en estereotipos de género:

> […] esta diferencia atenta contra la igualdad de derechos que debe regir para toda persona independientemente de su sexo, además de que obstaculiza a los padres trabajadores a gozar del servicio en igualdad de derechos que la mujer trabajadora, colocándolos en una situación de desventaja.
>
> Lo anterior se acentúa, al advertir que este trato diferenciado deriva de la asignación a la mujer del rol de cuidado de los hijos, por el solo hecho de serlo, lo que implica un estereotipo de género, esto es, la preconcepción de que es a la mujer a la que corresponde la responsabilidad de la crianza, la atención y el cuidado de los hijos, sin considerar que ésta es una responsabilidad compartida de los padres, que deben participar en igual medida.[12]

12 Amparo en Revisión 59/2016.

5.3
CONCLUSIONES

La forma en la que la legislación mexicana reconoce prestaciones de seguridad social relacionadas con la vida reproductiva y familiar, además de ser insuficiente a la luz de los compromisos internacionales del Estado mexicano en la materia, genera situaciones concretas de discriminación que recaen en mayor medida en las mujeres.

En general, las normas relativas a licencias de maternidad, paternidad y acceso a estancias infantiles en México se articulan a partir del estereotipo de que las mujeres deben ser las principales responsables del trabajo del hogar y de las labores de cuidado. Esta situación es especialmente notoria en los requisitos de acceso a estancias infantiles, que en la práctica se traducen en la negativa a familias en las que no haya una mujer directamente asegurada por un esquema de seguridad social, asumiendo que, si no tiene un trabajo formal, ella debe hacerse cargo del cuidado de las y los hijos. De manera similar, la escasa duración de las licencias de paternidad reproduce el mensaje de que es innecesario el involucramiento de los hombres en la llegada de un hijo o hija. La carencia de servicios de cuidado infantil y la imposibilidad de contar con días remunerados suficientes para adaptarse tras un nacimiento o adopción, significa que, al día de hoy, muchas personas trabajadoras tienen que enfrentar estas situaciones sin un piso mínimo que les asegure protecciones de seguridad social básicas.

Aún ante la insuficiencia de estas prestaciones, existe una cantidad importante de personas en México que no tiene acceso a estos servicios, ya que se encuentran condicionados a la pertenencia a un esquema de trabajo formal. Esto resulta discriminatorio en particular para las mujeres, quienes en una mayor proporción laboran en el sector informal, en condiciones precarias y sin protecciones o prestaciones mínimas. Para garantizar una verdadera protección de los derechos humanos en un marco de justicia reproductiva, resulta necesario constituir un sistema de seguridad social universal que abarque a todas las personas trabajadoras, tanto en esquemas de trabajo formal como informal. Esto implica, además, eliminar las disposiciones discriminatorias de la legislación hacia grupos particulares, como aquella que supone un esquema de derechohabiencia distinto —y más restrictivo— para las trabajadoras del hogar, en contra de los estándares internacionales en la materia.

PENDIENTES URGENTES

EMBARAZO ADOLESCENTE

PODER EJECUTIVO

— Evaluar los resultados, objetivos y líneas de acción de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) para garantizar que la política pública promovida por el Estado en este respecto sea efectiva, cuente con recursos suficientes y mecanismos de evaluación, y priorice la prevención y atención de las víctimas de violencia sexual, con una perspectiva de derechos humanos y género, atendiendo al principio de interés superior de la infancia y de autonomía progresiva.

INSTITUCIONES DE SALUD FEDERALES Y LOCALES

— Garantizar el acceso a métodos de anticoncepción de emergencia y al aborto por violación, sin imponer requisitos ni barreras injustificadas, de conformidad con la NOM 046 y la Ley General de Víctimas.

— Asegurar la inclusión de servicios de consejería amigables en las unidades de primer nivel de atención para prevenir y atender los embarazos en niñas y adolescentes, bajo un marco de derechos humanos, con perspectiva de género e interculturalidad.

— Prever que la atención del embarazo, parto y puerperio en niñas y adolescentes se brinde con especial atención y cuidado por parte del personal de salud, en consideración del riesgo diferenciado que enfrentan por su corta edad, así como del principio de interés superior de la infancia.

PODER LEGISLATIVO

CONGRESO DE LA UNIÓN

— Reformar la NOM 005 a efecto de eliminar la referencia a recomendar un método anticonceptivo permanente a las personas que cuentan con una discapacidad mental o cognitiva.

PENALIZACIÓN DEL ABORTO

PODER EJECUTIVO

INSTITUCIONES DE SALUD

— Garantizar el acceso al aborto por violación, de conformidad con la NOM 046 y la LGV.
— Garantizar el acceso a las causales legales de aborto, sin imponer barreras injustificadas.
— Asegurar que se cuenta con personal médico no objetor en todo momento, de manera que se garantice el acceso a servicios de aborto.

PODER LEGISLATIVO

CONGRESO DE LA UNIÓN Y CONGRESOS LOCALES

— Despenalizar el aborto voluntario, por lo menos durante el primer trimestre de la gestación.

Algunas posibles vías para la despenalización del aborto en México:

1. Despenalización total o parcial
   A nivel local, mediante:
   — Reforma a los códigos penales locales para despenalizar el aborto al menos durante el primer trimestre de la gestación.
   — Reforma a las leyes locales de salud para el establecimiento de programas ILE a nivel local.

   A la par, se puede impulsar una despenalización en instancias de salud federales, mediante:
   — Reforma al Código Penal Federal para despenalizar el aborto al menos durante el primer trimestre de la gestación.
   — Reforma a la Ley General de Salud para el establecimiento de programas ILE en instituciones de salud federal.

2. Código Penal Único
   — Reforma al artículo 73 constitucional para facultar al Congreso de la Unión para legislar en materia penal.
   — Publicación de un Código Penal Único que contemple la despenalización del aborto por voluntad de la mujer, por lo menos, durante el primer trimestre de la gestación.
   — Reforma a la Ley General de Salud para el establecimiento de programas ILE a nivel nacional.

3. Código Penal Federal
   — Reforma al artículo 73 constitucional para facultar al Congreso de la Unión para legislar en materia de aborto.
   — Reforma al Código Penal Federal para despenalizar el aborto al menos durante el primer trimestre de la gestación.
   — Reforma a la Ley General de Salud para el establecimiento de programas ILE a nivel nacional.

CONGRESOS LOCALES

— Eliminar los requisitos para acceder al aborto por violación de los códigos penales que aún no han sido homologados con la NOM 046 y la LGV.

VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y MUERTE MATERNA

PODER EJECUTIVO

INSTITUCIONES DE SALUD FEDERALES Y LOCALES

— Garantizar el acceso universal a los servicios de salud obstétrica, en particular durante el trabajo de parto, asegurando el cumplimiento del Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica y el "rechazo cero" a mujeres con emergencias obstétricas.
— Consolidar la atención de los servicios de primer nivel fortaleciendo la atención del parto de bajo riesgo para disminuir la saturación de los servicios de segundo y tercer nivel y asegurar la referencia oportuna a dichos servicios para la resolución de urgencias obstétricas.
— Institucionalizar la capacitación del personal de salud que interviene en la atención obstétrica y evaluar el impacto de dichas acciones.
— Certificar con regularidad las capacidades técnicas del personal de salud.
— Fortalecer las acciones de formación y acreditación de parteras y enfermeras obstétricas, para incorporarlas de manera progresiva a los servicios de salud.
— Vigilar la implementación de la NOM 007 en materia de atención del embarazo, parto y puerperio.
— Dar cumplimiento a la Recomendación General 31/2017 de la CNDH sobre violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud.

INSTITUCIONES PÚBLICAS DE EDUCACIÓN SUPERIOR FORMADORAS DE MÉDICOS CIRUJANOS, ESPECIALISTAS EN GINECOBSTETRICIA Y ENFERMERÍA

— Replantear la formación profesional del personal médico y de enfermería para concebir la atención de las mujeres durante el embarazo, parto y posparto con perspectiva de género e interculturalidad.

SEGURIDAD SOCIAL INCOMPLETA

PODER EJECUTIVO

A LAS INSTITUCIONES QUE PRESTAN SERVICIOS DE ESTANCIAS INFANTILES

— Garantizar la calidad, accesibilidad y disponibilidad de los servicios de estancias infantiles, incluyendo las subrogadas.

A LA SECRETARÍA DEL TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL

— Establecer mecanismos de inspección laboral orientados a que se garantice el respeto a la duración de las jornadas laborales establecida en el artículo 61 de la Ley Federal del Trabajo.
— Garantizar el respeto a los periodos de licencia de maternidad y paternidad, conforme a la legislación vigente.

PODER LEGISLATIVO

CONGRESO DE LA UNIÓN

— Constituir un sistema de seguridad social universal que abarque a todas las personas trabajadoras, tanto en esquemas de trabajo formal como informal.
— Reformar la Ley del Seguro Social de modo que tanto hombres como mujeres puedan inscribir a sus hijos e hijas en las estancias infantiles dependientes del IMSS, sin importar su estado civil y el estatus de su patria potestad o custodia exclusiva.
— Reformar la Ley Federal del Trabajo para ajustarla a los estándares internacionales en la materia, en las siguientes cuestiones:
    - Ampliación de la licencia de maternidad al menos a 16 semanas, como lo establece la Organización Internacional del Trabajo.
    - Ampliación de la licencia de paternidad al menos a 4.3 semanas, de acuerdo al promedio de los países miembros de la OCDE.
— Reformar la Ley Federal de Trabajadores al Servicio del Estado para ajustarla a los estándares internacionales en la materia, en las siguientes cuestiones:
    - Ampliación de la licencia de maternidad al menos a 16 semanas garantizando que las mujeres puedan transferir las semanas antes o después de parto, de acuerdo con sus necesidades.

SENADO DE LA REPÚBLICA

— Ratificar los siguientes Convenios de la Organización Internacional del Trabajo:
    - Convenio 156 Sobre los trabajadores con responsabilidades familiares.
    - Convenio 183 Sobre la protección de la maternidad.
    - Convenio 189 Sobre las trabajadoras y trabajadores domésticos.

IGUALDAD Y NO DISCRIMINACIÓN

— Garantizar que la legislación, políticas públicas y actuación de las personas que ejercen un cargo público se dé con una perspectiva de género, derechos humanos, interculturalidad y atendiendo al principio del interés superior de la infancia y la autonomía progresiva de las personas adolescentes.
— Garantizar la disponibilidad de servicios de intérpretes en los servicios de salud del país para la población indígena, en particular de anticoncepción y atención obstétrica.
— Asegurar que las personas que viven con alguna discapacidad cuenten con apoyo especializado e insumos necesarios para que la toma de decisiones y el ejercicio de sus derechos reproductivos se realice de manera plena, libre e informada.

ACCESO A LA JUSTICIA Y REPARACIÓN INTEGRAL POR VIOLACIONES A DERECHOS HUMANOS

A LA CNDH Y LAS COMISIONES LOCALES DE DERECHOS HUMANOS

— Emitir recomendaciones de acuerdo con los estándares más altos de derechos humanos:
    • En el caso de Recomendaciones Generales, dar seguimiento puntual a su cumplimiento, con especial énfasis en garantizar medidas de no repetición que resulten efectivas para garantizar cambios estructurales.
    • Dar seguimiento al cumplimiento de recomendaciones en casos individuales que tomen en cuenta las peticiones de las víctimas, y vigilar las acciones de cumplimiento de manera efectiva, en comunicación con las personas afectadas.
— Garantizar el acceso a la justicia y la reparación integral para víctimas de violaciones a derechos reproductivos de acuerdo con los elementos establecidos por los estándares internacionales en la materia.

ANEXO: REPARACIÓN INTEGRAL DE VIOLACIONES A DERECHOS HUMANOS

Las violaciones a derechos humanos crean una nueva obligación jurídica para el Estado: la de reparar integralmente a las víctimas.[1] La reparación busca la plena restitución a la víctima a la situación previa a que la violación se cometiera (*restitutio in integrum*). Sin embargo, en la mayoría de los casos (por ejemplo, muerte materna), es imposible lograrlo, por lo que la reparación se enfocará a la eliminación de las consecuencias de la violación y a la indemnización por los daños.[2] Un aspecto fundamental de la reparación integral es que sus efectos se extiendan más allá de la víctima concreta con el objeto de eliminar los efectos sociales y simbólicos de las violaciones a derechos humanos y, en última instancia, transformar las circunstancias que las originaron.[3]

1 Corte IDH, *Caso Ximenes Lopes Vs Brasil, Excepción preliminar, Sentencia de 30 de septiembre de 2005*. Serie C. No 139, párrafo 232.
2 Serrano, Sandra y Vázquez, Daniel, *Los derechos en acción: obligaciones y principios de derechos humanos*, Flacso, México, 2013, p. 93-94.
3 *Ibid*, p. 93

MODALIDADES DE REPARACIÓN

I. COMPENSACIÓN

Está orientada a reparar tanto los daños materiales como los inmateriales, ambos se traducen en una retribución monetaria.

I.I DAÑOS MATERIALES

Pueden ser emergentes o de lucro cesante.
Los daños emergentes comprenden los gastos directos e inmediatos que han debido hacer las víctimas con ocasión de la violación de derechos humanos.[4]

EJEMPLOS

Negación de acceso a la interrupción del embarazo bajo alguna causal establecida en la ley.	Gastos por concepto de atención médica de la víctima a consecuencia de la negación del servicio.
Violencia obstétrica.	Gastos por concepto de atención médica y de búsqueda de la justica de la víctima.
Muerte materna.	Gastos por concepto de atención médica, búsqueda de la justicia y gastos funerarios de los familiares.
Negación de acceso a estancias infantiles.	Gastos por contratación de servicios de cuidado o estancias privadas.

El lucro cesante se refiere a la indemnización que debe proporcionarse en relación al ingreso que la víctima dejó de percibir con ocasión de la violación de derechos humanos. Esta situación puede ser muy clara en los casos de muerte materna en que el fallecimiento de la víctima trae aparejada para la familia la pérdida de ese ingreso económico; o en los casos de violencia obstétrica en los que la víctima haya quedado incapacitada para desempeñar su trabajo de manera temporal o permanente.

I.2 DAÑOS INMATERIALES

De acuerdo con la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH), "El daño inmaterial puede comprender tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a las víctimas directas y a sus allegados, el menoscabo de valores muy significativos para las personas, así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia".[5]

4 Nash Rojas, Claudio, *Las reparaciones ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos* (1988-2007), Universidad de Chile, 2009, p.43.
5 Nash Rojas, Claudio, *op. cit*., p. 155.

Parte del daño inmaterial es el daño moral, que está relacionado con todas aquellas afectaciones directas a la psique y el ánimo de las personas. La Suprema Corte de Justicia de la Nación se ha manifestado en lo referente a las personas afectadas por las violaciones a derechos humanos y acreedoras al daño moral,[6] por ejemplo, en los casos de muerte materna, la familia más próxima de la mujer fallecida, como su pareja e hijos. Los casos en que se niega a las mujeres el acceso a la interrupción del embarazo bajo alguna de las causales previstas por la ley pueden ocasionar profundos estados de angustia que deben ser reparados bajo la categoría del daño moral.

2. REHABILITACIÓN

Consiste en la obligación del Estado de brindar atención adecuada a los padecimientos físicos y psicológicos generados en las víctimas debido a la violación de derechos humanos. Incluye atención médica, psicológica, tanatológica, legal y social.

En los casos de violencia obstétrica, esto puede incluir que el Estado garantice las consultas y exámenes médicos, cirugías y medicamentos que sean necesarios para que la persona recupere su salud; en los casos de muerte materna, en la atención de las secuelas emocionales y mentales que conlleva la muerte de una mujer en su entorno familiar.

3. MEDIDAS DE SATISFACCIÓN

Este tipo de medidas son formas no materiales de reparación que están vinculadas al restablecimiento del honor de las víctimas, la justicia y la memoria. Implican la disculpa de parte del Estado y el reconocimiento de la posición de las víctimas respecto a las violaciones perpetradas.[7]

La determinación de las medidas de satisfacción debe partir de las necesidades y deseos que las víctimas expresen. Un ejemplo de estas medidas es dar difusión a recomendaciones que emitan los organismos públicos de derechos humanos, los actos de disculpa pública por parte de la institución de salud señalada como responsable, en donde se dé a conocer la dimensión de los actos violatorios.

4. MEDIDAS DE NO REPETICIÓN

Están orientadas a abordar las causas que dieron origen a las violaciones de derechos humanos con el propósito de modificarlas y evitar que vuelvan a acontecer. En esta línea, dichas medidas pueden consistir en reformas legislativas e institucionales, medidas para mejorar el funcionamiento de los servicios de salud, como fortalecer el primer nivel de atención, contar con más y mejores recursos técnicos y humanos, así como mecanismos que garanticen la rendición de cuentas.

6 SCJN, Primera Sala, Amparo Directo 31/2013, sesionado el 26 de febrero de 2014, Ponente: Ministro Arturo Zaldivar Lelo de Larrea, versión pública de la sentencia p. 90. Disponible en: http://www2.scjn.gob.mx/juridica/engroses/cerrados/Publico/13000310.001-2183.doc.

7 Serrano, Sandra y Vázquez, Daniel, *op. cit*., p. 95-96.

La pieza faltante. Justicia reproductiva
GIRE alienta la distribución pública de la presente obra y de los datos de esta investigación siempre que se reconozca y mencione nuestra autoría. En ningún caso esta obra podrá ser usada con fines comerciales, su difusión es gratuita.

Primera edición: noviembre de 2018.

Se terminó de imprimir en noviembre de 2018 en los talleres de Offset Rebosán S.A. de C.V.
Acueducto 115, Col. San Lorenzo Huipulco, Tlalpan, Ciudad de México.
Tiraje: 1000 ejemplares.