



EL CAMINO HACIA LA JUSTICIA REPRODUCTIVA: UNA DÉCADA DE AVANCES Y PENDIENTES

2010–2021

ABORTO
VIOLENCIA OBSTÉTRICA
MUERTE MATERNA
VIDA LABORAL Y REPRODUCTIVA
REPRODUCCIÓN ASISTIDA



2

**VIOLENCIA
OBSTÉTRICA**

La violencia obstétrica es una forma específica de violencia contra las mujeres y otras personas con capacidad de gestar que constituye una violación a los derechos humanos. Se genera en el ámbito de la atención obstétrica en los servicios de salud públicos y privados, y consiste en cualquier acción u omisión por parte del personal del Sistema Nacional de Salud que cause un daño físico o psicológico durante el embarazo, parto y puerperio, que se exprese en la 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.

Las manifestaciones de la violencia obstétrica pueden ser físicas y psicológicas. Entre las primeras están las prácticas invasivas, por ejemplo, las cesáreas, cuando se practican sin que exista justificación para realizarlas, la esterilización no consentida o forzada, el suministro injustificado de medicamentos, el retraso de la atención médica de urgencia o la falta de respeto a los tiempos de un parto. Entre las segundas se encuentran actos discriminatorios, uso de lenguaje ofensivo, humillante o sarcástico, falta de información oportuna sobre el proceso reproductivo y trato deshumanizado.

La violencia obstétrica se asocia al cambio de paradigma histórico, a finales del siglo XVIII,¹ con el cual se institucionalizaron los partos en hospitales y centros de salud, en contraste con la atención que se brindaba en casa con el acompañamiento de parteras u otras personas. A partir de este cambio de paradigma,

¹ Lehner, María Paula, “Partos en la primera mitad del siglo XX. De las redes informales a la medicalización” en Kornblit, Ana Lía, Camarotti, Ana Clara *et al.* (compiladoras), *Salud, sociedad y derechos: investigaciones y debates interdisciplinarios*, Teseo, Buenos Aires, 2012, pp. 275-294. Disponible en: <https://www.teseopress.com/saludsociedadyderechos/front-matter/autores-2/>

el parto pasó a ser una práctica médica en la que, con frecuencia, el lugar preponderante ya no lo ocupan las mujeres,² sino los profesionales de la salud. Si bien la institucionalización ha traído beneficios importantes, también ha incrementado los abusos y conductas que ahora se denomina “violencia obstétrica”.

En Latinoamérica el reconocimiento de la violencia obstétrica ha sido paulatino. Un referente importante es el caso de Venezuela que en 2007 incluyó el concepto en su Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en donde establece que:

Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres.³

Argentina, en el año 2009, incluyó el término dentro de la Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia a las Mujeres en donde se define la violencia obstétrica como: “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929”.⁴

2 En algunos casos, GIRE emplea el término “mujeres” cuando se señala así de forma expresa en la legislación, documentos y fuentes de información estadística revisados para este informe. Sin embargo, GIRE reconoce que el acceso a servicios de salud reproductiva afecta no solamente a las mujeres, sino también a otras personas con capacidad de gestar, como los hombres trans y las personas no binarias, a quienes se les debe garantizar sus derechos humanos sin discriminación por identidad de género o cualquier otra condición.

3 Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Artículo 15: (...)13. Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres...”.

4 Ley 26.485. Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Sancionada: marzo 11 de 2009. Promulgada de Hecho: abril 1 de 2009. Artículo 6º: “(...) e) aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales...”.

En México, desde la década de 1980 se empezaron a publicar investigaciones sobre la existencia de abusos durante la atención del parto.⁵ En el ámbito de la sociedad civil, GIRE ha sido una de las primeras organizaciones en utilizar el término violencia obstétrica y documentar la incidencia de conductas y omisiones que se agrupan bajo este concepto, y considera que la respuesta a este tipo de violencia implica transformar las condiciones estructurales del sistema de salud en todos sus niveles. Por ello, ha cuestionado la utilización del derecho penal como mecanismo para erradicar este tipo de violencia.

5 Castro, Roberto, Erviti, Joaquina, “25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México”, Conamed, 2014, volumen 19, No. 1, p. 39.



2.1

SITUACIÓN EN MÉXICO

A. ESTÁNDARES CONSTITUCIONALES

De acuerdo con el artículo 1º de la Constitución mexicana, todas las normas de derechos humanos contenidas en tratados internacionales tienen rango constitucional, es decir, constituyen norma de máxima jerarquía. De acuerdo con dichos tratados y las interpretaciones autorizadas sobre los mismos, la violencia obstétrica supone una violación a los derechos humanos.

A nivel regional se han producido sentencias que guardan relación con la violencia obstétrica. 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. C. BOLIVIA

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 a la que fue sometida la señora I.V. en un hospital público, sin su consentimiento informado.

La Corte IDH, al resolver el caso I.V. c. Bolivia, señaló que en este proceso deben proporcionarse a la persona todos los antecedentes necesarios para que pueda tomar esa decisión y que el personal de salud debe adoptar las medidas necesarias para asegurarse de que la decisión no está sometida a amenaza o coacción. La Corte determinó que, al constituir la ligadura de trompas un método anticonceptivo permanente, los controles para asegurar el consentimiento libre e informado, debían ser más estrictos.⁶

La Corte señaló que “un consentimiento no podrá reputarse libre si es solicitado a la mujer cuando no se encuentra en condiciones de tomar una decisión plenamente informada, por encontrarse en situaciones de estrés y vulnerabilidad”.⁷ Precisó que para que la información sea cabalmente comprendida y se tome una decisión con conocimiento de causa, se debe garantizar un plazo razonable de reflexión, el cual podrá variar dependiendo de cada caso y las circunstancias de cada persona.⁸ Además, que si un futuro embarazo pusiera en riesgo la vida y salud de la mujer, ella no quedará embarazada inmediatamente, por lo que la medida puede ser tomada con posterioridad; por ello, no puede considerarse que la esterilización constituya un procedimiento de emergencia médica.⁹

Por otro lado, en el ámbito universal se han emitido recomendaciones al Estado mexicano por parte de órganos encargados de la vigilancia de tratados, por ejemplo, las realizadas en 2018 por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU (Comité DESC) y por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Comité CEDAW), mismas que también guardan relación con la violencia obstétrica. Al examinar el cumplimiento de obligaciones en materia de derechos humanos a cargo de México, ambos expresaron preocupaciones sobre la persistencia de la violencia obstétrica.

6 I.V. c. Bolivia, Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Corte Interamericana de Derechos Humanos (serie C), N° 329 (30 de noviembre de 2016), párr. 122.

7 *Ibidem*, párrafo 183.

8 *Ibid*, párrafo 192.

9 *Ibid*, párrafo 178.

RECOMENDACIONES AL ESTADO MEXICANO POR PARTE DE LOS COMITÉS DESC Y CEDAW

El Comité DESC, en marzo de 2018, 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, en julio de 2018, expresó su preocupación por:

- 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.

Por otra parte, en julio de 2019, la Relatora Especial del Consejo de Derechos Humanos sobre la violencia contra la mujer, presentó en la Asamblea General de la ONU el informe *Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica*,¹⁰ cuya relevancia radica en que, por primera vez, la ONU reconoce la existencia y gravedad de la violencia obstétrica y analiza sus causas y consecuencias. En su informe, la Relatora identifica la violencia obstétrica como una práctica generalizada y arraigada en los sistemas de salud. Entre los elementos que la configuran se encuentra la sobremedicalización del parto, así como el uso rutinario de procedimientos sin consentimiento de las mujeres o en situaciones no justificadas.

Para atender y erradicar la violencia obstétrica, la Relatora hace diversas recomendaciones relacionadas con el reconocimiento de fallas estructurales en los sistemas de salud: el respeto a la autonomía de las mujeres y el reconocimiento a su capacidad para la toma de decisiones sobre su salud reproductiva; el establecimiento de mecanismos para la rendición de cuentas, a fin de garantizar la reparación integral a las víctimas; la revisión del marco normativo integral para hacer frente a las diversas situaciones que constituyen violencia obstétrica, y la prevención.

En el mismo sentido, en febrero de 2020 el Comité CEDAW, al analizar el caso S.F.M. v. España,¹¹ por primera vez adoptó una decisión relacionada con un caso de violencia obstétrica. La señora S.F.M. manifestó la patologización de su parto a través de un ingreso precoz, tactos vaginales innecesarios, administración de oxitocina sin información ni consentimiento, extracción instrumental y episiotomía sin información ni consentimiento. El Comité concluyó que existían alternativas para la situación denunciada: el embarazo de la señora S.F.M. se desarrolló sin complicaciones, no había una emergencia cuando acudió al hospital y, aun así, el personal médico decidió no informarle de las intervenciones que le realizarían.

En la resolución, el Comité recomendó al Estado español garantizar los derechos de las mujeres a una maternidad sin riesgo y el acceso a una atención obstétrica adecuada. En particular, proporcionar información adecuada en cada etapa del parto y requerir el consentimiento libre, previo e informado en todos los tratamientos invasivos durante la atención del parto, excepto en situaciones en las cuales la vida de la mujer o del producto esté en riesgo, respetando la autonomía de la mujer y su capacidad para tomar decisiones informadas sobre su salud reproductiva.

De esta manera, el avance que tanto organismos y mecanismos internacionales de protección de derechos humanos han realizado durante la última década en materia de violencia obstétrica es importante: han reconocido su existencia y la han calificado como una expresión de violencia en contra de las mujeres que afecta, entre otros, su derecho a la salud reproductiva.

Frente a este nuevo paradigma, el Estado mexicano debe adoptar los estándares derivados de estas sentencias y recomendaciones para prevenir y erradicar todas las acciones que constituyen violencia obstétrica.

10 Naciones Unidas, Asamblea General, informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, 11 de julio de 2019, Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica. Disponible en: <http://undocs.org/es/A/74/137>. GIRE envió a la Relatora un informe sobre el trabajo que ha realizado para visibilizar situaciones que constituyen este tipo de violencia, puede consultarse en: <https://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/SRWomen/Pages/Mistreatment.aspx>

11 Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *cedaw/C/75/D/138/2018*, 28 de febrero de 2020. Disponible en: <https://undocs.org/ch/cedaw/C/75/D/138/2018>

B. MARCO NORMATIVO Y DE POLÍTICA PÚBLICA

LEY GENERAL DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA

Si bien algunas conductas constitutivas de violencia obstétrica se han regulado en diversos ordenamientos, hasta hace poco eran conceptualizadas como formas de negligencia médica o maltrato. Aunque el abordaje de la violencia obstétrica requiere medidas estructurales profundas que van más allá de su reconocimiento explícito en la legislación y la ausencia del mismo no exime el cumplimiento de las obligaciones en este sentido, el reconocimiento del término puede contribuir a visibilizar la violencia obstétrica como una forma específica de violencia institucional y de género que constituye una violación a los derechos humanos.

A pesar de que la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV) no define explícitamente a la violencia obstétrica como una forma de violencia de género, otras figuras contempladas, como la violencia psicológica, física e institucional, proporcionan un marco adecuado para el encuadre de las conductas que la constituyen.

En los últimos años se han presentado varias iniciativas de reforma a la LGAMVLV para incluir de manera expresa el concepto de violencia obstétrica.¹² Aunque la intención de estas reformas sea visibilizar este tipo de violencia, es necesario asegurar que en la definición que se adopte no quede un listado de conductas específicas, de manera taxativa, ya que esto resultaría limitativo y contraproducente para identificar situaciones de violencia obstétrica.

En ese sentido, GIRE ha señalado que en caso de que el Legislativo decida incorporar una definición de violencia obstétrica, debe asegurarse de que los siguientes elementos estén incluidos:¹³

- Que la violencia obstétrica puede cometerse tanto por acciones como por omisiones.
- Que tiene lugar en el ámbito de la atención del embarazo, parto y puerperio.
- Que puede expresarse en un trato cruel, inhumano o degradante hacia las mujeres y otras personas con capacidad de gestar así como en un abuso de medicalización de los procesos naturales.
- Que tiene como resultado la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre las distintas etapas del embarazo, trabajo de parto, alumbramiento y nacimiento.
- Que la violencia obstétrica es un problema estructural, que va más allá de actitudes individuales.

12 Sobre las iniciativas que se han presentado, véase: GIRE, *Violencia obstétrica. Un enfoque de derechos humanos*, 2015, pp. 38-45. Disponible en: <https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2016/07/informevioleniastobstetrica2015.pdf>

13 GIRE, *Niñas y Mujeres sin Justicia. Derechos Reproductivos en México*, 2015, p. 136. Disponible en: <https://gire.org.mx/publicaciones/ninas-y-mujeres-sin-justicia-derechos-reproductivos-en-mexico/>. Y GIRE, *Violencia obstétrica. Un enfoque de derechos humanos*, 2015, p. 38-48 y 52. Disponible en: <https://gire.org.mx/publicaciones/violencia-obstetrica-un-enfoque-de-derechos-humanos/>.

Actualmente se encuentran vigentes y pendientes de dictaminar en el Congreso de la Unión siete iniciativas que buscan incluir en la LGAMVLV de manera expresa la violencia obstétrica.

INICIATIVAS QUE PROPONEN INCORPORAR EL CONCEPTO DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN LA LGAMVLV, VIGENTES Y PENDIENTES DE DICTAMEN EN EL CONGRESO DE LA UNIÓN¹⁴

AÑO	ASUNTO	CÁMARA DE ORIGEN	ESTADO QUE GUARDAN	OBSERVACIÓN
2018	Que reforma diversas disposiciones de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia y de la Ley General de Salud.	Senado	Pendiente en comisiones de la cámara de origen	Pendiente de dictamen en las Comisiones Unidas de Salud, para la Igualdad de Género, y de Estudios Legislativos, Primera, todas del Senado de la República.
2019	Que adiciona el artículo 6 de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.	Diputados	Pendientes en comisiones de la cámara revisora	Estas iniciativas fueron dictaminadas en conjunto y se emitió el dictamen de la Comisión de Igualdad de Género por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia y de la Ley General de Salud en Materia de Violencia Obstétrica. El dictamen fue aprobado por el Pleno de la Cámara de Diputados el 28 de noviembre de 2019. La Minuta se encuentra pendiente de dictamen en el Senado desde el 3 de diciembre de 2019.
2019	Que reforma diversas disposiciones de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia y de la Ley General de Salud.	Diputados		
2019	Que adiciona una fracción VI al artículo 6 de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, recorriéndose las subsecuentes en el mismo orden.	Senado	Pendiente en comisiones de la cámara de origen	Pendiente de dictamen en las Comisiones Unidas para la Igualdad de Género, Salud y de Estudios Legislativos, así como en espera de la opinión por parte de la Comisión de Desarrollo y Bienestar Social, todas del Senado de la República.
2019	Que reforma y adiciona diversas disposiciones de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia y de la Ley General de Salud en materia de violencia obstétrica.	Diputados	Pendiente en comisiones de la cámara de origen	Pendiente de dictamen en las Comisiones Unidas de Salud y de Igualdad de Género de la Cámara de Diputados. Debido al turno recibido, esta iniciativa no fue considerada en el dictamen elaborado por la Comisión de Igualdad de Género, el cual fue aprobado por el Pleno de la Cámara de Diputados el 28 de noviembre de 2019. Sin embargo, la iniciativa sigue vigente.
2020	Que reforma y adiciona diversas disposiciones de la Ley General de Salud, de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, de la Ley General de Educación, de la Ley General de Población y de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.	Senado	Pendiente en comisiones de la cámara de origen	Pendiente de dictamen en las Comisiones Unidas para la Igualdad de Género y de Estudios Legislativos, Primera, ambas del Senado de la República.
2020	Que reforma diversas disposiciones de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.	Diputados	Pendiente en comisiones de la cámara de origen	Pendiente de dictamen en la Comisión de Igualdad de Género de la Cámara de Diputados. La iniciativa se presentó con posterioridad a la aprobación del dictamen elaborado por la propia Comisión de Igualdad de Género, que fue aprobado por el Pleno de la Cámara de Diputados el 28 de noviembre de 2019. Sin embargo, la iniciativa sigue vigente.
2020	Que reforma los artículos 5º, 6º y 46, de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.	Senado	Pendiente en comisiones de la cámara de origen	Pendiente en la Comisión para la Igualdad de Género del Senado de la República.
2021	Que reforma diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.	Senado	Pendiente en comisiones de la cámara de origen	Pendiente en las Comisiones Unidas de Salud, Para la Igualdad de Género y de Estudios Legislativos, todas del Senado de la República.

¹⁴ Iniciativas vigentes y pendientes de dictaminar en el Congreso de la Unión. A pesar de que tanto la Ley Orgánica del Congreso como el Reglamento de la Cámara de Diputados establecen un plazo máximo para que las comisiones dictaminen los asuntos, agotado este término precluye la facultad de las comisiones para dictaminar, pero no se desechan las minutas. El asunto será desechado hasta que la Junta de Coordinación Política emita un Acuerdo para desecharlas y archivarlas formalmente. En el micrositio del presente informe se puede consultar el texto de las propuestas de estas iniciativas.

LEGISLACIÓN LOCAL

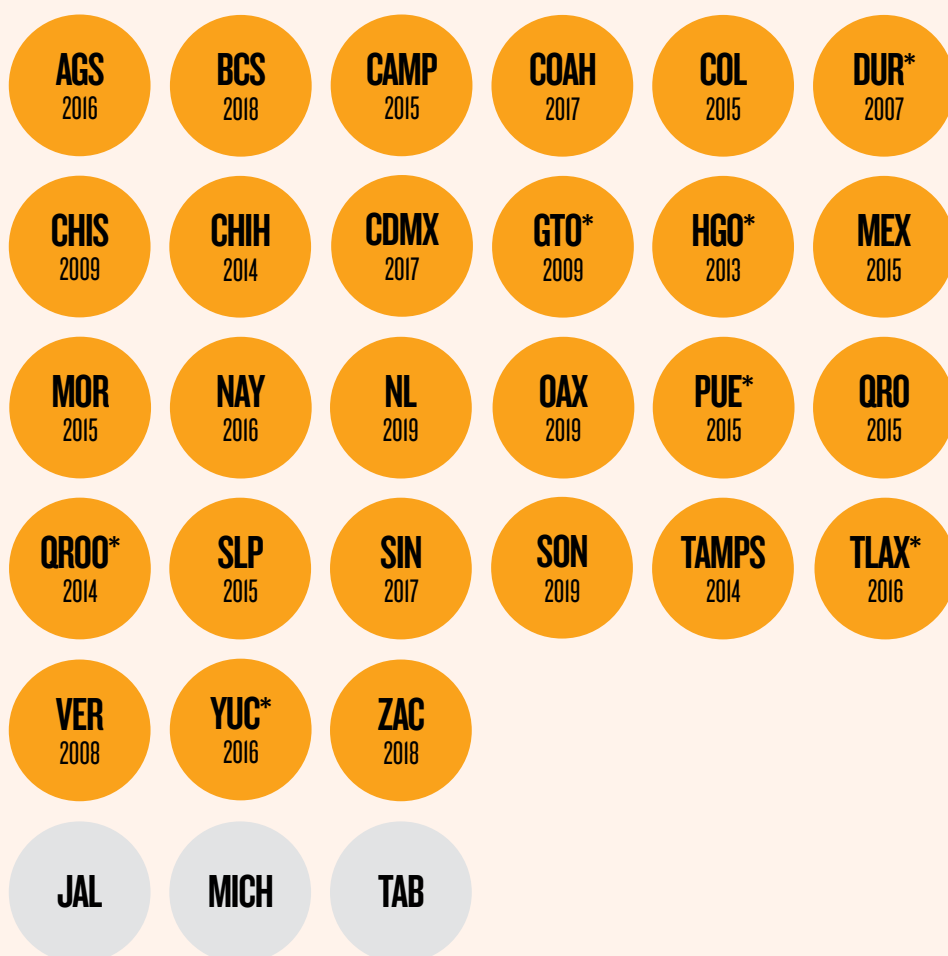
En 2013, GIRE reportó que solamente los estados de Guanajuato, Chiapas, Durango y Veracruz definían violencia obstétrica en sus leyes de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia.¹⁵

Al cierre de este informe, 28 entidades federativas han incorporado definiciones de violencia obstétrica en sus respectivas leyes. Es decir, la gran mayoría de las entidades federativas ya han integrado en sus leyes el término de violencia obstétrica.¹⁶

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

● CONTEMPLAN VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN SU NORMATIVA

● NO CONTEMPLAN VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN SU NORMATIVA



* Se utilizó la fecha en la que se incluyó por primera vez el término en cada legislación. Las entidades con asterisco han tenido reformas posteriores.¹⁶

Fuente: Elaboración de GIRE con base en legislación vigente a julio de 2021.

Es importante reiterar que el hecho de que las leyes de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia en los estados de Jalisco, Michoacán y Tabasco no prevean de manera expresa la violencia obstétrica, no implica que las autoridades de dichas entidades no tengan la obligación de atender las conductas que constituyen este tipo de violencia, cuyo encuadre se halla en otras figuras como la violencia institucional y de género.

A pesar de que incorporar expresamente la definición de violencia obstétrica puede contribuir a reconocer que se trata de una forma específica de violencia institucional contra las mujeres así como una violación a los derechos humanos, el fenómeno de la violencia obstétrica no será zanjado si no se considera que la respuesta ante este tipo de violencia implica transformar las condiciones estructurales del sistema de salud en todos sus niveles, en especial, considerando los obstáculos que enfrenta el personal de salud para realizar su trabajo en óptimas condiciones. Para ello, entre otras cosas, es fundamental garantizar que el Sistema Nacional de Salud cuente con presupuesto suficiente para asegurar servicios obstétricos de calidad, con la infraestructura material y humana necesaria para ello.

RECOMENDACIÓN GENERAL 31/2017 SOBRE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

En julio de 2017, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) emitió la Recomendación General 31/2017 sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud (SNS).¹⁷ La elaboración de esta Recomendación General tuvo como base el análisis de las diversas recomendaciones particulares que la CNDH emitió sobre el tema durante el año 2015 y hasta el primer semestre de 2017. Posterior a la publicación de esta Recomendación, la CNDH ha emitido, hasta mayo de 2021, 27 recomendaciones particulares por hechos constitutivos de violencia obstétrica.¹⁸

En general, la Recomendación 31/2017 coincide en términos generales 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. GIRE ha reconocido la importancia de dar cumplimiento a la Recomendación general 31/2017 de la CNDH sobre violencia obstétrica en el SNS, por parte de las autoridades a las que fue dirigida esta recomendación. Sin embargo, también ha señalado que carece de una perspectiva de interseccionalidad para la prevención y erradicación de la violencia obstétrica, misma que es susceptible de presentarse de forma desproporcionada en mujeres indígenas, habitantes de comunidades rurales, personas migrantes, con discapacidad o en situación de pobreza. Además, no promueve la incorporación de la perspectiva de género y de derechos humanos desde la formación profesional del personal de la salud, sino que se limita a recomendar la impartición de talleres, campañas o seminarios aislados.¹⁹ Esta acción resulta insuficiente para lograr una modificación en el *habitus* médico,²⁰ ya que son necesarios cambios más profundos para incidir en la formación del personal que participa en la atención obstétrica.

17 CNDH. Recomendación General 31/2017. Sobre la Violencia Obstétrica en el Sistema Nacional De Salud. Disponible en: https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-07/RecGral_031.pdf. Dirigida a los secretarios de salud, de la Defensa Nacional y de Marina; gobernadores de las entidades federativas, jefe de gobierno de la Ciudad de México, directores generales del IMSS, ISSSTE y Pemex.

18 CNDH. Recomendaciones. Disponible en: https://www.cndh.org.mx/tipo/1/recomendacion?field_fecha_creacion_value%5Bmin%5D=&field_fecha_creacion_value%5Bmax%5D=&keys=violencia+obst%C3%A9trica&items_per_page=10

19 GIRE, *La pieza faltante. Justicia Reproductiva*, 2018. Disponible en: <https://gire.org.mx/publicaciones-la-pieza-faltante-justicia-reproductiva/>

GIRE, *Informe alternativo sobre la situación de los derechos reproductivos de niñas, adolescentes y mujeres en México*, Comité CEDAW, 2018. Disponible en: https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/MEX/INT_CEDAW_NGO_MEX_31414_S.pdf

GIRE, *Informe alternativo sobre la situación de los derechos reproductivos de niñas, adolescentes y mujeres en México*, Comité de Derechos Humanos, octubre 2019. Disponible en: https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CCPR/Shared%20Documents/MEX/INT_CCPR_CSS_MEX_37108_S.pdf

20 Roberto Castro ha denominado *habitus* médico a todas aquellas predisposiciones que los profesionales de la salud adquieren durante sus años de formación en escuelas y facultades, a través de los rígidos sistemas de jerarquías, castigos, conminaciones, recriminaciones y etiquetaciones —entre ellas de clase y de género— que reciben y experimentan durante ese tiempo, como parte misma de su educación profesional. Estas predisposiciones se afianzan en los años de especialización y, después, suelen permear en las relaciones con los y las usuarias de los servicios de salud. Véase: Castro, Roberto, “Génesis y práctica del *habitus* médico autoritario en México” en *Revista Mexicana de Sociología*, volumen 76, No. 2, 2014, p. 172 y ss.

15 GIRE, *Omisión e Indiferencia. Derechos Reproductivos en México*, 2013, p. 126. Disponible en: <https://gire.org.mx/publicaciones/omision-e-indiferencia-derechos-reproductivos-en-mexico/>

16 Entidades federativas que han tenido reformas posteriores: Durango (19 de noviembre de 2017); Guanajuato (16 de diciembre de 2014); Hidalgo (1º de agosto de 2018); Quintana Roo (4 de julio de 2017); Puebla (13 de abril de 2018); San Luis Potosí (31 de mayo de 2018) y Tlaxcala (13 de abril de 2018).

Las recomendaciones generales que emite la CNDH son instrumentos no vinculantes respecto de las autoridades a quienes se dirigen, ni motivados de manera directa como forma de resolución de quejas. A través de éstas, la CNDH propone medidas y acciones orientadas a la prevención y combate de violaciones a los derechos humanos por parte de autoridades, así como a la protección de las víctimas. A diferencia de las recomendaciones particulares, las generales no requieren aceptación por parte de las autoridades a quienes van dirigidas. Con el fin de verificar su cumplimiento, la CNDH debe realizar estudios generales, cuyo propósito sea medir el grado de aceptación, implementación e impacto que producen en la sociedad. En ese sentido, en noviembre de 2019 la CNDH presentó un estudio de seguimiento al cumplimiento de la Recomendación general 31/2017 sobre violencia obstétrica.²¹

Este estudio revela que, a nivel federal, sólo la Secretaría de Salud dio respuesta sobre medidas llevadas a cabo para atender los seis puntos recomendatorios que contiene la Recomendación general 31/2017. Entre las autoridades federales, 83 por ciento no dieron respuesta sobre las acciones o medidas implementadas para dar cumplimiento a los puntos recomendatorios de este instrumento.²²

PUNTOS RECOMENDATORIOS

PRIMERA. Que se diseñe y ponga en práctica una política pública de prevención de violaciones a los derechos humanos de las mujeres en ocasión del embarazo, el parto y el puerperio, centrada en el reconocimiento de la mujer como protagonista, en la relación materno-fetal, que atienda a las perspectivas de derechos humanos y género, constituida por acciones de capacitación y sensibilización continua al personal de salud que presta sus servicios en la atención gineco-obstétrica, para contrarrestar prejuicios basados en la discriminación de las mujeres y para el cumplimiento de las Normas Oficiales Mexicanas; así como de información a las mujeres usuarias sobre sus derechos y cómo ejercerlos.

SEGUNDA. Que se asuman los acuerdos necesarios, sobre requerimientos técnicos, humanos y para que se programe el presupuesto necesario, entre otros, que permitan ampliar y mejorar la infraestructura hospitalaria en la que se atiende a las mujeres en ocasión del embarazo, el parto y el puerperio, con prioridad en zonas alejadas y de marginación social. Al respecto, es necesario que en los establecimientos en que se presten servicios de salud gineco-obstétricos y, principalmente en el área de urgencias, cuenten con médicos que atiendan en la forma adecuada a quienes solicitan el servicio.

TERCERA. Que se implemente el “Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro” de la Secretaría de Salud, en las instituciones del Sistema Nacional de Salud, a fin de garantizar la disminución de la morbi-mortalidad materno-infantil, la atención médica calificada, digna, respetuosa y con perspectiva de género.

CUARTA. Implementar en las instituciones de salud a su cargo una campaña de promoción de los derechos humanos y salud reproductiva de las mujeres, durante la atención del embarazo, el parto y el puerperio.

QUINTA. Implementar eficazmente las políticas públicas ya previstas en el orden jurídico nacional, relacionadas con la partería tradicional en México y adoptar las medidas necesarias para fortalecer el proceso de vinculación de las parteras y parteros tradicionales al Sistema Nacional de Salud, creando un entorno jurídico e institucional que propicie el respeto y el ejercicio de dicha actividad, mediante el reconocimiento y la promoción de las aportaciones, práctica y desarrollo de la medicina tradicional indígena en condiciones adecuadas y garantizando que la capacitación técnica que reciban sea periódica, actualizada y además tome en cuenta sus usos y costumbres. Señalando de manera enunciativa, mas no limitativa, las siguientes medidas: asegurar el acceso y destinar espacios adecuados en los hospitales para que las parteras y parteros tradicionales puedan asistir y brindar acompañamiento a las mujeres embarazadas; impartir cursos y/o talleres y desarrollar campañas de sensibilización dirigidos al personal médico que labora dentro de Sistema Nacional de Salud sobre la importancia y el respeto de la partería tradicional; proveer a las parteras y parteros tradicionales de los instrumentos necesarios para prestar sus servicios en condiciones idóneas (distribución de suministros, maletines obstétricos o sencillos estuches desechables para asegurar las buenas condiciones higiénicas de los partos, organización de sistemas de transporte para trasladar los embarazos patológicos, mejoramiento del procedimiento de envío de casos); asegurar que el material que se les facilite durante su capacitación sea culturalmente adecuado e implementar los mecanismos para la sistematización de los resultados y beneficios del ejercicio de la partería.

SEXTA. Se adopte lo necesario para asegurar, que en las distintas actividades que se realicen con motivo del desarrollo académico de médicos y/o especialistas, tales como congresos, simposios, foros, seminarios, coloquios, cursos, talleres, entre otras, se integre el estudio de la violencia obstétrica, tomando en cuenta el análisis realizado por esta Comisión Nacional en la presente Recomendación general.

21 Estudio sobre el cumplimiento e impacto de las recomendaciones generales, informes especiales y pronunciamientos de la CNDH 2001-2017, Tomo X, Derecho a la protección de la salud, UNAM-CNDH, 2019. Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/documento/estudio-sobre-el-cumplimiento-e-impacto-de-las-recomendaciones-generales-informes-2>

22 Secretaría de la Defensa Nacional, Secretaría de Marina, IMSS, ISSSTE y Pemex.



En cuanto a la información proporcionada por la Secretaría de Salud, un tercio de las acciones presentadas se consideró como respuesta satisfactoria y las dos terceras partes restantes como cooperativa, pero incompleta. Respecto a la información brindada por los 32 gobiernos locales, 74 por ciento de los puntos recomendatorios fueron considerados como: respuesta rechazada, sin argumentos suficientes o sólo dieron acuse de recibo. Destaca que 17 entidades no enviaron información y tres más no proporcionaron acciones relacionadas para dar algún grado de cumplimiento. Sólo siete gobiernos brindaron atención satisfactoria a por lo menos una recomendación, donde sobresale el gobierno de San Luis Potosí, que reportó acciones suficientes en cuatro de las seis recomendaciones.

Por lo antes expuesto, aunque sin duda la emisión de la Recomendación general 31/2017 representa un paso adelante, su implementación ha sido insuficiente. Es necesario que la CNDH continúe con la difusión y seguimiento al cumplimiento de la misma para colaborar a visibilizar, prevenir y atender este fenómeno que representa una violación a los derechos humanos. Además de la labor por parte de la CNDH, es indispensable que las autoridades a las que fue dirigida den cumplimiento a cabalidad de los puntos recomendatorios.

RECOMENDACIÓN GENERAL 07/2015 DE LA COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DEL ESTADO DE YUCATÁN

Previo a la Recomendación General de la CNDH, en diciembre de 2015, la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Yucatán (CODHEY) emitió la Recomendación general 17/2015,²³ *Sobre las prácticas médicas y administrativas que constituyen violaciones a los Derechos Humanos de las mujeres durante la atención del embarazo, parto y puerperio, así como acciones y omisiones que generaron deficiencias en la atención de niñas y niños recién nacidos en los hospitales y clínicas del Sistema de Salud Público en el Estado de Yucatán*, dirigida al secretario de salud y director general de los servicios de salud de Yucatán.²⁴

En esta Recomendación General, la CODHEY expone diversos problemas estructurales que enfrentan las instituciones de salud en el estado, entre ellos: insuficiente personal de base para cubrir la demanda de personas usuarias; falta de capacitación para elaborar diagnósticos eficientes y tratamientos adecuados; escasez de infraestructura hospitalaria y de recursos materiales; instalaciones y equipos obsoletos, y espacios no idóneos para realizar las actividades médicas.

Es importante señalar que, la Recomendación no propone, como medida de solución, la tipificación de la violencia obstétrica; por el contrario, señala que su incidencia está vinculada a problemas estructurales. A pesar de esto, el legislativo local reformó, en julio de 2019, el Código Penal local para tipificar la violencia obstétrica,²⁵ medida que tiene el efecto de individualizar el problema sobre el

23 CODHEY, Recomendación General 07/2015. Disponible en: https://www.codhey.org/sites/all/documentos/Doctos/RecomendaGenerales/RecGral_2015_07.pdf

24 La elaboración de la Recomendación general tuvo como base el análisis de 22 expedientes abiertos entre 2005 y 2015, cinco recomendaciones particulares por violencia obstétrica emitidas en el mismo periodo, así como el diagnóstico realizado tras la supervisión a 99 centros de salud del estado. El diagnóstico está disponible en el informe anual 2015 de la CODHEY.

25 Capítulo VIII Violencia obstétrica (Adicionado, D.O. 31 De julio de 2019)
Artículo 243 Quinquies.- Comete el delito de violencia obstétrica el personal médico, paramédico, de enfermería y administrativo de las instituciones de salud públicas o privadas que, durante el embarazo, el parto, el puerperio o en emergencias obstétricas de las niñas, adolescentes o mujeres:
I. No las atiende o no les brinde la atención oportuna y eficaz, de manera injustificada;
II. Altere el proceso natural del parto de bajo riesgo, a través del uso de técnicas de aceleración, sin obtener su consentimiento voluntario, expreso e informado o, en su caso, de la persona que ejerza la patria potestad, tutela, guarda o custodia sobre la niña, adolescente o la mujer;
III. Practique el parto por cesárea, no obstante existir condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado o, en su caso, de la persona que ejerza la patria potestad, tutela, guarda o custodia sobre la niña, adolescente o la mujer, a menos que éstas pongan en riesgo la vida del producto o de la madre;
IV. Las acose o presione física, psicológica u ofensivamente, con el fin de inhibir la libre decisión de su maternidad;
V. Obstaculice el apego del niño o la niña con su madre, sin causa médica justificada, a través de la negación de la posibilidad de cargarle o de amamantarlo inmediatamente después de nacer, o

personal de salud señalado como responsable, sin resolver las causas que están en la base del fenómeno de la violencia obstétrica.

La Recomendación también señala que, a pesar de que 95 por ciento de las y los usuarios de sus servicios son mayahablantes, los hospitales no cuentan con personal capacitado para atenderlos en su lengua materna. Llama la atención que, a pesar de que en la Recomendación se reconoce la importancia de la perspectiva intercultural del estado y recomienda fortalecer o implementar programas operativos para la inclusión de la población maya a los servicios de salud, con pleno respeto a sus costumbres y pautas culturales, no señala la importancia de incorporar la partería tradicional en el sistema de salud.

La Recomendación contiene trece puntos recomendatorios.²⁶ Entre ellos, contar con un área debidamente equipada y con personal especializado necesario para la atención de emergencias obstétricas en los hospitales donde se brinde este tipo de atención médica, o si no se cuenta con los recursos humanos y materiales para ello, canalizar a la usuaria de manera eficiente, oportuna e inmediata a un hospital del sistema de salud estatal o federal.

Además, recomienda contar con personal mayahablante administrativo y profesional capacitado que brinde información oportuna y veraz a las mujeres embarazadas mayahablantes, para que puedan tomar decisiones libres e informadas. Recomienda también implementar una campaña de sensibilización para prevenir la violencia obstétrica en español y maya sobre los actos que constituyen violencia obstétrica y sobre las instancias a las que pueden acudir para formular quejas. También propone que el Congreso del Estado asigne una partida presupuestal suficiente al Sector Salud de Yucatán para contar con la infraestructura material y humana necesaria.

A pesar de que la Recomendación General se emitió en 2015, la incidencia de la violencia obstétrica en el estado persiste. En 2017, la CODHEY condujo visitas de revisión a hospitales y clínicas en el estado, en los que advirtió que subsisten muchos de los problemas estructurales ya señalados en esa recomendación general.^{27, 28}

C. SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El Sistema Nacional de Salud²⁹ en México, bajo la rectoría de la Secretaría de Salud del gobierno federal, está conformado por las entidades y dependencias de la administración pública —federal, estatales y municipales— que prestan servicios de salud a la población en general, principalmente a las y los trabajadores en el sector de la economía informal; así como por todas aquellas instituciones de seguridad social —IMSS, ISSSTE, hospitales de las fuerzas armadas o para los trabajadores de Pemex, entre otras— que brindan servicios de atención médica a sus derechohabientes (integrantes del sector formal de la economía); además de todas las personas físicas y morales pertenecientes al sector privado.

Sin embargo, lo que comenzó como una estrategia gradual y paulatina hacia la construcción de un sistema universal de salud que —idealmente— garantizaría atención médica de calidad para todas las personas, pronto se reveló como un modelo fragmentado y complejo, tanto en sus aspectos normativos como en los institucionales y presupuestarios. Las diferencias —persistentes al día de hoy— entre los servicios de salud que recibían las personas derechohabientes de alguna institución de seguridad social, frente a los que se prestaban en el sector público a las y los trabajadores de la economía informal eran notables, caracterizados por la falta de infraestructura y de recursos presupuestales, materiales y humanos suficientes para brindar una atención médica de calidad, especialmente a las personas en mayor situación de marginalidad, agravada en función de la geografía nacional.

En el año 2004 surgió el Sistema de Protección Social en Salud —conocido como Seguro Popular—, ideado fundamentalmente como un esquema de financiamiento público destinado a la atención médica de todas aquellas personas carentes de seguridad social, que si bien no alcanzó a cubrir la totalidad de los servicios de salud que poblacionalmente se requerían, sí aseguraba la atención médica y el suministro de medicamentos u otros insumos necesarios para enfrentar las necesidades o los retos de salud que mayor prevalencia tenían. Fue, además, un mecanismo que le permitió al Estado mexicano distribuir la responsabilidad en la prestación de los servicios entre los tres niveles de gobierno y las diferentes dependencias e instituciones encargadas de brindar servicios de salud, llegando a atender a más de la mitad de la población total en México.

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino (ENSANUT-MC) 2016, poco más de la mitad de las personas afiliadas a algún esquema de seguridad social lo estaban al Seguro Popular. De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Discriminación (ENADIS) 2017, el Seguro Popular era hasta entonces el esquema utilizado principalmente por 72 por ciento de la población hablante de lengua indígena del país, por 38.4 por ciento de la población con discapacidad y 40.8 por ciento de la población afrodescendiente. Además, 54.8 por ciento de las mujeres que cuentan con algún tipo de seguridad social tenían Seguro Popular. En relación con la salud materna, el Observatorio de Mortalidad Materna ha reportado que, a nivel nacional, 60.1 por ciento de las muertes maternas —máxima expresión de la violencia obstétrica— en 2016 fueron de mujeres afiliadas al Seguro Popular y 9.4 por ciento no tenían seguridad social.³⁰

VI. Aun cuando existan los medios necesarios para la realización del parto vertical, las obligue a parir en forma distinta a la que sea propia de sus usos, costumbres y tradiciones obstétricas, a menos que éstas pongan en riesgo la vida del producto o de la madre.

A quien ejecute las conductas señaladas en las fracciones I, II, III y VI, se le impondrán de dos a cinco años de prisión y de cien a quinientos días-multa, y a quien incurra en los supuestos descritos en las fracciones IV y V será sancionado con prisión de uno a tres años y de cien a trescientos días-multa.

26 De acuerdo con lo previsto en el artículo 125 del Reglamento Interno de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Yucatán, las Recomendaciones Generales no requieren aceptación por parte de las autoridades a quienes van dirigidas, debiendo aportar pruebas de su cumplimiento en un plazo que no exceda de treinta días naturales. La verificación del cumplimiento de las recomendaciones generales se hará mediante visitas de supervisión que de manera periódica realice la Comisión, a través de la Visitaduría General, o a través de la solicitud de informes a las autoridades correspondientes.

27 Centro de Supervisión Permanente a Organismos Públicos, “Informe sobre Centros de Salud y Hospitales del Estado de Yucatán”, CODHEY, 2017, p. 7. Disponible en: https://www.codhey.org/sites/all/documentos/Doctos/Investigaciones/Salud_2017.pdf

28 Véase GIRE, *Salud materna en Yucatán. El caso Valladolid*, 202. Disponible en: <https://casovalladolid.gire.org.mx/>

29 Información adicional sobre el Sistema Nacional de Salud puede consultarse en el capítulo muerte materna de este informe.

30 OMM, *Mortalidad Materna en México*, Numeralia 2016. Disponible en: <https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2020/04/Numeralia-2016.pdf>

La actual administración federal impulsó en 2019 una reforma a la Ley General de Salud para desaparecer el Seguro Popular, reemplazándolo por el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), organismo dependiente de la Secretaría de Salud federal responsable —desde enero de 2020— de prestar los servicios de atención médica a la población general no atendida por alguna institución de seguridad social, bajo la promesa de proveer todo tipo de atención médica y de medicamentos requeridos. Posiblemente el cambio más trascendental con la creación del INSABI consiste en la recentralización en manos del gobierno federal de la responsabilidad de prestar los servicios de salud para todas aquellas entidades federativas que acepten transferir la totalidad de los recursos que disponían para tal fin.

Aún es pronto para poder evaluar el funcionamiento y el impacto que tendrán el INSABI y el nuevo modelo adoptado en la salud pública de la población, pero los datos y la información arrojados durante sus primeros meses de funcionamiento —principalmente recortes presupuestales, desabasto de medicamentos y falta de personal capacitado—, permiten anticipar que en el Sistema Nacional de Salud seguirá profundizándose la desigualdad existente entre la atención médica que reciben las personas con acceso a sistemas de seguridad social y las que no lo tienen.

D. ESTADÍSTICA PÚBLICA

A partir de 2016, la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH)³¹ 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. En general, los datos reflejados por la encuesta son indicativos de que se está 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.³²

La ENDIREH 2016 confirmó en cifras los obstáculos que enfrentan las mujeres en México para ejercer sus derechos reproductivos durante la atención de sus embarazos, partos y puerperios. De acuerdo con la encuesta, de 8.7 millones de mujeres que tuvieron al menos un parto entre 2011 y 2016 en México, 33.4 por ciento refirieron haber sufrido maltrato por parte de quienes las atendieron. Las manifestaciones más comunes de violencia obstétrica en México son los gritos o regaños (37.42 por ciento), retraso en la atención “por gritos o quejas” de la usuaria (34.44 por ciento), ignorar a las usuarias (33.11 por ciento), presionarlas para que acepten un método anticonceptivo o esterilización (30.9 por ciento) y forzarlas a que adopten posiciones incómodas durante el trabajo de parto (30.83 por ciento).

Según esta misma encuesta, en 2016, 42.8 por ciento de las mujeres entrevistadas reportaron que el nacimiento de su último hijo o hija fue por cesárea. De éstas, 10.3 por ciento manifestaron no haber sido informadas de la razón para la cesárea, y 9.7 por ciento, que no les pidieron su autorización para realizarla, situación que representa una clara violación a los derechos reproductivos.

Es importante reconocer la necesidad y obligación que tiene el Estado de continuar generando información para medir el alcance y gravedad de la violencia que viven las mujeres y otras personas con capacidad de gestar en diferentes contextos. En específico, será importante la medición de la violencia obstétrica en la próxima edición de la ENDIREH ya que será la primera vez que se pueda realizar un comparativo con los datos que reveló la edición 2016, y de esa manera contribuir al desarrollo de investigaciones y políticas públicas basadas en evidencia y orientadas a atender y erradicar la violencia obstétrica en México.

Por otro lado, de acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018, alrededor de 7.8 millones de personas en ese año tenían alguna discapacidad; de éstas, 54.1 por ciento eran mujeres.³³ Pese a estas cifras, no hay datos sobre las violencias y violaciones a derechos humanos que enfrenta esta población.



31 INEGI, ENDIREH 2016. Disponible en: http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/proyectos/enchogares/especiales/endi-reh/2016/doc/endireh2016_presentacion_ejecutiva.pdf

32 Castro, Roberto, Erviti, Joaquina, *25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México*, op. cit., pp. 37-42.

33 INEGI, ENADID 2018. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2018/doc/resultados_enadid18.pdf

A. ATENCIÓN UNIVERSAL DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

Un ginecólogo me revisó y dijo que ya tenía dos centímetros de dilatación, pero que ahí no tenían ultrasonido para ver si todavía me podían detener las contracciones y entonces me mandaron al ISSSTE de Zaragoza [hospital de segundo nivel de atención para población derechohabiente]; me dieron un pase, pero dijeron que no lo mostrara y que quién sabe a qué hora llegaba la ambulancia [...]. Todos me decían que eran movimientos del bebé. Cuando llegué al ISSSTE de Zaragoza [por sus propios medios] me pusieron un suero y una inyección, pero como no encontré la hoja del ISSSTE [no pudo comprobar que era derechohabiente], me dijeron que fuera a Perinatología [hospital de tercer nivel de atención para población abierta, Secretaría de Salud Federal].³⁴

Este testimonio muestra que no ser derechohabiente de un sistema de seguridad social puede constituir un motivo de rechazo hospitalario y, con ello, el retraso de la atención resolutoria, incluso en casos de urgencia médica. La complejidad y fragmentación del Sistema Nacional de Salud representa una barrera para el acceso a los servicios de salud en caso de presentar una emergencia obstétrica.³⁵ En mayo de 2009, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Secretaría de Salud suscribieron el Convenio Interinstitucional para la Atención Universal de la Emergencia Obstétrica. Con la emisión de este instrumento se buscó garantizar la admisión y la atención urgente con base en la capacidad resolutoria o bien la referencia oportuna, sin condicionar la atención a la afiliación a un esquema de seguridad social o derechohabiencia.

Haciendo eco de este convenio, en noviembre de 2015 se publicaron en el Diario Oficial de la Federación las reformas tanto a la Ley General de Salud (LGS) como a la Ley del Seguro Social y a la Ley del ISSSTE. En las reformas, se dispuso que los servicios de salud deberán atender de manera expedita a las mujeres embarazadas que presenten una urgencia obstétrica, independientemente de su afiliación a cualquier esquema de aseguramiento.³⁶

Derivado de la pandemia por COVID-19, el 12 de abril de 2020, la Secretaría de Salud Federal emitió el Lineamiento para la prevención y mitigación de COVID-19 en la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida³⁷ y sus posteriores actualizaciones.³⁸ En los documentos se establece que la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida son clasificados como servicios esenciales. Entre las medidas previstas están que los hospitales enfocados en la atención gineco-obstétrica no deberán formar parte de los planes de reconversión, es decir, no podrán ser utilizados para atender casos por COVID-19. Los hospitales no enfocados en la atención gineco-obstétrica, pero que brindan esos servicios y serán reconvertidos, serán utilizados para la atención de mujeres embarazadas con COVID-19. También se deberán habilitar otros espacios físicos para la atención de embarazos, partos y puerperios, así como incorporar a personal de enfermería obstétrica, partería profesional y partería tradicional para dicha atención.³⁹

La implementación de estas estrategias orientadas a facilitar el acceso de las mujeres para recibir atención ante una emergencia obstétrica —sin importar la afiliación a una institución de salud— constituye un avance importante. Sin embargo, es necesaria su correcta implementación para asegurar la atención inmediata de todas las emergencias obstétricas.

B. ACTUALIZACIÓN NOM 007, PARA LA ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, Y DEL RECIÉN NACIDO

En 2013, GIRE advirtió que, a pesar de que la NOM-007-SSA2-2010, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido (NOM 007) contiene elementos importantes sobre el acceso a servicios de salud para las mujeres embarazadas, a fin de prevenir actos de violencia obstétrica, no había una correcta implementación y monitoreo a cabalidad de esta normativa.⁴⁰ En consecuencia, recomendó a los titulares de las secretarías de salud tanto federal como locales difundir su contenido y monitorear la adecuada implementación y acatamiento por todos los profesionales de la salud.

En 2012, la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud presentó, ante el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, un Proyecto de Modificación a la NOM 007, con la finalidad de actualizarla y adaptarla a la evidencia científica y técnica vigente, así como mejorar e impulsar el fortalecimiento de los servicios de salud.

34 Collado Peña, Susana Patricia, “Del sistema de referencia y contra-referencia al multi-rechazo hospitalario en materia de atención obstétrica”, en Sánchez Bringas, Ángeles (coord.), *Desigualdades en la procreación. Trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbilidad materna en México*, México, UAM-ITACA, 2014, p. 146.

35 La urgencia o emergencia obstétrica se define como aquel estado de salud que pone en peligro la vida de la mujer y/o al producto, y que además requiere atención médica y/o quirúrgica de manera inmediata. Ramírez Rojas, Guadalupe y Frayermuth Enciso, Graciela, *Emergencias obstétricas en México: designación de concepto y uso*, OMM, 2013, p. 2. Disponible en: https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2020/04/Emergencias-obst%C3%A9tricas-en-M%C3%A9xico-designaci%C3%B3n-de-concepto-y-uso_compressed-1.pdf

36 Decreto por el que se adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, de la Ley del Seguro Social y de la Ley del ISSSTE, DOF: 12/11/2015, disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5415150&fecha=12/11/2015.

37 Lineamiento para la prevención y mitigación de COVID-19 en la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida. Disponible en: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Lineamientos_Preencion_COVID19_Embarazos.pdf

38 Lineamiento para la prevención y mitigación de COVID-19 en la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida, versión 2, 20 de julio 2020. Disponible en: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/07/Lineamientos_Preencion_COVID19_Embarazos_V2.pdf Y Lineamiento para la prevención y mitigación de COVID-19 en la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida, versión 3, mayo 2021. Disponible en: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2021/05/LineamientoSMP_COVID19Actualizacion_110521.pdf

39 Véase Observatorio Género y COVID-19 en México, 2020. Disponible en: <https://genero-covid19.gire.org.mx/>

40 GIRE, *Omisión e Indiferencia. Derechos Reproductivos en México*, 2013. Disponible en: <https://gire.org.mx/publicaciones/omision-e-indiferencia-derechos-reproductivos-en-mexico/>

Ese proyecto de modificación estuvo en revisión hasta abril de 2014 cuando se aprobó para su publicación en el Diario Oficial de la Federación. Sin embargo, la publicación se realizó hasta abril de 2016.⁴¹ Pasaron cuatro años desde que se propuso esta actualización hasta la entrada en vigor con su publicación.

Los cambios a la NOM 007 se realizaron con la finalidad de mejorar la calidad de la atención a las mujeres embarazadas, haciendo énfasis en aspectos como la interculturalidad, el respeto a las mujeres y su inclusión en la toma de decisiones, además de una mayor atención a su estado psicológico y emocional durante todo el proceso del embarazo, y la eliminación de todas las prácticas que puedan generar violencia obstétrica.⁴²

Entre otras cosas, la modificación de la NOM 007 prevé un cambio a la definición de 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 Norma lo define 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 que empieza a partir de la implantación.

A pesar de que las modificaciones a la NOM 007 constituyen un avance en la protección de los derechos reproductivos, las circunstancias en que las mujeres y otras personas con capacidad de gestar viven sus embarazos, partos y puerperios en México siguen siendo preocupantes. En ese sentido, la cabal implementación de dicha Norma es un pendiente esencial para garantizar el acceso a servicios obstétricos de calidad en México.

BARRERAS

A. TIPIFICACIÓN DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Una de las medidas por las que han optado algunas legislaturas locales ha sido la de reformar los códigos penales para tipificar la violencia obstétrica como un delito, con sanciones privativas de la libertad y multas para el personal de salud que incurra en estas prácticas.

La incidencia de la violencia obstétrica guarda una estrecha relación con un contexto específico caracterizado por problemas estructurales que escapan por completo a la misión del derecho penal, en un país desbordado por la demanda de servicios sanitarios y en el que la inversión en salud es insuficiente. Durante varios años, GIRE ha señalado algunas medidas estructurales que deben atenderse, como la necesidad de transformar las actitudes, prejuicios y rutinas dañinas que forman parte de la dinámica misma en que se forma y educa al personal de salud; o la falta de infraestructura, personal e insumos para ofrecer una atención adecuada a cada usuaria de los servicios de salud. Frente a este panorama, penalizar podría incluso profundizar las problemáticas existentes antes que contribuir a prevenir este tipo de violencia.

Cabe mencionar que determinadas conductas constitutivas de violencia obstétrica —atribuidas al personal médico en lo individual— pueden ser perseguidas por medio de tipos penales que ya se encuentran contemplados en la legislación, por ejemplo, la responsabilidad profesional y las lesiones. De esta manera, establecer una sanción penal o endurecerla debiera ser la última de las posibles medidas para el tratamiento de un problema social.

En este sentido, desde 2013, GIRE ha cuestionado la utilización del derecho penal como mecanismo para erradicar este tipo de violencia. En ese momento el estado de Veracruz había reformado su código penal para incluir a la violencia obstétrica como un delito.⁴³ Desde entonces, otras entidades se han sumado a esta apuesta por mecanismos punitivos

41 Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana, NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. DOF. Publicada el 7 de abril de 2016. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016

42 Sobre los aspectos que fueron incluidos en la actualización de la NOM 007 se sugiere consultar CEAV, *Diagnóstico sobre victimización a causa de violencia obstétrica en México*, 2017, pp. 131-134. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/data/file/194701/Diagno_stico_VO_port.pdf

43 GIRE, *Omisión e indiferencia. Derechos reproductivos en México*, 2013, op. cit.

En informes y posicionamientos⁴⁴ subsecuentes, GIRE ha recomendado a los congresos locales no incluir a la violencia obstétrica como un delito y, en cambio, hacer las adecuaciones normativas, presupuestales y de política pública que permitan garantizar el acceso a servicios de salud reproductiva de calidad, sin discriminación y libres de violencia. Pese a ello, algunas entidades federativas han optado por tipificar la práctica.⁴⁵ Ése es el caso de Aguascalientes,⁴⁶ Chiapas, estado de México, Guerrero, Quintana Roo, Yucatán y Veracruz.

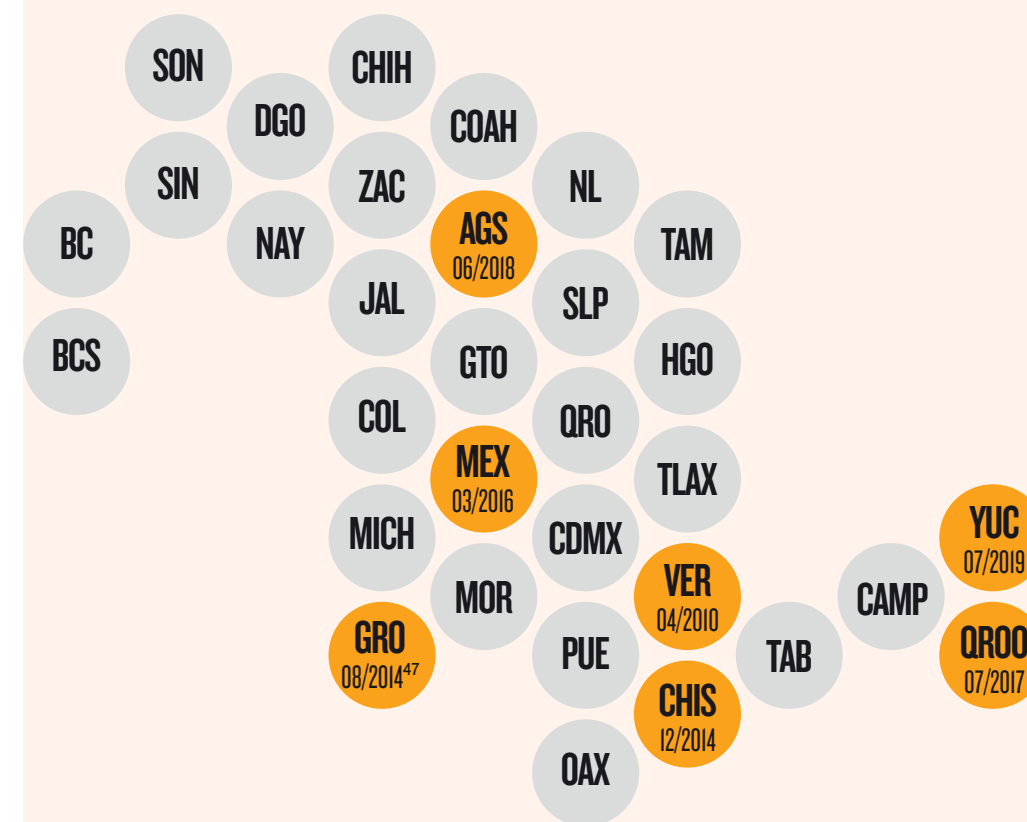
Además de la poca idoneidad del derecho penal para abordar la violencia obstétrica, desde la experiencia de GIRE en el acompañamiento de casos se ha detectado que tampoco contribuye al acceso a la justicia para las víctimas.

Desde GIRE se ha observado que las sobrevivientes de situaciones de violencia obstétrica tienen expectativas en relación con sus procesos de acceso a la justicia que la tipificación del delito no puede cumplir, pues no contempla la posibilidad de acceder a una reparación integral, además de que puede ser revictimizante y requiere destinar recursos económicos y un acompañamiento legal especializado.

La mayoría de las personas que GIRE ha acompañado buscan que se garantice la no repetición de los actos constitutivos de violencia obstétrica que vivieron, que el personal de salud que las atendió cuente con capacidades adecuadas para llevar a cabo su trabajo, que los hospitales o centros de salud donde recibieron la atención médica tengan los insumos suficientes, y que el Estado se responsabilice. También tienen un gran interés por acabar con la violencia psicológica y emocional que viene no sólo del personal de salud sino del personal administrativo o de trabajo social de los hospitales; entre otras cosas. En suma, sus pretensiones buscan la reparación integral, no una sanción penal. Para lograr estos objetivos, es necesario que el Estado implemente vías de acceso a la justicia que no impliquen la revictimización ni otros obstáculos jurídicos, y que atiendan las necesidades de cada sobreviviente de violencia obstétrica, además de realizar cambios estructurales que permitan garantizar que dichos casos no se repitan.

CRIMINALIZACIÓN DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

● CONTEMPLA EL DELITO EN SU LEGISLACIÓN



Fuente: Elaboración de GIRE con base en revisión de códigos penales vigentes a julio de 2021.

44 Véase *Omisión e Indiferencia. Derechos Reproductivos en México*, 2013; *Niñas y Mujeres sin Justicia. Derechos Reproductivos en México*, 2015; *Violencia obstétrica. Un enfoque de derechos humanos*, 2015, 51%; *Una agenda para la igualdad*, 2018, *La pieza faltante. Justicia Reproductiva*, 2018. Disponibles en: <https://gire.org.mx/tipo/informes/>

45 Secretaría de Salud, Vacuna COVID-19 y embarazo, Disponible en: <http://vacunacovid.gob.mx/wordpress/vacuna-covid-19-y-embarazo/>

46 En junio de 2018, el Congreso de Aguascalientes reformó su código penal para incorporar conductas que constituyen violencia obstétrica, aunque no se nombra al concepto como tal. Se sugiere consultar GIRE, *La pieza faltante. Justicia Reproductiva*, 2018, *op. cit.*, p. 100.

47 Código Penal de Guerrero, artículo 203 (Reformada, P. O. 15 de diciembre de 2017).
 III. Violencia obstétrica: Acción u omisión intencional por parte del personal de la salud, que dañe, lastime o denigre a la mujer durante el embarazo, parto o puerperio, así como la negligencia en su atención médica que se exprese en un trato deshumanizado, en un abuso de medicación y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre su cuerpo y sexualidad; considerando como tales la omisión de la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas y practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer;
 Anterior a la reforma el artículo 203 establecía:
 Definiciones. Para los efectos de este delito se entenderá por:
 III. Violencia obstétrica: Acto u omisión que impida u obstacule la atención oportuna y eficaz en el embarazo, parto, puerperio o en emergencias obstétricas o altere sus procesos reproductivos sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

B. PROBLEMAS ESTRUCTURALES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

A pesar del marco normativo en México con respecto al acceso a servicios de salud reproductiva, persisten prácticas en el sistema de salud que ponen en riesgo la salud y la vida de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Entre otras, la ausencia de controles prenatales de calidad, el debilitamiento de la atención en el primer nivel de atención a partos sin complicaciones —que se atienden en hospitales de segundo y tercer nivel y generan una saturación importante en ellos—; la práctica de cesáreas injustificadas; la falta de cumplimiento de normas, lineamientos y protocolos basados en evidencia. Las fallas estructurales en el sistema de salud tienen un impacto particular para las mujeres de comunidades indígenas, quienes con frecuencia deben realizar largos trayectos a centros de salud que suelen estar en malas condiciones, sin personal médico de base ni intérpretes de lenguas indígenas y con actitudes discriminatorias por parte del personal.⁴⁸

Por otra parte, la saturación del sistema de salud en México, en particular en los hospitales de segundo y tercer nivel, repercute en la incidencia de casos de violencia obstétrica y muerte materna. Una medida para disminuir esta saturación es la redistribución de los partos sin complicaciones hacia el primer nivel de atención, garantizando la referencia de casos complicados cuando lo ameriten. Esto implica la inclusión de profesionales de la salud de nivel medio, como parteras y enfermeras obstetras; fortalecer acciones comunitarias —como la Red de Posadas y Transporte de Asistencia a la Mujer Embarazada, AME—⁴⁹ que constituyen intervenciones públicas que impactan de manera positiva en el acceso oportuno de las mujeres embarazadas a servicios de salud. Sin embargo, es indispensable que estos servicios sean de calidad y cuenten con pertinencia cultural y capacidad resolutoria —transportación y espacios de alojamiento. Sólo así estas acciones comunitarias pueden impactar en la prevención de situaciones de violencia obstétrica.

PARTERÍA COMO ALTERNATIVA DE ATENCIÓN

En México, desde hace más de cuatro décadas se ha ido cambiando la práctica de la atención del nacimiento en el hogar, principalmente a cargo de parteras tradicionales, por la atención hospitalaria o en clínicas de salud y bajo la conducción de médicos.⁵⁰ La partería es una alternativa para la atención de embarazos de bajo riesgo, pero no ha tenido el debido reconocimiento, ni un espacio de actuación claramente definido dentro del sistema de salud.⁵¹ En el periodo 2014-2019, de acuerdo con el último informe de UNFPA, 96 por ciento de los partos fueron atendidos por personal de salud calificado,⁵² pero la definición de “personal calificado” excluye a la partería tradicional.⁵³

La falta de reconocimiento e impulso desalienta la labor de las parteras, reduce las opciones de las mujeres y otras personas con capacidad de gestar para decidir cómo atender sus embarazos, partos y puerperios e ignora las recomendaciones internacionales sobre los beneficios de la inclusión de la partería en la atención de la salud materna y neonatal.

Precisamente, el Comité CEDAW, en sus Observaciones finales al noveno informe periódico de México,⁵⁴ manifestó preocupación por las denuncias de actos de violencia obstétrica por parte del personal médico, y las tasas desproporcionadamente altas de mortalidad materna entre las mujeres de comunidades indígenas. En ese sentido, recomendó incentivar la colaboración de parteras tradicionales y la capacitación de profesionales de la salud, sobre todo en zonas rurales, como una medida para garantizar que todos los partos cuenten con la asistencia necesaria para evitar situaciones de violencia obstétrica y muerte materna, al mismo tiempo que se garantice una atención de calidad.

Durante 2019, 89.6 por ciento de los nacimientos en México ocurrieron en áreas hospitalarias. Los médicos y médicas fueron las personas que con mayor frecuencia atendieron los partos, representando 88.9 por ciento del total, seguidos de personal de enfermería y parteras que representaron tan solo 4.1 por ciento.⁵⁵ Es indispensable buscar alternativas para aliviar la carga que la atención al parto imprime al sistema de salud y la partería puede ser una de ellas.

De acuerdo con cifras de la Dirección General de Información en Salud, en México de 2010 a 2019 menos de 0.06 por ciento de todos los nacimientos a nivel nacional fueron atendidos por parteras.⁵⁶

48 GIRE, *La pieza faltante. Justicia reproductiva*, 2018, op. cit., p. 117.

49 Sobre la Red de Posadas y Transporte AME se sugiere consultar el capítulo Muerte materna de este informe y GIRE, *Salud materna en Yucatán. El caso Valladolid*, op. cit.

50 Instituto Nacional de Salud Pública / Instituto Nacional de las Mujeres, *El uso y rol de proveedores no-médicos para la atención prenatal y obstétrica en México: parteras profesionales técnicas y enfermeras obstetras. Evidencias y áreas de oportunidad*, 2011, p. 10.

51 Sobre los pendientes en torno al impulso de la partería en México, véase el capítulo Muerte materna de este informe.

52 UNFPA, Estado de la Población Mundial 2021: “Mi cuerpo me pertenece. Reclamar el derecho a la autonomía y la autodeterminación”, 2021, p. 133. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/es/publications/estado-de-la-poblacion-mundial-2021-%E2%80%9Cmi-cuerpo-me-pertenece-reclamar-el-derecho-la>

53 *Ibidem*, p. 148.

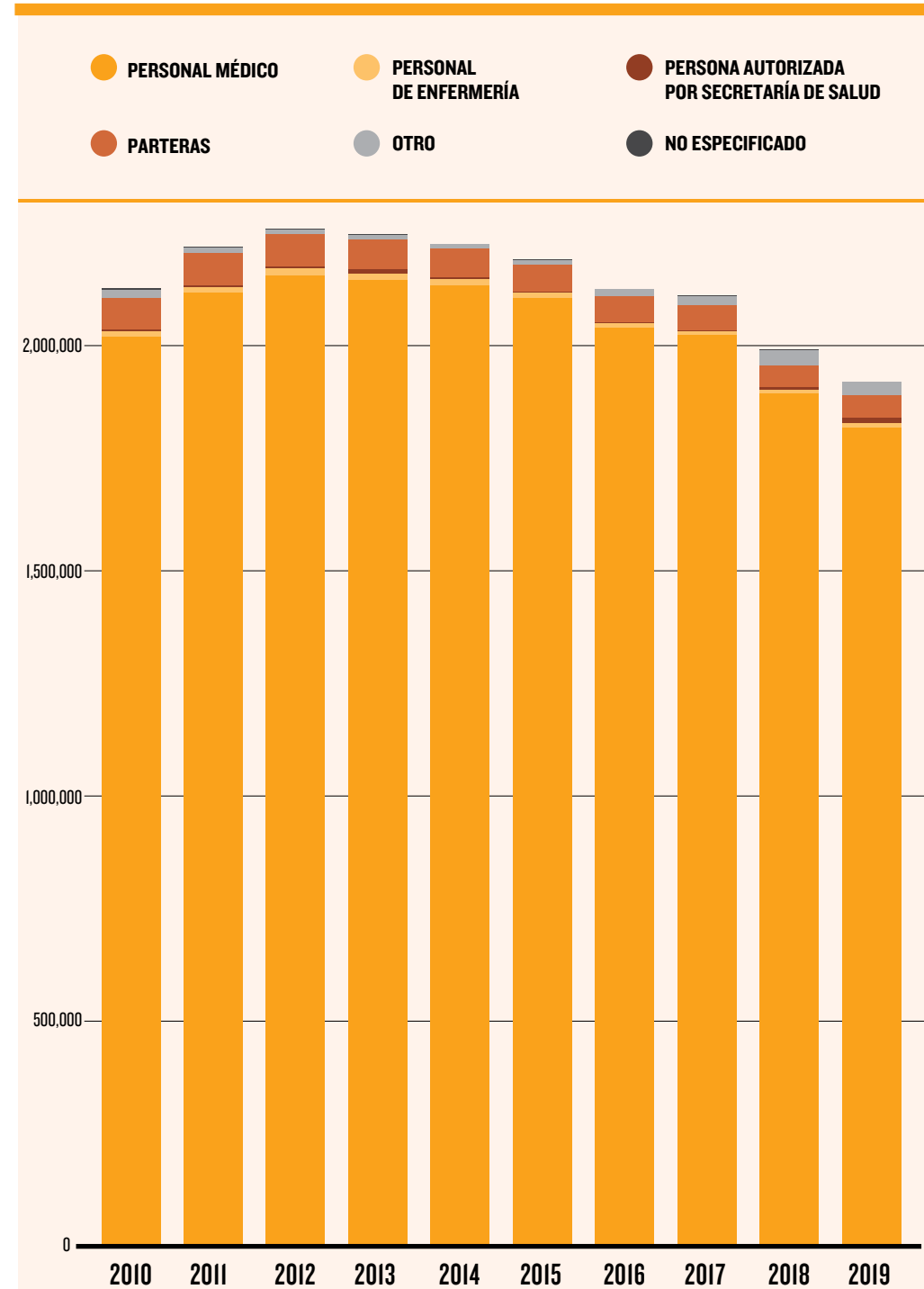
54 Naciones Unidas, Comité CEDAW, *Observaciones finales sobre el noveno informe periódico de México*, CEDAW/C/mex/CO/9, 25 de julio de 2018.

55 Inegi, Estadística de nacimientos registrados 2019. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/natalidad/doc/natalidad_2019_nota_tecnica.pdf

56 Dirección General de Información en Salud. Base de datos de Certificado de Nacimiento-Nacimientos ocurridos de 2010 a 2019 [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_nacimientos_gobmx.html

PERSONAL AL QUE SE ACUDE PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO

(2010 - 2019)



Fuente: Elaboración de GIRE con información de la Dirección General de Información en Salud.

PERSONAL AL QUE SE ACUDE PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO

(2010 - 2019)

Año	PERSONAL MÉDICO	ENFERMERAS	PERSONA AUTORIZADA POR SECRETARÍA DE SALUD	PARTERAS	OTRO	NO ESPECIFICADO
2010	2,019,024	6,561	1,297	36,031	8,823	1,375
2011	2,117,045	6,448	1,741	34,787	5,335	1,704
2012	2,156,232	7,079	2,668	34,523	4,973	1,217
2013	2,144,963	7,395	4,048	33,129	4,752	786
2014	2,132,598	6,953	2,323	30,133	4,717	595
2015	2,106,316	4,784	1,722	27,301	4,507	569
2016	2,040,298	3,893	957	27,497	6,802	806
2017	2,023,680	3,764	944	25,265	9,540	1,314
2018	1,893,163	4,609	2,827	23,094	15,744	1,219
2019	1,817,510	4,929	6,297	23,686	14,825	967

Fuente: Elaboración de GIRE con información de la Dirección General de Información en Salud.

Aunado a lo anterior, quienes optan por una atención del parto en casa con parteras profesionales o tradicionales continúan enfrentando dificultades para el acceso al certificado de nacimiento de la persona recién nacida. Ello resulta preocupante porque limita el derecho a la identidad de niñas y niños, además de que desincentiva a las mujeres a considerar a la partería o de tener partos fuera de los hospitales.

Por lo demás, la NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud prevé que sólo las parteras certificadas dentro del Sistema Nacional de Salud pueden expedir un certificado de nacimiento, pero la legislación no señala el procedimiento por el cual las instituciones pueden facultar a una partera para emitir este documento. Esta situación de inseguridad jurídica impacta en la posibilidad de las mujeres y otras personas con capacidad de gestar de optar por esta vía para el nacimiento de sus hijas e hijos.

ALTO ÍNDICE DE CESÁREAS

La cesárea, cuando está justificada desde el punto de vista médico, es eficaz para prevenir la morbi-mortalidad materna y perinatal. De ahí la importancia de establecer protocolos clínicos que permitan distinguir las situaciones en las que se justifica realizarlas, para con ello disminuir los casos en los que se practican, por ejemplo, por la preferencia y disponibilidad del personal de salud. En ese sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha destacado la importancia de centrarse en las necesidades de las usuarias, caso por caso, hacer todo lo posible para realizar cesáreas a quienes lo necesitan en lugar de intentar alcanzar una tasa determinada.⁵⁷ Si bien la OMS destaca que se debe valorar de manera particular cada caso, este mismo organismo especializado ha señalado que los países no deben exceder 10-15 por ciento de nacimientos por cesárea.

En México, la NOM 007 señala que es necesario priorizar el parto vaginal y reducir el índice de cesáreas. De acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018, de cada cien mujeres embarazadas, 23.3 por ciento tuvieron cesáreas programadas y 22.8 por ciento cesáreas de emergencia. De acuerdo con datos de la ENDIREH 2016, 42.8 por ciento de las mujeres encuestadas reportaron que el nacimiento de su último hijo o hija fue por cesárea. De éstas, 10.3 por ciento reportó no haber sido informada de la razón para la cesárea, y 9.7 por ciento afirmó que no le pidieron autorización para realizarla. Por otra parte, conforme a los datos registrados en los certificados de nacimiento,⁵⁸ se sabe que en 2010 hubo 2 millones 73,111 nacimientos. El porcentaje de cesáreas en ese año, a nivel nacional, fue de 44.7 por ciento. En el año 2017⁵⁹ hubo 2 millones 64,507 nacimientos, de los cuales 45.5 por ciento fueron por cesárea.

En México, en el periodo comprendido de 2014 a 2017 el promedio nacional de partos atendidos por cesárea fue de 44.53 por ciento. Este porcentaje rebasa por mucho la recomendación de la OMS. Las entidades federativas que en ese periodo registraron el índice más alto de nacimientos por cesárea fueron: Nuevo León, Tamaulipas y Sinaloa.

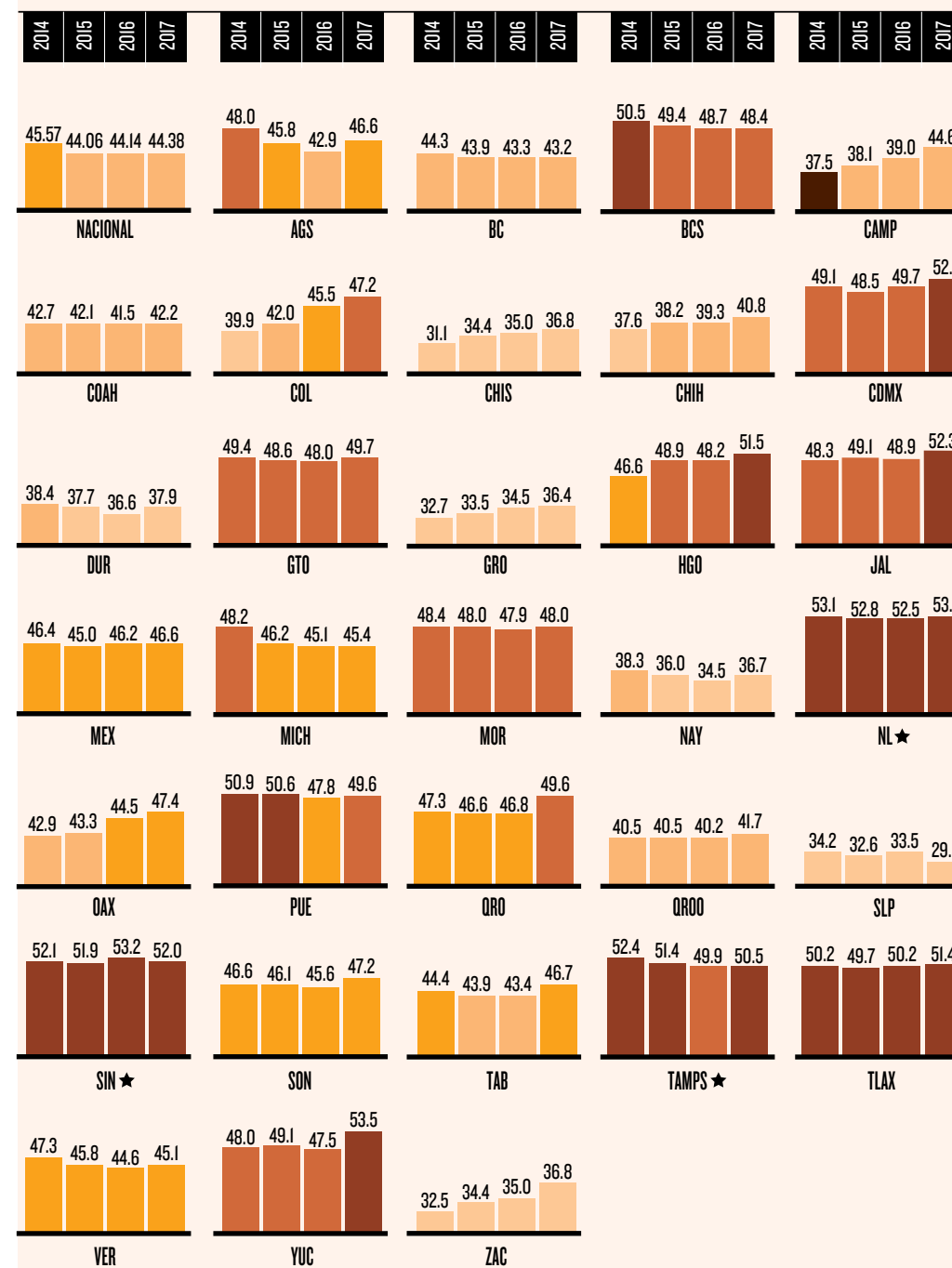
57 Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?jsessionid=0DC6F870010EE285EBC8828C388343E6?sequence=1

58 Tiene como insumo los registros administrativos que se obtienen a partir de los certificados de nacimiento.

59 Los cubos de nacimientos ocurridos comprenden el periodo 2008 - 2017 con cifras definitivas.

CESÁREAS POR ENTIDAD FEDERATIVA

(2014 - 2017)



★ Entidades con mayor porcentaje de cesáreas.

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

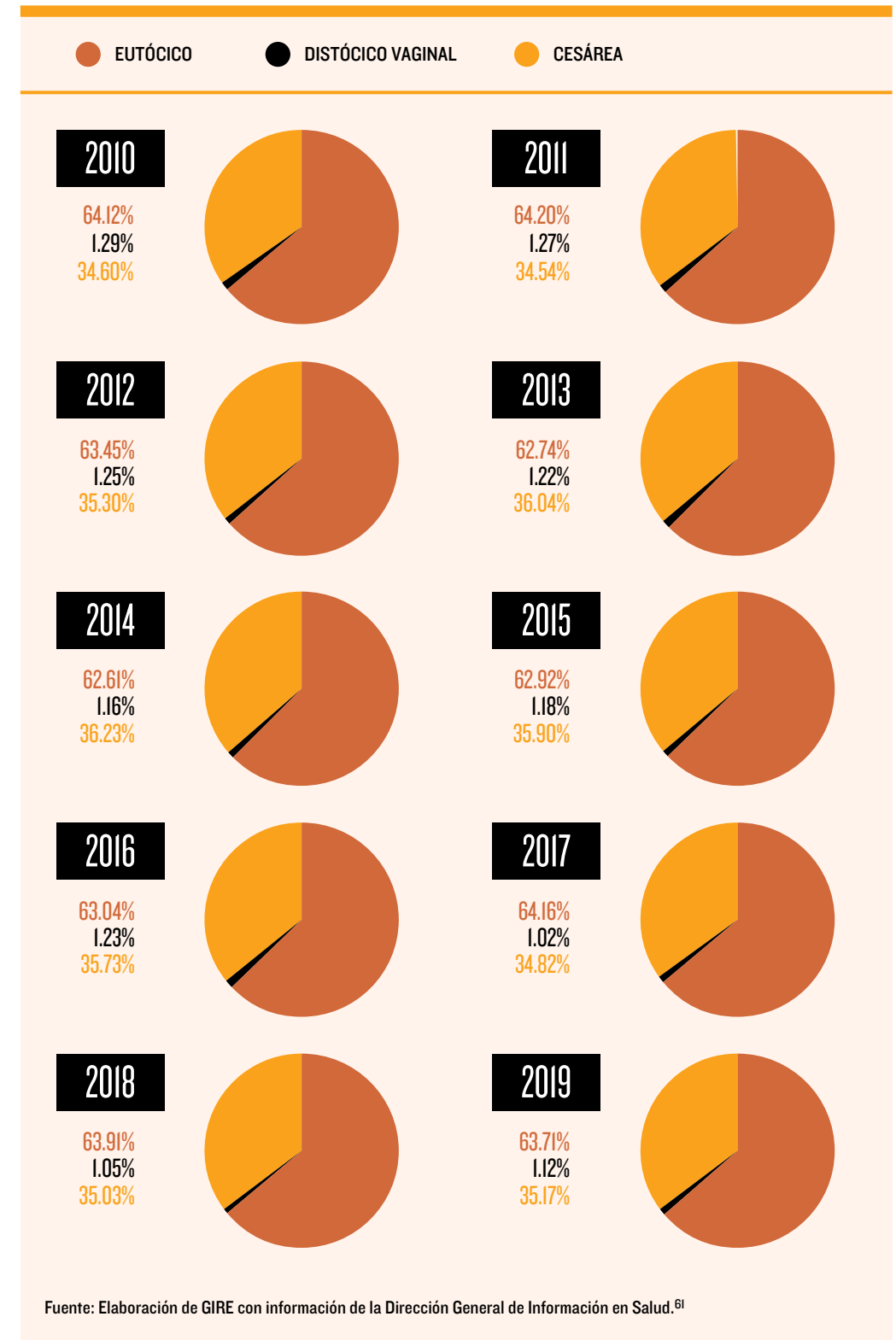
Por otro lado, los datos registrados sobre egresos hospitalarios en México, de acuerdo con el tipo de nacimiento, muestran que, en el año 2010, 34.6 por ciento de los nacimientos fueron por cesárea. En 2019 este porcentaje se incrementó a 35.1 por ciento.⁶⁰

60 Dirección General de Información en Salud. Base de datos de Egresos Hospitalarios por Tipo de Nacimiento, ocurridos de 2010 a 2019: Sistema Nacional de Información en Salud. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_nacimientos_gobmx.html

61 *Ibidem*. Parto eutócico es aquel que transcurre de manera normal sin necesidad de intervención médica, es decir, natural y por vía vaginal. Parto distócico es aquel en el que se da alguna situación que obliga al uso de instrumentos por parte del personal médico para poder llevarlo a cabo.

EGRESOS HOSPITALARIOS POR TIPO DE NACIMIENTO

(2010-2019)





ANTICONCEPCIÓN Y ESTERILIZACIÓN NO CONSENTIDA

Por otro lado, de acuerdo con datos de la ENDIREH 2016, 13.95 por ciento de las mujeres que sufrieron algún tipo de violencia obstétrica reportaron que les colocaron algún método anticonceptivo o las operaron o esterilizaron de forma permanente sin su consentimiento.

El caso de Sonia, acompañado por GIRE, 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. Esta práctica afecta principalmente a las mujeres en condiciones de marginalidad, y se presenta en escenarios donde el personal de salud recaba el consentimiento en el que se acepta un método anticonceptivo cuando se encuentran en una situación de gran vulnerabilidad antes, durante o después del parto. En ocasiones, el consentimiento informado es recabado con violencia, a través de intimidaciones, regaños, humillaciones, e incluso se llega a condicionar la atención médica a las mujeres para que lo firmen.

SONIA⁶²

JALISCO

Sonia tenía 31 años y llevaba el control de su embarazo en la Unidad Médica Familiar (UMF) 33 del IMSS, en Tonila, Jalisco. 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 toda la noche. Al día siguiente le informaron que su embarazo transcurría bien, pero aún no llegaba a término.

Dos días después, la médica del turno matutino notó que Sonia 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, sólo 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 expresó a los familiares de Sonia que, por motivos de salud, no era conveniente que tuviera otro embarazo y les aseguró que ella ya estaba de acuerdo y que había firmado el consentimiento para practicarle una Oclusión Tubaria Bilateral (OTB).⁶³ Entonces, su esposo firmó un documento de autorización, que Sonia no pudo revisar con detenimiento porque se encontraba muy cansada ya que llevaba más de dos días en labor de parto.

Sonia, con el acompañamiento de GIRE, presentó una queja ante la CNDH, que al cierre de este informe se encuentra pendiente de resolución, así como una demanda de amparo.

El caso fue atraído por la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación. El 26 de mayo del 2021, por unanimidad, la Primera Sala de la Corte concluyó que, conforme a los parámetros del derecho nacional e internacional vigentes al momento de los hechos, Sonia fue víctima de una esterilización no consentida como una forma de tortura, y fue víctima también de violencia de género, violencia obstétrica y de tratos

cruces, inhumanos y degradantes. La Primera Sala señaló que ni Sonia ni sus familiares dieron su consentimiento previo, libre, pleno e informado para que se le practicara la OTB. Asimismo, determinó que, debido a la naturaleza y consecuencias de la OTB como método anticonceptivo permanente, el personal médico tenía un deber reforzado de recabar el consentimiento informado —con todos sus requisitos— de Sonia. Este deber no sólo se incumplió, sino que la vulneración a sus derechos a la salud, a la integridad personal, a la libertad y autonomía reproductiva, y a la información en el acceso a los servicios de salud reproductiva se agravó por la actitud engañosa, coercitiva e inductiva de las autoridades responsables.

El proyecto de sentencia ordena al hospital responsable prestar atención médica quirúrgica sin costo para Sonia, para que, de mediar su consentimiento informado, y ser medicamente viable, se le practique el procedimiento para revertir la esterilización. De no ser factible, que se le ofrezca la posibilidad de acceder a un procedimiento de reproducción asistida, practicada en el Instituto, o bien, en una institución privada de salud, con cargo al IMSS.

También, instruyó que se le proporcione un tratamiento médico psicológico o psiquiátrico orientado en salud sexual y reproductiva, para resarcir la afectación en la esfera psico-emocional sufrida. Aunado a ello, ordenó dar vista al Órgano de Control Interno del IMSS, para que se determine si existen elementos para iniciar un procedimiento de responsabilidad administrativa.

Además, ordenó al IMSS elaborar para su difusión una guía para prevenir y erradicar conductas generadoras de violencia obstétrica institucional, centrada en la perspectiva de género y en la obtención y generación de un consentimiento libre, pleno, previo e informado de las usuarias sujetas a tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas derivadas de métodos anticonceptivos y planificación familiar.⁶⁴

Esta resolución del máximo tribunal de justicia en México constituye un precedente importante, ejemplo de que se puede juzgar con perspectiva de género y de la relevancia que puede tener el Poder Judicial en la defensa de los derechos reproductivos.

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

63 Oclusión Tubaria Bilateral (OTB) es un método anticonceptivo permanente que consiste en la obstrucción bilateral de las trompas uterinas.

64 SCJN, Primera Sala, Comunicado de prensa No. 148/2021, 26 de mayo de 2021, *La esterilización femenina no consentida constituye violencia obstétrica institucional como una forma de violencia de género*. Disponible en: <https://www.internet2.scjn.gob.mx/red2/comunicados/noticia.asp?id=6455> Y SCJN, Primera Sala. Amparo en revisión 1064/2019, Ministra ponente: Norma Lucía Piña Hernández. Disponible en: <https://www2.scjn.gob.mx/ConsultaTematica/PaginasPub/ResultadosPub.aspx>

La Relatora Especial del Consejo de Derechos Humanos sobre la violencia contra la mujer, en su informe *Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva*, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica,⁶⁵ evidencia que las esterilizaciones forzadas son procedimientos médicos que se practican en todo el mundo sin consentimiento informado.⁶⁶ Agrega que, para que el consentimiento sea válido, debe ser voluntario y la persona debe contar con toda la información, y una firma por sí sola no es una indicación de consentimiento informado.⁶⁷ También reconoce que las esterilizaciones forzadas son practicadas por profesionales sanitarios por diversas razones, por ejemplo, aduciendo que redundan en beneficio del denominado *interés superior de la mujer* o basándose en la creencia de que ciertas poblaciones, como las mujeres indígenas o las mujeres con discapacidad son incapaces de tomar decisiones responsables sobre su reproducción. Algunos centros de salud, además, ocultan información o engañan a las mujeres para que presten su consentimiento a la esterilización, actuando con una manifiesta falta de respeto a su derecho a la autonomía.⁶⁸

En la actualidad, se encuentra pendiente de dictaminar en la Cámara de Diputados una iniciativa que busca reformar el artículo 67 de la Ley General de Salud. La propuesta establece que:

[.....]

“El personal médico deberá solicitar el consentimiento firmado, plenamente informado, con información oportuna, completa y adecuada, sin encontrarse en situación vulnerable o de crisis, antes de que se practique la esterilización. Quienes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita serán sancionados conforme a las disposiciones de esta Ley y de la Ley General de Víctimas, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran. Se ofrecerán reparaciones e indemnizaciones a las mujeres víctimas de esterilizaciones no consentidas.”⁶⁹

En la exposición de motivos de la iniciativa se reconoce que la esterilización sin el debido consentimiento informado de la mujer constituye una violación a los derechos humanos a la salud, a la igualdad y a la no discriminación, así como a la dignidad, todos ellos reconocidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en los tratados internacionales de los que México es parte.

Si bien el marco normativo vigente ya prevé que antes de llevar a cabo cualquier procedimiento quirúrgico es necesario recabar el consentimiento de la persona a la que se le realizará,⁷⁰ y que para la aplicación de un método anticonceptivo permanente o definitivo es indispensable que la autorización esté precedida de una o varias sesiones de consejería, en forma previa a su realización,⁷¹ resulta positivo que se busque reforzar esta obligación mediante una reforma a la Ley General de Salud.

SITUACIÓN DERIVADA DE LA PANDEMIA POR COVID-19

Con el propósito de garantizar la continuidad de servicios esenciales durante la pandemia por COVID-19 y el acceso a servicios de calidad para mujeres embarazadas y neonatos, la Secretaría de Salud emitió en abril de 2020 el Lineamiento para la prevención y mitigación de COVID-19 en la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida, y sus posteriores actualizaciones, en julio de 2020 y mayo de 2021, respectivamente, en los que retomó recomendaciones, entre las cuales destaca la importancia de que las mujeres estén acompañadas por alguien de su confianza durante el parto, ya sea su familiar o una persona trabajadora de la salud como una partera profesional, tradicional o doula, así como la necesidad de atender el parto de manera individual, en un marco de respeto a los derechos humanos. En estos documentos, la Secretaría de Salud deja claro que ni el contexto de pandemia ni un diagnóstico positivo de COVID-19 en una mujer en trabajo de parto son justificación para llevar a cabo procedimientos médicos invasivos de manera rutinaria y sin el consentimiento de la persona de quien se trate, tales como ruptura artificial de membranas, episiotomía o cesárea.

Sin embargo, en 2020, por primera vez el número de nacimientos por cesárea superó al de partos y llegó a ser de 50 por ciento, de acuerdo con datos del Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC) de la Secretaría de Salud. El aumento en la práctica de cesáreas coincide con los meses de contingencia por COVID-19. En marzo de 2020, los partos vaginales y por cesárea se igualaron en 49.3 por ciento y a partir de abril las cesáreas fueron más de la mitad. Durante el año 2020, en México hubo 1 millón 731,542 nacimientos, de los cuales 50 por ciento fueron resueltos por cesárea.⁷²

En el Lineamiento para la prevención y mitigación de COVID-19 en la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida, y sus actualizaciones, el gobierno de México recuerda que la práctica de una cesárea debe estar justificada y no es necesaria en 85 por ciento de los casos. En contraste con el aumento de intervenciones quirúrgicas, los lineamientos recomiendan opciones alternativas, como la incorporación de parteras y la habilitación de casas maternas. Sin embargo, asociaciones de parteras han denunciado la falta de apoyo por parte del gobierno mexicano para promover y abrir estos espacios.⁷³

65 Naciones Unidas, Asamblea General, informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, 11 de julio de 2019, *Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica*. Disponible en: <http://undocs.org/es/A/74/137>

GIRE envió a la Relatora un informe sobre el trabajo que ha realizado para visibilizar situaciones que constituyen este tipo de violencia. Disponible en: <https://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/SRWomen/Pages/Mistreatment.asp>

66 *Ibidem*, párr. 21.

67 *Ibid*, párr. 38

68 Naciones Unidas, Asamblea General, A/74/137, 11 de julio de 2019, párr. 21. Disponible en: <https://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/SRWomen/Pages/Mistreatment.aspx>

69 Pendiente de dictamen en la Comisión de Salud, con opinión de la Comisión de Justicia, ambas de la Cámara de Diputados. Iniciativa que reforma el artículo 67 de la LGS, suscrita por los diputados Arturo Escobar y Vega y Ana Patricia Peralta de la Peña e integrantes de los grupos parlamentarios del PVEM Y Morena, así como los diputados Francisco Elizondo Garrido, Nayeli Arlen Fernández Cruz, Alfredo Antonio Gordillo Moreno y Erika Mariana Rosas Uribe, del Grupo Parlamentario de Morena, octubre de 2020. Disponible en: [asun_4096496_20201022_1603408222.pdf](https://www.gob.mx/documentos/2020/10/20/asun_4096496_20201022_1603408222.pdf) (gobnacion.gob.mx)

70 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, artículos 80, 81 y 82.

71 La NOM 005 prevé que en la decisión para realizar la OTB se debe incluir un proceso de análisis y comunicación personal, entre los prestadores de servicios y los usuarios mediante el cual se les brinde información de métodos anticonceptivos y elementos para que puedan tomar decisiones voluntarias, conscientes e informadas acerca de su vida sexual y reproductiva, así como para efectuar la elección del método más adecuado a sus necesidades individuales y así asegurar un uso correcto y satisfactorio por el tiempo que se desea la protección anticonceptiva.

72 Secretaría de Salud, SINAC, *Nacimientos ocurridos*. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_nacimientos_gobmx.html

73 Animal Político, *Más cesáreas que partos naturales en México. Por la pandemia, el sector salud deja a las mujeres sin opción a elegir*, 21 de octubre de 2020. Disponible en: <https://mujeres-covid-mexico.animalpolitico.com/aumento-cesareas-sin-opcion>

La emergencia sanitaria ha tenido también un impacto diferenciado en algunos grupos poblacionales. Las mujeres indígenas y afromexicanas⁷⁴ se han visto afectadas por la pandemia de diversas formas. Primero, en el ámbito económico puesto que muchas viven al día y quienes tienen trabajos remunerados los realizan en el sector informal. Segundo, los servicios de clínicas y hospitales han redirigido su atención a la COVID-19, quitándole prioridad a la salud sexual y reproductiva y generando confusión sobre dónde deben acudir en contextos cuya infraestructura y atención ya era precaria.

Asimismo, el Decreto de Austeridad firmado el 23 de abril de 2020⁷⁵ provocó la cancelación del presupuesto para las 35 Casas de la Mujer Indígena y Afromexicana (CAMI), uno de los pocos espacios comunitarios en los que las mujeres indígenas y afromexicanas pueden acudir para proteger sus vidas y derechos. Las CAMI son espacios en donde mujeres pertenecientes a estos grupos poblacionales brindan atención a otras mujeres con pertinencia cultural, perspectiva de género y derechos humanos en las vertientes de derechos de las mujeres, prevención de violencia de género y derechos sexuales y reproductivos. En el contexto actual, en el que la violencia de género va en aumento (como lo han mostrado las cifras del Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública), la cancelación del presupuesto destinado a las CAMI es una muestra de que el Estado incumple con su obligación de garantizar a las mujeres indígenas y afromexicanas una vida libre de violencia y el derecho a la salud, además de atentar contra las instituciones que realizan esta labor.

Las mujeres indígenas y afromexicanas también han padecido la falta de información con pertinencia cultural y lingüística y en formatos accesibles sobre las medidas de prevención y atención de la COVID-19, en especial durante la atención del embarazo, parto y posparto. La pandemia ha puesto en evidencia el racismo estructural y las profundas desigualdades que enfrentan los pueblos y comunidades indígenas y afromexicanas.⁷⁶

Por otro lado, el hecho de priorizar a usuarios positivos de COVID-19 ha provocado que personas con enfermedades no contagiosas no reciban la atención que requieren, situación que afecta a quienes necesitan servicios de salud obstétrica. El miedo de acudir a las instituciones de salud por el riesgo de contagio y la falta de acceso a las mismas han generado un aumento en los casos de violencia obstétrica.⁷⁷

Durante la pandemia por COVID-19 las mujeres con embarazo de bajo riesgo tuvieron mayor acercamiento con las parteras voluntarias rurales por miedo a infectarse en los hospitales y han preferido ser atendidas en su casa por alguien de confianza y con las habilidades para la atención de un parto. En ese sentido, el programa IMSS-Bienestar reportó que en el periodo de marzo de 2020 a marzo de 2021 mujeres rurales parteras han atendido un total de 4,680 nacimientos, lo que significa un crecimiento de 11.1 por ciento en el mismo periodo previo a la pandemia. Además, informó que se ha mantenido interrelación con más de 6 mil parteras en 18 estados de la República durante la contingencia sanitaria, generando un lazo de confianza en la población en la atención del embarazo, parto y puerperio de la manera tradicional.⁷⁸

74 En México, más de 25 millones de personas se identifican como indígenas, más de 1.3 millones como afromexicanas y las mujeres indígenas y afromexicanas representan 51 por ciento de sus poblaciones. Véase: Observatorio Género y COVID-19 en México, 2020, *op. cit.* Y, Observatorio Género y COVID-19 en México. *Nos cayó el 20. Diagnóstico y recomendaciones del Observatorio Género y COVID-19 en México*, 2021. Disponible en: <https://genero-covid19.gire.org.mx/informe/>

75 DOF 23/04/2020. Decreto por el que se establecen las medidas de austeridad que deberán observar las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal bajo los criterios que en el mismo se indican.

76 Observatorio Género COVID-19 en México, *Nos cayó el 20. Diagnóstico y recomendaciones del Observatorio de Género y COVID-19 en México*, 2021, *op. cit.* pp. 43 y 53.

77 *Ibidem.*

78 Comunicado 186 IMSS-Bienestar tiene interrelación con más de 6 mil parteras voluntarias rurales durante la pandemia, 5 de mayo de 2021. Disponible en: <https://www.gob.mx/imss/prensa/com-186-imss-bienestar-tiene-interrelacion-con-mas-de-6-mil-parteras-voluntarias-rurales-durante-la-pandemia-271536?idiom=e>

C. DISCRIMINACIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD: NOM 005

Las personas con discapacidad también enfrentan mayores obstáculos para acceder a servicios de salud reproductiva. Es frecuente que, por ejemplo, las mujeres con discapacidad intelectual y psicosocial sufran violencia obstétrica; incluso, en muchas ocasiones, son forzadas a interrumpir sus embarazos —por ser consideradas incapaces para ser madres—, obligadas a utilizar algún método de anticoncepción temporal o permanente y sometidas de manera desproporcionada a procedimientos de esterilización forzada.⁷⁹ 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 que refiere el “retraso mental” como una indicación para practicar un método de esterilización conocido como OTB. Afirmar que las discapacidades intelectuales o psicosociales son un “indicador” para la esterilización supone que las mujeres con discapacidad no deben reproducirse, lo cual es claramente contrario a la Constitución y a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Dicha Norma, modificada por última vez en el año 2004, se encuentra pendiente de actualizarse. Es necesario que su actualización adopte una perspectiva interseccional en la que se respeten los derechos de las personas con discapacidad que incluya de manera expresa cuestiones de accesibilidad y autonomía en la toma de decisiones y, por supuesto, elimine la indicación para la realización de OTB en casos de mujeres con discapacidad vigente actualmente.

79 Colectivo Chuhcán A.C., DRI, Equis, GIRE, Transversal y Refim, *Informe alternativo ante el Comité de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* 2014-2019, 2019. Disponible en: https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CRPD/Shared%20Documents/MEX/INT_CRPD_ICO_MEX_35705_S.pdf. Naciones Unidas, Informe Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, *La salud y los derechos en materia sexual y reproductiva de las niñas y las jóvenes con discapacidad*, A/72/133, (14 de julio de 2017), párr. 29.

ACCESO A LA JUSTICIA

ELIZABETH⁸⁰

MORELOS

En septiembre de 2016 Elizabeth se presentó en el Hospital General Regional No. 1 del IMSS, en Morelos, por cursar un embarazo de 41 semanas, con fuente rota, sin dolores de parto y dilatación de dos centímetros, con buena salud.

En el hospital le realizaron varios tactos vaginales y, más tarde, le indujeron el parto. La atendió 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 4° grado que le ocasionó una fístula. El proceso de reparación del desgarro fue realizado por la médica titular, quien ignoró y minimizó el dolor que expresó Elizabeth y no le administró anestesia.

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.

Por estos hechos Elizabeth presentó una queja en noviembre de 2016 ante la CNDH y, con el acompañamiento de GIRE, una ampliación de queja en abril de 2018. Resultado de esta investigación, en septiembre de 2019, la CNDH dirigió al Director General del IMSS una propuesta de conciliación que consistió en los siguientes puntos: en colaboración con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV), inscribir a Elizabeth y a su hija en el Registro Nacional de Víctimas; proporcionar atención médica y psicológica, hasta su total recuperación, así como atención pediátrica a su hija hasta que alcance su total recuperación; impartir cursos de capacitación sobre

aspectos relativos a los hechos identificados en el caso; emitir una circular a fin de que, en el hospital donde sucedieron los hechos, se adopten medidas que garanticen que los expedientes clínicos se encuentren debidamente integrados y protegidos, e implementar y dar cumplimiento a lo previsto en la Recomendación general 31/2017. Sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud.

Paralelamente, en julio de 2017, GIRE acompañó a Elizabeth en la presentación de una demanda de amparo, 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 su salud e integridad física.

El 21 de agosto de 2019, Elizabeth, con el acompañamiento de GIRE, presentó escrito de reclamación por responsabilidad patrimonial del Estado, ante el Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal de Morelos, en donde solicitó una indemnización por el daño material y moral sufrido con motivo de la atención médica que recibió. El 26 de agosto de 2019, dicho órgano remitió el asunto a la Coordinación de Asuntos Contenciosos del IMSS, instancia que concluyó hubo inconsistencias en la atención médica y que el actuar del personal del IMSS no fue adecuado, oportuno, ni responsable. Por ello, el 9 de marzo de 2019, Elizabeth, con el acompañamiento de GIRE, presentó escrito de convenio ante el IMSS, el cual firmaron el 31 de marzo de 2021, dándose por terminada la reclamación por responsabilidad patrimonial del Estado.

Adicionalmente, GIRE continúa brindando apoyo a Elizabeth y a su hija para el acceso a terapias psicológicas, que se vieron interrumpidas a consecuencia de la pandemia.

Desafortunadamente, quienes enfrentan situaciones de violencia obstétrica no siempre obtienen justicia por las violaciones a sus derechos humanos. El siguiente caso es muestra de ello.

⁸⁰ Elizabeth autorizó a GIRE utilizar su nombre en este informe.

LILIANA⁸¹

QUINTANA ROO

El 12 de noviembre de 2013, Liliana acudió al Hospital General de Zona Médica Familiar 1 (H.G.Z. MF 1) para recibir atención, pues estaba en labor de parto. Tenía 26 años y cursaba su primer embarazo. No había manifestado ninguna condición de riesgo en su embarazo.

Durante las primeras seis horas en el hospital, el médico encargado le comentó que presentaba una evolución favorable para el parto vaginal. Sin embargo, al cambio de turno, el médico que la atendió desde el inicio mostró una actitud grosera y altanera. Tras revisar su expediente determinó de manera tajante que se realizaría una cesárea, pese a que la evolución del embarazo según el seguimiento prenatal era favorable. Liliana pidió que el parto fuera vaginal, a lo que el médico respondió con sarcasmo: “si la paciente lo desea yo me puedo ir a dar una vuelta para revisar a todos mis pacientes y en hora y media regresar, pero si el bebé ya tiene sufrimiento fetal es bajo su responsabilidad”.

Ante el miedo de lo que pudiera sucederle a su hija, accedió a la práctica de la cesárea. Se le aplicó la epidural en dos ocasiones; segundos más tarde, perdió el conocimiento, no tuvo conciencia del procedimiento que se le realizaba ni del momento en que nació su hija.

Después de la cesárea sentía intenso dolor abdominal y presentaba febrícula. Tuvo que insistir alrededor de una hora y media para que la enfermera del turno nocturno le llamara al médico, quien simplemente indicó medicamento sin revisarla previamente.

El 14 de noviembre la dieron de alta, a pesar de que continuaba con fuerte dolor abdominal y febrícula. Dos días después, tras un aumento considerable del dolor y la fiebre, se presentó en el área de urgencias del IMSS y advirtieron que tenía una infección en vías urinarias.

El 20 de noviembre la dieron de alta, pese a que en el expediente clínico constaba una nota médica que indicaba que estaba delicada. Ese mismo día presentó fiebre y dolor abdominal, por lo que acudió a una clínica privada para que le hicieran un ultrasonido. Más tarde, regresó al hospital del IMSS, donde fue atendida por el médico que le realizó la cesárea, quien nuevamente se mostró indiferente ante la situación. Por esa razón, decidió regresar a la clínica privada a buscar atención.

El 26 de noviembre, después de seis días de estudios y tres intervenciones quirúrgicas, entre las cuales se le extirpó el útero, se le informó que durante la cesárea se le había perforado la vejiga y el útero, razón por la cual presentaba salida de orina por la vagina. Como consecuencia de esto, ya no podrá tener más hijos.

Desde 2013, Liliana ha recurrido a varias instancias en búsqueda de justicia. Ese mismo año presentó una queja ante el IMSS, la cual fue concluida por considerarla improcedente. Ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) no logró un acuerdo de conciliación debido a que el IMSS no admitió que hubo responsabilidades. También recurrió a la CNDH, que consideró que su caso no se trataba de un tema de violación a derechos humanos sino de negligencia médica, y remitió la queja a la CONAMED. Con el acompañamiento de GIRE, Liliana presentó, en junio de 2014, una ampliación y aclaración de queja en la CNDH. En diciembre de 2020, este organismo nacional notificó a GIRE el cierre del expediente, por no acreditarse violaciones a derechos humanos. Han pasado siete años desde que Liliana fue víctima de violencia obstétrica y aún continúa en la lucha porque se reconozca que fueron violados sus derechos humanos y se haga justicia.

81 Liliana autorizó a GIRE utilizar su nombre en este informe.

PATRONES IDENTIFICADOS

Los siguientes casos de violencia obstétrica han sido registrados, documentados y acompañados por GIRE de enero de 2010 a julio de 2021.

CASOS REGISTRADOS, DOCUMENTADOS Y ACOMPAÑADOS POR GIRE

(ENERO 2010-JULIO 2021)

VIOLENCIA OBSTÉTRICA

	TOTAL DE CASOS
REGISTRADOS	40
DOCUMENTADOS	19
ACOMPAÑADOS	57

Los siguientes casos de violencia obstétrica han sido acompañados por GIRE y se encuentran en etapa de reparación integral.

CASOS ACOMPAÑADOS POR GIRE EN ETAPA DE REPARACIÓN INTEGRAL

(ENERO 2016-JULIO 2021)

VIOLENCIA OBSTÉTRICA

CASOS	ENTIDAD	AUTORIDAD RESPONSABLE	ESTATUS	
12	Violencia obstétrica	Chiapas	IMSS	En proceso
		Quintana Roo	IMSS	En proceso
		Ciudad de México	IMSS	En proceso
		México	IMSS	En proceso
		Baja California	ISSSTE	En proceso
		Ciudad de México	IMSS	En proceso
		México	IMSS	En proceso
		Ciudad de México	Secretaría de Salud de la Ciudad de México	En proceso
		Ciudad de México	Secretaría de Salud de la Ciudad de México e Instituto Nacional de Perinatología	En proceso
		Querétaro	Secretaría de Salud de Querétaro	En proceso
		Sinaloa	Secretaría de Salud de Sinaloa	En proceso
		Oaxaca	Secretaría de Salud de Oaxaca	En etapa de cumplimiento
2	Violencia obstétrica y muerte neonatal	México	Secretaría de Salud del Estado de México	En proceso
		Zacatecas	Secretaría de Salud de Zacatecas	En proceso
TOTAL: 14				

Desde GIRE se ha advertido que, aunque el procedimiento de queja e investigación ante comisiones de derechos humanos debería ser cercano a las víctimas, no siempre es así. Las personas pueden presentar sus quejas, ya sea acudiendo presencialmente o vía remota, pero la respuesta por parte de las comisiones de derechos humanos puede tardar entre dos o tres meses. Esta respuesta apenas informa si se inició la queja o están buscando elementos. De no contar con apoyo legal para presentar otras pruebas, como una opinión técnica médica de su expediente clínico o un informe psicológico, las personas peticionarias se quedan en una situación de desventaja ya que las comisiones por lo regular solicitan sus informes a instituciones como la CONAMED o a sus peritos particulares, que no en todos los casos son especializados en gineco-obstetricia o salud pública.

Además, a partir del acompañamiento de casos, GIRE ha documentado protocolos deficientes en la tramitación de las quejas y acuerdos con las autoridades que no toman en cuenta a las víctimas. Es necesario que las comisiones de derechos humanos las hagan partícipes en los procedimientos, practiquen los peritajes necesarios y les notifiquen de forma constante y completa.⁸² Así mismo, no hay criterios uniformes para el cierre de los expedientes, así que un caso que verse sobre hechos similares puede concluirse de diversas maneras, en el mejor de los casos con la emisión de una recomendación.

La CNDH, particularmente, suele llevar procesos de conciliación sin consultarlo con las personas peticionarias, quienes se enteran de éstos ya que están pactados con las instituciones y no tienen posibilidad de pedir medidas específicas, aunado a que la mayoría de las notificaciones se realizan vía correo postal que puede tardar hasta ocho meses. La falta de comunicación entre la CNDH y las personas quejas hace que éstas se sientan abandonadas e ignoradas por las autoridades, lo que representa una forma de revictimización.

En la mayoría de las comisiones se le da un gran peso al expediente clínico, lo que hace muy complicado comprobar las situaciones de violencia verbal, emocional y psicológica que forman parte frecuente de las experiencias de violencia obstétrica que enfrentan las mujeres y otras personas con capacidad de gestar.

Por otra parte, en caso de que una queja culmine con una recomendación, es necesario mantener informadas a las personas afectadas sobre el avance en el cumplimiento de la recomendación; de lo contrario, no podrán cuestionar los informes enviados a las autoridades en aquellos casos en los que los mismos no muestren el estado real de cumplimiento.

Como respuesta a la pandemia por COVID-19, en marzo de 2020, el gobierno mexicano dictó diversas medidas que han tenido un impacto fundamental en la vida de las personas, entre ellas, en relación con el acceso los servicios de salud reproductiva. En el ámbito del acceso a la justicia, estableció, en marzo de 2020, el cierre de las ventanillas en las oficinas del Poder Judicial Federal durante varios meses, salvo para la atención de casos urgentes; sin embargo, la calificación de los casos como urgentes, o no, fue dejada al arbitrio de cada juzgado. Lo anterior ha provocado retrasos importantes en los procesos jurídicos de quienes buscan acceder a la justicia por casos relacionados con situaciones de violencia obstétrica, así como dificultades para atender y resolver nuevas solicitudes.

82 GIRE, *Protocolos deficientes y la complicidad de la CNDH*, Animal Político, 4 de septiembre de 2017. Disponible en: <https://www.animalpolitico.com/punto-gire/protocolos-deficientes-la-complicidad-la-cndh/>

VÍAS DE ACCESO A LA JUSTICIA

Además de la obligación que tiene el Estado de garantizar una atención de calidad que erradique los casos de violencia obstétrica, debe asegurar que quienes la enfrentan tengan acceso a recursos efectivos y protección judicial, incluyendo medidas de reparación integral.

Ante situaciones de violencia obstétrica, las personas tienen la posibilidad de iniciar diversos procedimientos, entre ellos: quejas ante comisiones de derechos humanos, quejas administrativas ante las unidades de atención al derechohabiente de las instituciones públicas de salud o presentar una demanda de amparo.

En la experiencia de GIRE en el acompañamiento de casos de violencia obstétrica, se ha optado por acudir a las comisiones de derechos humanos o bien, la presentación de demandas de amparo, especialmente en casos que requieran acciones urgentes.⁸³

QUEJAS ANTE COMISIONES DE DERECHOS HUMANOS

En casos de violencia obstétrica, las comisiones de derechos humanos pueden constituir un mecanismo clave para obtener acceso a la justicia que ofrezca recomendaciones con perspectiva de derechos humanos y contribuya a establecer medidas de reparación integral que incluyan la implementación de garantías de no repetición.

En respuesta a solicitudes de información presentadas por GIRE, las comisiones de derechos humanos, nacional y locales, reportaron información sobre el número de quejas, conciliaciones y recomendaciones, en el periodo comprendido de enero de 2010 a enero de 2020, sobre violencia obstétrica. La CNDH, en dicho periodo, reportó 2,497 quejas por diversos hechos relacionados con violencia obstétrica.⁸⁴

83 Una explicación detallada de las vías de acceso a la justicia en casos de violencia obstétrica puede consultarse en GIRE, *Atención a la salud reproductiva*. Disponible en: <https://saludreproductiva.gire.org.mx/> Y en GIRE, *Salud materna en Yucatán. El caso de Valladolid*, 2021. Disponible en: <https://casovalladolid.gire.org.mx/>

84 PNT, solicitud de acceso a la información, folio 3510000080220. La CNDH informó que la selección de búsqueda la realizó utilizando los siguientes filtros: autoridad “sector salud”, en sujeto tipo “mujer”, en narración de hechos las fases “atención ginecológica” y “violencia obstétrica”, así como en hecho violatorio “negligencia médica”, y aquellos relacionados con violencia obstétrica como son: “contracepción forzada”, “obstaculizar la decisión sobre el número y espaciamiento de los hijos”, “omitir u obstaculizar el ejercicio del derecho a la libertad de procreación”, “imponer conductas contrarias a la libertad sexual”, “transgredir el derecho a la libertad sexual”, “inducir a la mujer a la pérdida del producto de la concepción”, “omitir prestar atención médica especial, en caso de maternidad e infancia” y “privación de la vida del producto de la concepción”.

QUEJAS POR VIOLENCIA OBSTÉTRICA ANTE LA CNDH

TOTAL DE QUEJAS	CONCLUIDAS POR RECOMENDACIÓN	CONCLUIDAS POR CONCILIACIÓN
2,497	130	43

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

En respuesta a solicitudes de acceso a la información realizadas por GIRE, las comisiones locales de derechos humanos proporcionaron distintos niveles de información: en varios casos afirmaron no clasificar la información por violencia obstétrica o por malos tratos y negligencia médica a mujeres, con motivo de atención ginecológica u obstétrica, sino por diversos hechos violatorios —negligencia médica en general, negativa para proporcionar atención médica, omitir o negar el servicio de hospitalización, entre otros— por ello, en esos casos, no es posible concluir que el número de quejas reportadas correspondan a hechos que constituyan violencia obstétrica.

85 Información de 2015 a 2020.

86 El estado de Chihuahua solicitó consultar su sitio web. De los contenidos en los informes no es posible determinar si se trata de quejas sobre violencia obstétrica. La información sobre el número de recomendaciones fue obtenida directamente por GIRE en el sitio web de la comisión de estado.

87 La autoridad informó en total 23 quejas; sin embargo, al momento de hacer el desglose de las quejas por año suman un total de 24.

88 La autoridad informó una queja por muerte materna. Información de 2014 a 2020.

89 El número de quejas no corresponde necesariamente a violencia obstétrica.

90 El estado de Guanajuato aclaró que de los 40 expedientes de recomendación se emitieron 159 recomendaciones.

91 El número de quejas no corresponde necesariamente a violencia obstétrica.

92 El número de quejas no corresponde necesariamente a violencia obstétrica.

93 El número de quejas no corresponde necesariamente a violencia obstétrica.

94 El número de quejas no corresponde necesariamente a violencia obstétrica.

95 El número de quejas no corresponde necesariamente a violencia obstétrica.

96 El número de quejas no corresponde necesariamente a violencia obstétrica.

97 El número de quejas no corresponde necesariamente a violencia obstétrica.

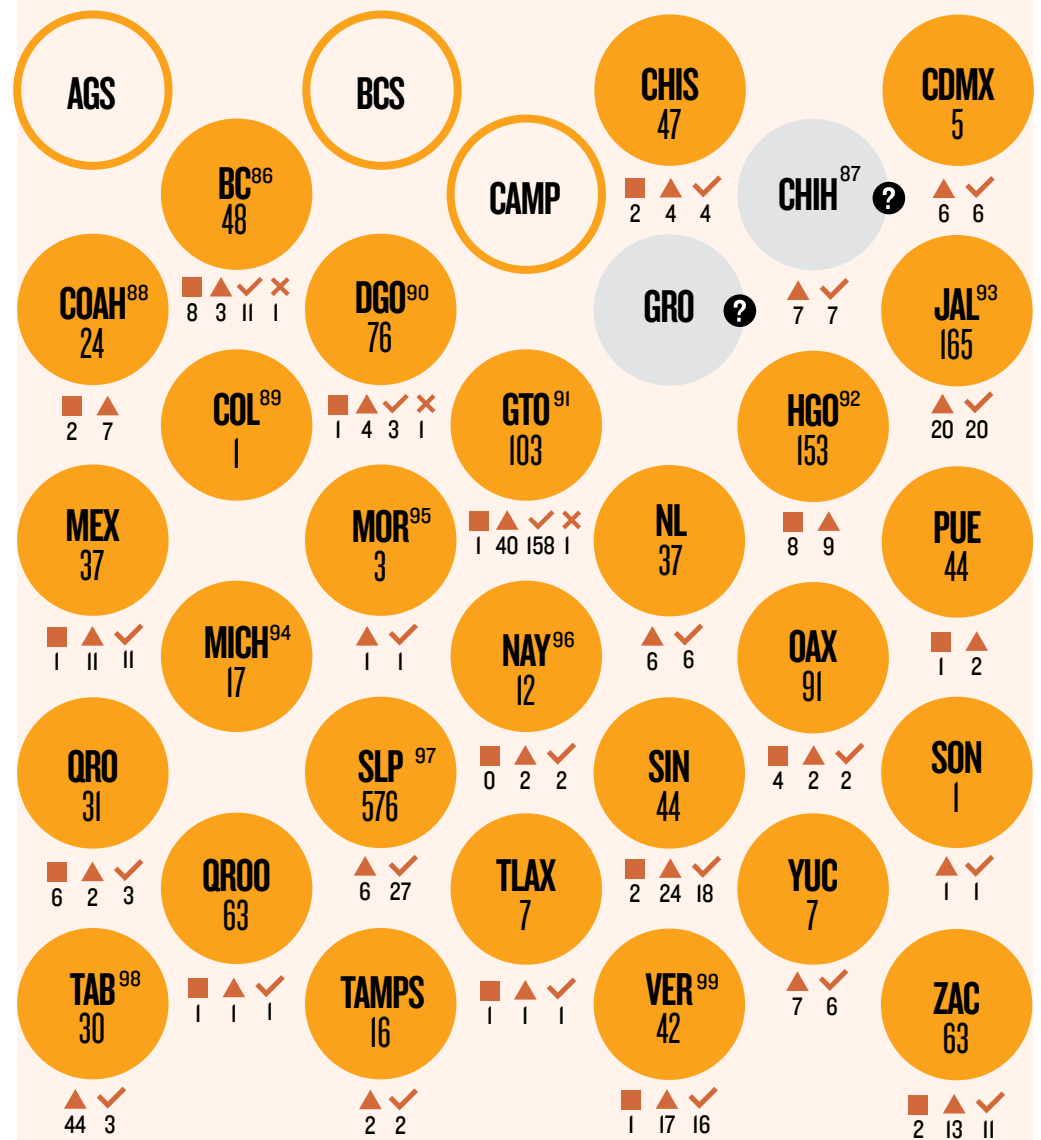
98 Información del 2013 al 2020. El estado de Tabasco informó que de las 6 recomendaciones emitidas, 44 puntos recomendatorios fueron aceptados.

99 Información del 2012 al 2020. El estado de Veracruz informó que además de las 16 recomendaciones aceptadas, una más cuenta con aceptación parcial.

QUEJAS POR VIOLENCIA OBSTÉTRICA ANTE COMISIONES LOCALES DE DERECHOS HUMANOS

(ENERO 2010 - ENERO 2020)

QUEJAS	SIN QUEJAS	NO INFORMÓ NÚMERO DE QUEJAS
41	203	361
CONCILIACIONES	RECOMENDACIONES	RECOMENDACIONES ACEPTADAS
3		
		RECOMENDACIONES NO ACEPTADAS



TOTAL: 1,787 QUEJAS

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

De los datos obtenidos a través de solicitudes de acceso a la información realizadas por GIRE, se advierte que varias comisiones locales de derechos humanos no prevén en sus catálogos de hechos violatorios a la violencia obstétrica. Si bien las acciones u omisiones que vulneran los derechos reproductivos durante la atención del embarazo, parto y puerperio tienen encuadre en otros hechos violatorios ya incorporados en los catálogos de las comisiones de derechos humanos, es conveniente que se incluya de manera explícita la violencia obstétrica, o bien registrar que se trata de acciones y omisiones en el ámbito de la atención del embarazo, parto y puerperio, para poder conocer la prevalencia y causas de esta forma de violencia en las instituciones de salud de las entidades federativas, así como el acceso de las personas a mecanismos de acceso a la justicia relacionados con dichas situaciones.

QUEJAS ADMINISTRATIVAS ANTE INSTITUCIONES DE SALUD

El recurso más inmediato que tienen las personas que enfrentan violencia obstétrica es presentar una queja ante la misma institución de salud en la que sucedieron los hechos. Por ello, GIRE ha recomendado⁹⁹ a las secretarías de salud tanto federal como locales y al IMSS e ISSSTE fortalecer los sistemas de quejas en los hospitales que atienden partos, para favorecer el acceso a la justicia en casos de violencia obstétrica.

Las unidades de atención al derechohabiente son áreas que se encuentran en todas las instituciones públicas de salud y que buscan atender las quejas de las personas que consideran que la atención que recibieron no se apega a los estándares médicos señalados en las normas oficiales.

Cada institución tiene sus reglamentos o instructivos para dar trámite a la investigación. Es importante señalar que en este procedimiento la participación de las personas que recibieron el daño es mínima, en realidad su función es iniciar la queja y no tendrán alguna otra participación hasta que se emita la resolución con la que se concluye la investigación. Es la propia institución, a través de comités u otro tipo de órgano colegiado, quien realiza la investigación y que evalúa si se cometieron fallas durante la atención médica, otorga una indemnización y sanciona administrativamente al personal médico responsable.

Estas quejas se pueden presentar personalmente ante las unidades de atención al derechohabiente y en algunos casos, como en el IMSS o ISSSTE, por medios electrónicos.

Para conocer la utilización de este mecanismo en la última década, GIRE realizó solicitudes de acceso a la información pública a las instituciones de salud federales y locales acerca del número de quejas registradas por casos por malos tratos o negligencia médica a mujeres, con motivo de atención ginecológica y obstétrica entre enero de 2010 y enero de 2020. A pesar de los avances logrados a nivel normativo para el reconocimiento del concepto y las prácticas que constituyen violencia obstétrica, se encontró una importante ausencia de registros específicos.

⁹⁹ GIRE, *Niñas y Mujeres sin justicia. Derechos Reproductivos en México*, 2015, *op.cit.* Y GIRE, *Violencia obstétrica. Un enfoque de derechos humanos*, 2015, *op.cit.*

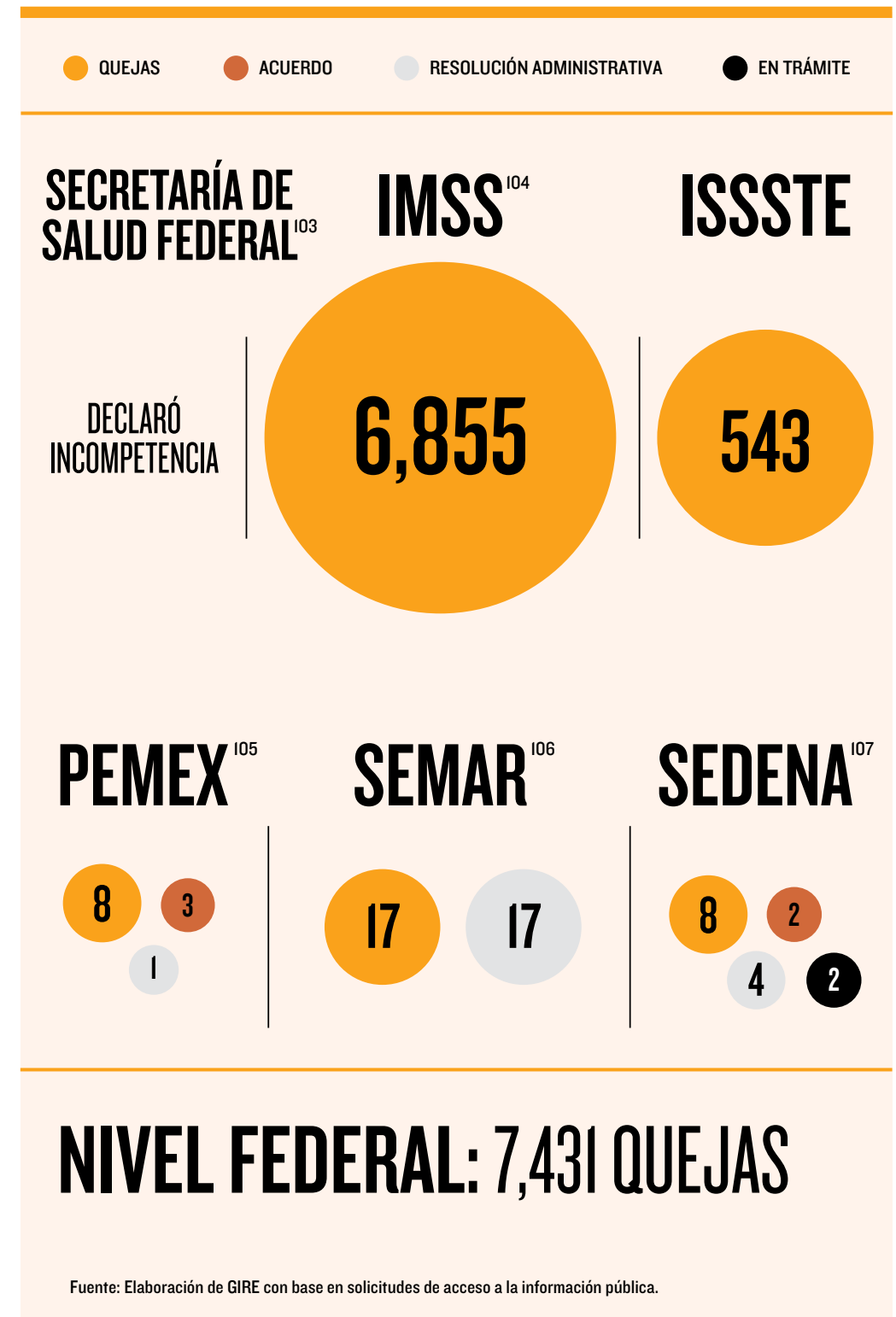


Al menos siete entidades federativas¹⁰⁰ informaron que implementaron la plataforma del Sistema Unificado de Gestión,¹⁰¹ para el registro y seguimiento de quejas de personas usuarias de los servicios de salud algunos a partir del 2012 y otros hasta el 2016. También es importante señalar que las instituciones de salud de Guanajuato, Puebla y Veracruz informaron sobre quejas registradas ante las comisiones de arbitraje médico locales y/o comisión de derechos humanos local. Por su parte, las instituciones de salud de Tamaulipas y Tlaxcala manifestaron incompetencia para responder e informaron que la comisión estatal de arbitraje médico es la instancia competente para dar respuesta.

A nivel federal, de enero de 2010 a enero de 2020 las instituciones de salud federal reportaron en total 7,431 quejas administrativas por violencia obstétrica. Por su parte, las instituciones de salud locales informaron un total de 729 quejas.

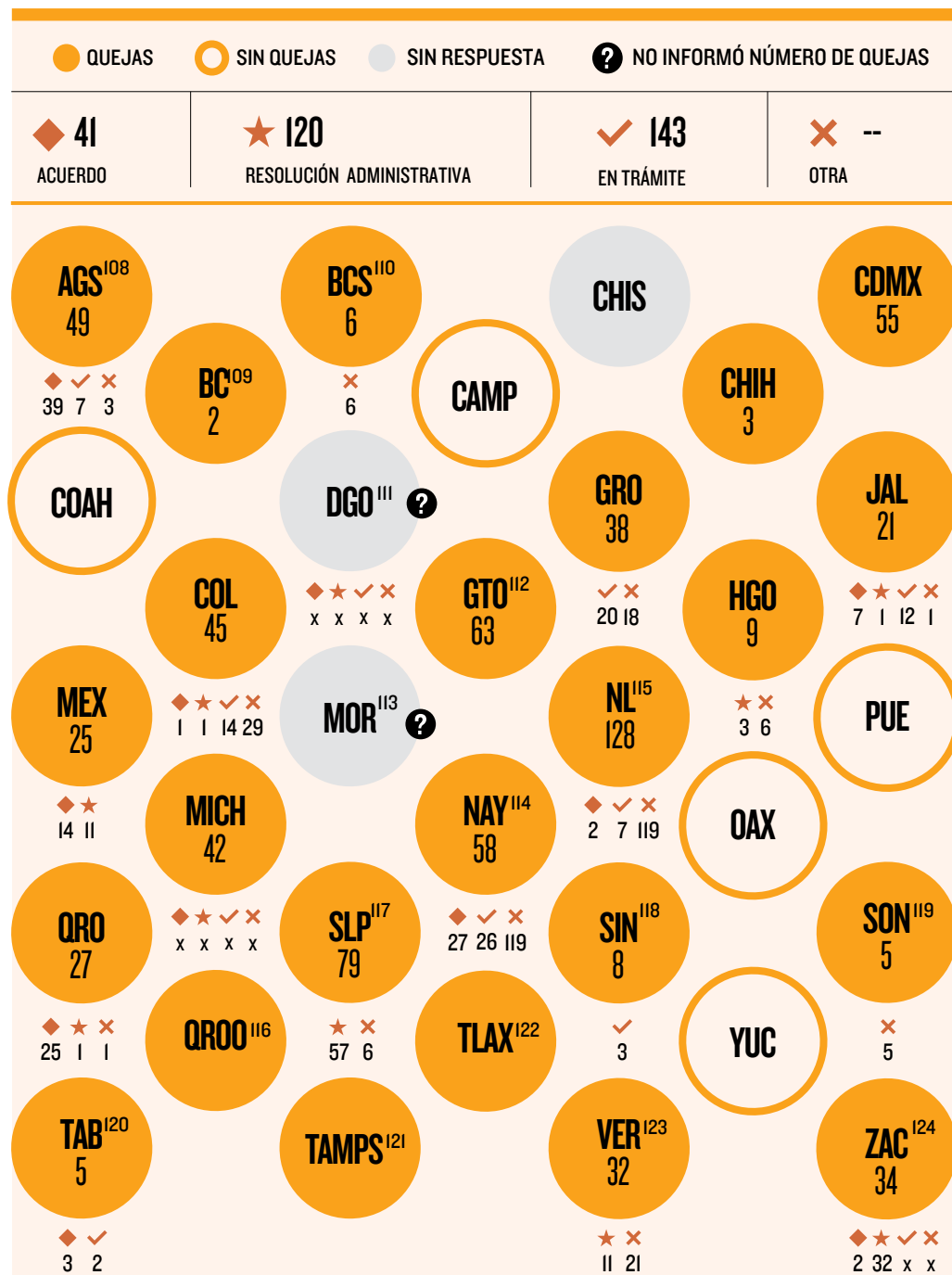
100 Aguascalientes (2016), Baja California (2014), Baja California Sur (2013), Nayarit (2016), Quintana Roo (2015), Sinaloa (2012) y Zacatecas (2015).
 101 Sistema Unificado de Gestión: Conjunto de estructuras y figuras para incrementar la transparencia en las unidades médicas, la capacidad resolutoria y de orientación a las solicitudes de atención de los usuarios/beneficiarios que efectúan gestión para solucionar las inquietudes o inconformidades de los usuarios de los servicios de salud. Secretaría de Salud, *Lineamientos para el uso de la herramienta del Sistema Unificado de Gestión. Atención al usuario de los servicios de salud*, 2018, p.64. Disponible en: <http://ssn.gob.mx/itgsef/itgsef/II/2020/2.7/2.7.2.pdf>
 102 La Secretaría de Salud federal argumentó incompetencia y sugirió dirigir la solicitud a la Conamed.
 103 El IMSS informó que del total de quejas, 1,310 fueron remitidas por la CNDH por supuesto maltrato, así como por supuesta deficiente atención médica y por atención ginecológica y 5,545 fueron quejas registradas por la especialidad de Gineco-Obstetricia.
 104 PEMEX informó que del total de quejas, tres fueron presentadas ante la gerencia de servicios, tres ante la CNDH, y dos ante la Unidad de Estadística Jurídica.
 105 Información de 2011 a 2019.
 106 Información de 2016 a 2019.

QUEJAS ADMINISTRATIVAS POR VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y FORMAS DE CONCLUSIÓN (ENERO 2010 - ENERO 2020)



QUEJAS ADMINISTRATIVAS POR VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y FORMAS DE CONCLUSIÓN

(ENERO 2010 - ENERO 2020)



NIVEL LOCAL: 729 QUEJAS

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

La ausencia de registros específicos por parte de las instancias de salud o incluso el desconocimiento de las personas que acceden a los servicios de atención obstétrica sobre las acciones u omisiones que constituyen violencia obstétrica y que vulneran sus derechos humanos, son algunos de los obstáculos para exigir justicia por esta vía.

Aunado a lo anterior, cabe destacar el hecho de que presentar una queja en la misma institución sobre la cual radica la inconformidad, y a la que probablemente acudan las mujeres y sus familiares a solicitar servicios médicos de forma cotidiana, podría actuar como un factor de disuasión para utilizar este mecanismo por el temor de sufrir algún tipo de repercusión en el acceso a servicios futuros. Por ello, es necesario que se implementen mecanismos para orientar a las usuarias sobre este mecanismo de denuncia, hacer más accesible su presentación y garantizar una investigación que respete los derechos de todas las personas involucradas.

AMPARO

También es necesario señalar que el juicio de amparo, como mecanismo de acceso a la justicia, tiene ventajas y desventajas importantes. Si bien desde GIRE se han obtenido sentencias favorables, particularmente en casos que requieren medidas urgentes, debido a las especificidades propias de este mecanismo, cuando es concedido a la mujer que vive o vivió violencia obstétrica, sólo es otorgado para su persona, y no en todas las sentencias se establecen medidas para garantizar una modificación estructural que evite la violación de derechos de más mujeres y otras personas con capacidad de gestar.¹²⁴

107 Información de 2016 a 2020. Del total de quejas, 39 fueron presentadas en el Sistema Unificado de Gestión y 10 ante el Órgano Interno de Control.
 108 Información de 2014 a 2020.
 109 Información de 2013 a 2020.
 110 El estado de Durango no informó sobre quejas administrativas, solicitó dirigir la petición al Órgano Interno de Control de la dependencia.
 111 Información de 2010 a 2019. Quejas ante la Comisión Estatal de Arbitraje Médico.
 112 No clasifican quejas por motivo de atención ginecológica y/u obstétrica.
 113 Información de 2016 a 2020.
 114 Del total de quejas, 9 fueron reportadas por la Dirección Jurídica y 119 por la Comisión Estatal de Arbitraje Médico.
 115 Información de 2015 a 2020. No proporcionó ningún dato además de los años con los que cuentan información.
 116 El número de quejas no necesariamente corresponde a violencia obstétrica.
 117 Información de 2012 a 2020.
 118 El estado de Sonora informó sobre quejas ante la Comisión Estatal de Arbitraje Médico por muerte materna.
 119 Información de 2018 al 2020.
 120 Incompetencia. Solicitó dirigir la solicitud a la Comisión Estatal de Arbitraje Médico.
 121 Incompetencia. Solicitó dirigir la solicitud a la Comisión Estatal de Arbitraje Médico.
 122 Informó sobre quejas presentadas ante la CNDH y CEDH Veracruz.
 123 Información de 2015 a 2020. Del total de quejas: 14 son ginecológicas y 20 obstétricas.
 124 Sobre este mecanismo de acceso a la justicia para casos de violencia obstétrica, véase: GIRE, *Salud materna en Yucatán. El caso Valladolid, 2021, op.cit.*

MECANISMO DE ACCESO A LA REPARACIÓN INTEGRAL

El acompañamiento de GIRE en casos de violencia obstétrica incluye también el seguimiento para el acceso a una reparación integral, considerando que ésta constituye el último componente del derecho de toda persona a acceder a la justicia.¹²⁵

Las violaciones a derechos humanos crean la obligación para el Estado de reparar integralmente a las víctimas. La promulgación de la Ley General de Víctimas (LGV) trajo aparejada la creación de un Sistema Nacional de Atención a Víctimas (SNAV), que es la instancia superior de coordinación y formulación de políticas públicas dirigidas a la protección, asistencia, acceso a la justicia, verdad y reparación integral a las víctimas en los ámbitos municipal, local y federal. El SNAV está compuesto por todas las instituciones y entidades públicas federales, estatales, del Gobierno de la Ciudad de México y municipales, organismos autónomos y demás organizaciones públicas o privadas que tienen a su cargo labores de protección, ayuda, asistencia, atención, defensa de los derechos humanos, acceso a la justicia, a la verdad y a la reparación integral de las víctimas (artículo 79 LGV).

La operación del SNAV corre a cargo de la CEAV y las comisiones locales, quienes deben atender, asistir y, cuando resulte procedente, reparar integralmente a las víctimas de delitos o de violaciones a derechos humanos cometidos por los servidores públicos del orden federal, local o municipal.

La reparación integral es un derecho que la LGV contempla para las víctimas de violaciones a los derechos humanos y que comprende medidas de restitución, compensación, rehabilitación, satisfacción y no repetición con el objetivo de restablecer, en la medida de lo posible, la situación anterior a las violaciones a los derechos humanos, así como de reparar los daños causados a las víctimas (materiales e inmateriales, físicos y psicológicos), reconocer y restablecer su dignidad, y evitar que hechos similares se repitan en el futuro.

En el acceso a las medidas de reparación integral varias instituciones deben cumplir determinadas funciones, lo cual complejiza el proceso. Para el caso de quienes enfrentan violaciones a derechos humanos por parte de autoridades federales, la reparación integral debe ser garantizada no sólo por la CEAV y por las autoridades que violentaron los derechos de las personas, sino también por todas aquellas que, en el ámbito de sus competencias, tengan a su cargo la prestación de un servicio al cual deban tener acceso las víctimas.

Si bien la experiencia de GIRE en la utilización del mecanismo de presentación de quejas ante comisiones de derechos humanos —nacional y locales— muestra que esta vía no siempre ha sido efectiva como una alternativa de acceso a la justicia para casos de violencia obstétrica, se ha logrado el acceso a ciertas medidas de reparación integral en varios de los casos acompañados. Es el caso de Celia y Matías,¹²⁶ en el que se logró un dictamen de reparación integral por violencia obstétrica y muerte neonatal por parte de la CEAV, derivado de una recomendación de la CNDH.

125 Sobre la descripción del mecanismo de acceso a la reparación integral se sugiere ver GIRE, *Sin reparación no hay justicia. Obstáculos para la reparación integral por violaciones a derechos humanos en México*.

126 Los nombres han sido cambiados por respeto a su privacidad.

CELIA¹²⁷

CHIAPAS

El 2 de octubre de 2013, Celia acudió a la clínica San Felipe Ecatepec de San Cristóbal de las Casas, Chiapas, para atender su embarazo de término de 41.2 semanas. La enfermera que la atendió le comentó que debido a que tenía presión alta probablemente le practicarían una cesárea; sin embargo, finalmente la ginecóloga encargada determinó que sería un parto vaginal. Debido a los múltiples malestares que presentaba, Celia solicitó ayuda en varias ocasiones, pero nadie la atendió. Posteriormente, presentó un episodio convulsivo y fue hasta ese momento que intervinieron y le practicaron una cesárea. Cuando despertó la trasladaron a piso y ahí Matías, su esposo, le informó que su hijo estaba delicado. Ocho horas más tarde les informaron que había fallecido, sin explicarles las causas. Tiempo después, les dijeron que la muerte se debió a que el recién nacido ingirió líquido amniótico.

Por esos hechos, Celia presentó una queja ante la CONAMED y una denuncia ante el ministerio público. Con el acompañamiento de GIRE, presentó una queja ante la CNDH y una queja administrativa en el IMSS.

La CNDH acreditó violaciones a los derechos humanos de Celia, Matías y su hijo. Por ello, el 10 de noviembre de 2017, dirigió la Recomendación 56/2017 al director general del IMSS.¹²⁸ Derivado de la recomendación de la CNDH, la CEAV emitió un dictamen de reparación integral a favor de Celia, Matías y su hijo, tomando en cuenta las recomendaciones de la CNDH y las peticiones de Celia y Matías.

En el dictamen, la CEAV estableció medidas de compensación, rehabilitación, satisfacción y no repetición. Como parte de las medidas de satisfacción, se determinó recibir por parte del IMSS una disculpa por escrito, mediante una ceremonia privada con las autoridades responsables —medida no prevista en la recomendación de la CNDH. Como medida de no repetición estableció que, en un plazo no mayor a 30 días, la CNDH junto con la Unidad de Atención al Derechohabiente del IMSS construyeran e implementaran una estrategia interinstitucional de mediano plazo para atender las observaciones generadas en la Recomendación general 31/2017 de la CNDH sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud, que continúa pendiente de realizarse.

La medida de compensación fue otorgada por parte del IMSS de acuerdo con lo establecido por la CEAV en el dictamen de reparación integral. El monto determinado por la Comisión fue el propuesto por GIRE mediante argumentos elaborados a partir de la Tabla de Salarios Mínimos Vigentes. Esto resulta de gran importancia, pues queda como precedente para la resolución de casos como el de Celia y Matías, que se enfrentan a trámites burocráticos de comprobación de gastos que no contemplan las circunstancias de quienes pertenecen al sector de trabajo informal.

127 Celia autorizó a GIRE utilizar su nombre en este informe.

128 CNDH, Recomendación 56/2017, 10 de noviembre de 2017. Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/documento/recomendacion-562017>

Este caso resulta relevante por ser el primero acompañado por GIRE en el que las víctimas obtienen un dictamen de reparación integral emitido por la CEAV, derivado de una recomendación de la CNDH en materia de violencia obstétrica y muerte neonatal.

El dictamen de la CEAV, a diferencia de la recomendación de la CNDH, plantea de manera específica las medidas de reparación definidas en la LGV (Título Quinto) y establece las afectaciones ocasionadas a cada una de las víctimas, en lo particular. Las medidas adoptadas por la CEAV en el dictamen tomaron en consideración las peticiones de las víctimas, además, su esquema y plan de reparación fue analizado bajo los principios de buena fe, participación conjunta y máxima protección, conforme lo establece el artículo 5º de la LGV.

A pesar de que el dictamen de reparación integral emitido por la CEAV no es vinculante, contribuye a fortalecer los argumentos necesarios para gestionar el cumplimiento de las demás medidas de reparación integral que deben realizarse por parte del IMSS.

Actualmente en México las víctimas de violencia obstétrica y otras violaciones a derechos humanos, incluso en un escenario favorable y con acompañamiento especializado, aún enfrentan barreras significativas para acceder a la justicia y a medidas de reparación integral. Lo anterior es consecuencia de la falta de una política nacional integral efectiva de atención, asistencia, protección, y acceso a la justicia, a la verdad y a la reparación integral, así como de un entramado institucional coordinado que pueda atender a las víctimas de violaciones a derechos humanos conforme a estándares internacionales y al marco jurídico vigente.

Desde la entrada en vigor de la LGV (2013) hasta la fecha, no ha sido posible su total implementación: no se ha logrado cumplir con la operación y el efectivo funcionamiento del SNAV¹²⁹ y, además, la CEAV ha tenido resultados limitados con relación a la dimensión y cantidad de víctimas que debería atender.¹³⁰

Desde hace varios años, organizaciones civiles y colectivos de víctimas han advertido sobre la grave crisis de atención a víctimas y los retos que enfrentan la CEAV, el SNAV y las comisiones estatales.¹³¹ Sin embargo, el Estado mexicano ha tomado acciones que han debilitado a las instituciones en lugar de impulsar su fortalecimiento.

En junio de 2019, el entonces titular de la CEAV renunció al cargo, argumentando la imposibilidad de atender las necesidades de reparación integral, obligación que, a pesar de correr a cargo del SNAV, en la práctica fue colocada en una única institución: la CEAV.

En abril de 2020, se publicó el *Decreto por el que se establecen las medidas de austeridad que deberán observar las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal bajo los criterios que en el mismo se indican*, que determinó la reducción de 75 por ciento de su gasto corriente. Lo anterior, tendría eventualmente el efecto de frenar las actividades esenciales y paralizar el funcionamiento de la CEAV, de acuerdo con lo expresado desde la misma en un comunicado de prensa.¹³²

129 Las instituciones que forman el SNAV (incluidos los estados), no se han comprometido a implementar en la práctica los objetivos que por ley tienen desde 2013. A mayo de 2019, de las 32 entidades federativas, únicamente 14 contaban con Comisión y Fondo: Coahuila, Colima, Chihuahua, Durango, Jalisco, México, Michoacán, Morelos, Nuevo León, Quintana Roo, San Luis Potosí, Tamaulipas, Tlaxcala y Zacatecas.

130 De acuerdo con el informe anual 2019 de la CEAV, tan sólo 20 por ciento de las 27 mil 331 víctimas registradas ante la CEAV han sido debidamente atendidas.

131 Audiencia ante la Comisión IDH sobre la ausencia de una política pública de derechos humanos y el debilitamiento de instituciones creadas para la defensa de derechos humanos en México, 4 de diciembre de 2020. Disponible en: https://www.facebook.com/watch/live/?v=2805473393065616&ref=watch_permalink

132 CEAV, Comunicado de prensa “Decreto de austeridad paralizará funcionamiento de la CEAV”, 2 de junio de 2020. Disponible en: <https://www.gob.mx/ceav/prensa/decreto-de-austeridad-paralizara-funcionamiento-de-la-ceav>

Con el argumento de lograr un “ahorro” de más de 68 mil millones de pesos¹³³ y redestinarlo a otras problemáticas entre las que se encuentra la atención a la COVID-19, el 6 de noviembre de 2020, se concretó la extinción de 109 fideicomisos, entre ellos el Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral al que tenían derecho de acceder todas las víctimas de violaciones a derechos humanos, lo cual provocará que éstas continúen sin recibir los apoyos económicos que por ley deberían tener garantizados.

Por otra parte, es importante señalar que las comisiones de derechos humanos no cuentan aún con herramientas metodológicas para establecer medidas de reparación integral; por ello, es frecuente que se pronuncien sobre medidas de reparación sin antes consultar a las personas afectadas. En ese sentido, es fundamental considerar sus peticiones y necesidades, al emitir recomendaciones, para garantizar con ello una reparación integral.

El acceso a las medidas de reparación también se ve obstaculizado debido a la falta de mecanismos administrativos que garanticen el cumplimiento de las autoridades responsables, tanto a nivel federal como local. Es frecuente que tanto las comisiones de derechos humanos como las y los jueces den por cumplidas las medidas de reparación señaladas en las recomendaciones o en las sentencias sin una comprobación exhaustiva de que las autoridades responsables ejecutaron las acciones necesarias. En el caso de las comisiones de derechos humanos, esto se ve incrementado por la falta de mecanismos efectivos de seguimiento, lo que lleva a dar por cumplidas las medidas, sin un análisis íntegro de los informes que las autoridades proporcionan.

En el ámbito de medidas de no repetición en casos de violencia obstétrica, es común que las autoridades se limiten a llevar a cabo capacitaciones para el personal de salud en materia de derechos humanos, y que se considere cumplida con la sola exhibición de un documento con la lista de asistencia del personal, pero no se asegura que la calidad de los servicios de salud tras dichas capacitaciones cambie. Las medidas consistentes en modificación o construcción de infraestructura se suelen dar por cumplidas aun ante la falta de evidencia gráfica de la ejecución y terminación de la obra. En otro tipo de medidas, como las de rehabilitación, la sola presentación de un oficio por parte de la autoridad de salud en donde se afirme que se le proporcionó dicha atención a la víctima es suficiente para tener por cumplido el otorgamiento de la atención médica.

133 Boletín del Senado de la República “Aprueba Senado, en lo general, extinción de 109 fideicomisos”, 21 de octubre de 2020. Disponible en: <http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php/informacion/boletines/49479-aprueba-senado-en-lo-general-extincion-de-109-fideicomisos.html>

DOF 6/11/2020. Decreto por el que se reforman y derogan diversas disposiciones de la Ley para la Protección de Personas Defensoras de Derechos Humanos y Periodistas; de la Ley de Cooperación Internacional para el Desarrollo; de la Ley de Hidrocarburos; de la Ley de la Industria Eléctrica; de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria; de la Ley General de Protección Civil; de la Ley Orgánica de la Financiera Nacional de Desarrollo Agropecuario, Rural, Forestal y Pesquero; de la Ley de Ciencia y Tecnología; de la Ley Aduanera; de la Ley Reglamentaria del Servicio Ferroviario; de la Ley General de Cultura Física y Deporte; de la Ley Federal de Cinematografía; de la Ley Federal de Derechos; de la Ley del Fondo Mexicano del Petróleo para la Estabilización y el Desarrollo; de la Ley de Bioseguridad de Organismos Genéticamente Modificados; de la Ley General de Cambio Climático; de la Ley General de Víctimas y se abroga la Ley que crea el Fideicomiso que administrará el Fondo de Apoyo Social para Ex Trabajadores Migratorios Mexicanos.

ACCESO A LA INFORMACIÓN

Desde el año 2012, GIRE comenzó a sistematizar y analizar información relacionada con derechos reproductivos en México obtenida a través de datos y estadísticas públicas, así como de solicitudes de acceso a la información (SAI) dirigidas a las instituciones públicas encargadas de implementar la normativa en materia de derechos reproductivos. Esta información, junto con el análisis del marco normativo vigente en relación con los estándares de derechos humanos, así como los casos acompañados por la organización, constituyen la materia prima para incidir en la implementación de políticas públicas que contribuyan a alcanzar la justicia reproductiva.

La realización de SAI sobre violencia obstétrica se lleva a cabo con la finalidad de identificar datos e información no disponible de manera pública. Por medio de las respuestas obtenidas por esta vía, GIRE ha podido obtener información valiosa acerca de las condiciones que enfrentan las mujeres durante la atención del embarazo, parto y puerperio, pero también sobre el funcionamiento de los diversos mecanismos disponibles para el acceso a la justicia y a la reparación integral.

AVANCES

Ha transcurrido casi una década desde que GIRE documentó que casos como el de Irma, —una mujer indígena que al no ser admitida en el Centro de Salud de San Felipe Jalapa de Díaz, en Oaxaca, parió en el jardín anexo al mismo— son cotidianos en el país.¹³⁴ En ese momento era escasa la información de parte de las instituciones de salud y organismos públicos de derechos humanos sobre la magnitud del fenómeno. A pesar de que el término violencia obstétrica no es nuevo, existe una reticencia importante para aceptar su denominación, en particular en el sector médico.¹³⁵ Este concepto —a diferencia de otros como negligencia médica en la atención obstétrica o malos tratos— contribuye a visibilizar que se trata de una forma específica de violencia institucional contras las mujeres y otras personas con capacidad de gestar y no de casos aislados.

De suma importancia fue que, en 2016, la ENDIREH integrara 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 son indicativos de que estamos frente a un problema de violación estructural a los derechos humanos en el espacio de los servicios de salud, y no de una situación excepcional o esporádica.¹³⁶

Además, resulta relevante que la Secretaría de Salud, por medio de la Dirección General de Información en Salud, recopile y publique información sobre servicios otorgados, nacimientos y egresos hospitalarios, de todo el sector salud. Con la información disponible en el Sistema de Información de la Secretaría de Salud y en los cubos dinámicos es posible obtener datos relevantes para evidenciar, por ejemplo, la alta prevalencia de cesáreas que se realizan en México.

Cuando GIRE comenzó a enviar SAI para documentar datos y cifras sobre violencia obstétrica era necesario especificar a los sujetos obligados que se hacía referencia a hechos ocurridos durante la atención del embarazo, parto o puerperio. Con el paso de los años, el término violencia obstétrica ha permeado no sólo en la legislación y políticas públicas sino en el registro de información, y ahora ya se distingue de malos tratos, negligencia médica, entre otros.

Por último, con motivo de la pandemia por COVID-19, el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI) y al menos 14 institutos de transparencia locales ordenaron la suspensión de plazos durante varios meses para que no corrieran los tiempos establecidos en la ley para la respuesta de solicitudes; a pesar de ello, prácticamente todos los sujetos obligados dieron respuesta a las SAI que GIRE envió para realizar este informe, algunos incluso dentro del plazo previsto por su ley, y otros respondieron tras varios meses de enviada la solicitud.

134 Sobre el caso de Irma véase GIRE, *Violencia obstétrica. Un enfoque de Derechos Humanos*, 2015, op. cit, p. 91.

135 CEAV, *Diagnóstico sobre victimización a causa de violencia obstétrica en México*, agosto 2017, p. 137. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/194701/Diagno_stico_VO_port.pdf

136 Castro, Roberto, Erviti, Joaquina, *25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México*, op. cit, pp. 37-42.



BARRERAS

En términos de obstáculos para conocer la incidencia de la violencia obstétrica en poblaciones específicas, es notoria la falta de información disponible sobre personas con discapacidad, población que enfrenta formas de discriminación particularmente exacerbadas en relación con su acceso a servicios de salud reproductiva. Es preciso señalar que la ENDIREH 2016 no especifica si las mujeres que fueron entrevistadas tenían alguna discapacidad, lo que impide conocer la incidencia de este tipo de violencia hacia dicha población. Además, el INEGI contempla la discapacidad como una razón para suspender una entrevista, y deja la decisión de suspenderla a discreción de la persona que realiza la encuesta.¹³⁷

La ausencia de información sobre la situación que viven las mujeres con discapacidad es discriminatoria y contribuye a invisibilizar las problemáticas que enfrentan. La ausencia de datos dificulta que el Estado elabore e implemente políticas públicas que prevengan y atiendan la violencia en contra de las mujeres con discapacidad y es una muestra de la falta de interés del Estado mexicano en dicha población.

Por otra parte, si bien el servicio de consulta dinámica que genera la Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Información en Salud, permite acceder a información valiosa sobre salud sexual y reproductiva, el acceso a esta herramienta de consulta es poco amigable e intuitiva. Además, para su uso es necesario utilizar una configuración específica, complementos web para su visualización de manera correcta y contar en su equipo con requisitos puntuales, aspectos que obstaculizan el acceso a esa información para toda la población interesada.¹³⁸

A pesar de la utilidad que tienen las SAI para complementar las carencias de la información estadística disponible, su uso viene acompañado de barreras que obstaculizan o retrasan el acceso a información desagregada y completa, o bien impiden realizar el análisis. Algunas de las deficiencias advertidas por GIRE durante estos años son: las instituciones de salud tanto federales como locales no siempre cuentan con registros y seguimiento de quejas por violencia obstétrica; es común respondan que no tienen competencia para proporcionarla. También, es frecuente que las comisiones de derechos humanos proporcionen información sobre negligencia médica, pero no especifiquen si corresponden a hechos ocurridos durante la atención del embarazo, parto o puerperio, o bien que reporten no contar con quejas por violencia obstétrica por no clasificarlas de esta manera, aspectos que pueden ser indicativo de un deficiente registro en las quejas recibidas.

137 Se desconoce el número de encuestas que no se realizaron porque la mujer presentaba alguna discapacidad. INEGI, ENDIREH 2016. Cuestionario General. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2016/doc/endireh2016_cuestionario_general.pdf

138 Secretaría de Salud, *Guía de instalación de cubos dinámicos*. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/Guia_de_Instalacion_Cubosvf.pdf

BALANCE

En la última década, el término de violencia obstétrica y las conductas que la constituyen fueron objeto de amplia difusión en México, en Latinoamérica y también a nivel mundial.

A nivel nacional, el concepto continuó siendo reconocido en algunas leyes locales de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia. Otras leyes, como la LGS, la Ley del Seguro Social y la del ISSSTE incluyeron disposiciones que obligan a dar atención inmediata a cualquier persona que presente una emergencia obstétrica, mientras que en la NOM 007 se establecieron criterios que unifican la atención a las mujeres embarazadas, en parto y en puerperio, que sin duda constituyen un avance importante para la eliminación de las conductas que constituyen violencia obstétrica. En suma, se dieron pasos relevantes en materia normativa.

Sin embargo, aún se requieren estrategias y mecanismos para difundir, prevenir y atender esta problemática desde una perspectiva de género y derechos humanos. No basta con tener presente el tema y verlo plasmado en la legislación. Es fundamental no perder de vista que este fenómeno se constituye a partir de patrones que son producto de fallas estructurales cuya solución pasa por el abordaje de la insuficiencia en infraestructura, personal de salud, instrumental y equipamiento, la escasa atención otorgada al primer nivel de atención para evitar la saturación del segundo y tercer nivel, así como la transformación de la relación asimétrica de poder entre las usuarias de servicios de salud y el personal médico.

Las fallas estructurales en el sistema de salud tienen un impacto particular para las mujeres de comunidades indígenas y afromexicanas. La atención por parte del Estado a la emergencia sanitaria ha exacerbado las desigualdades que afectan a este grupo poblacional. Los recortes presupuestales para atender espacios comunitarios que dan atención a mujeres indígenas y afromexicanas son una muestra de que el Estado incumple con su obligación de garantizarles una vida libre de violencia y el derecho a la salud, además de atentar contra las instituciones que realizan esta labor.

En materia de acceso a la justicia, es necesario que las instituciones de salud fortalezcan sus estructuras institucionales para investigar, atender y ofrecer mecanismos de acceso a la justicia y reparación integral cuando se identifiquen prácticas contrarias a los derechos humanos en el ámbito de la atención obstétrica.

Es necesario insistir que tipificar la violencia obstétrica no es la vía para erradicarla. El establecimiento de un tipo penal tiene como efecto individualizar el problema sobre el personal de salud señalado como responsable, desatendiendo las causas que originan este tipo de violencia, y dejando intacta la posibilidad de hacer una transformación en las raíces de este fenómeno.

Aunque en diversos casos se ha logrado acceder a la justicia y a medidas de reparación a través de las comisiones de derechos humanos, lo cierto es que el proceso es largo y a pesar de que se emita una

recomendación que reconozca la responsabilidad de las autoridades en la violación a derechos humanos y se señalen medidas de reparación integral, es notable la dificultad para lograr su ejecución, sobre todo de las medidas de no repetición, fundamentales para transformar el contexto que dio pie a los actos de violencia obstétrica.

En materia de acceso a la información, se puede destacar cierto avance en la existencia de información y datos sobre violencia obstétrica: por primera vez, la ENDIREH 2016 permitió conocer una parte del panorama a nivel nacional. Sin embargo, preocupa la ausencia de información desagregada, por ejemplo, en cuanto a personas con discapacidad, aunado a que, al tratar de completar dicho panorama mediante el envío de solicitudes de acceso a la información a distintas autoridades tanto a nivel federal como local, sea constante la inexistencia o la insuficiencia de datos, lo cual dificulta conocer la verdadera magnitud del problema y tener elementos necesarios para evaluar de cerca la implementación de la legislación y la política pública en la materia.