



2018

LA PIEZA FALTANTE

JUSTICIA REPRODUCTIVA

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



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	9
---------------------	----------

1. EMBARAZO ADOLESCENTE	11
1.1 SITUACIÓN EN MÉXICO	17
1.2 POLÍTICA PÚBLICA	36
1.3 CONCLUSIONES	42

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

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

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

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

PENDIENTES URGENTES	175
----------------------------	------------

ANEXO	181
--------------	------------

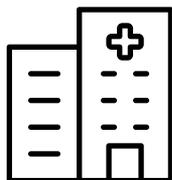
4

MUERTE MATERNA

MUERTE MATERNA

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

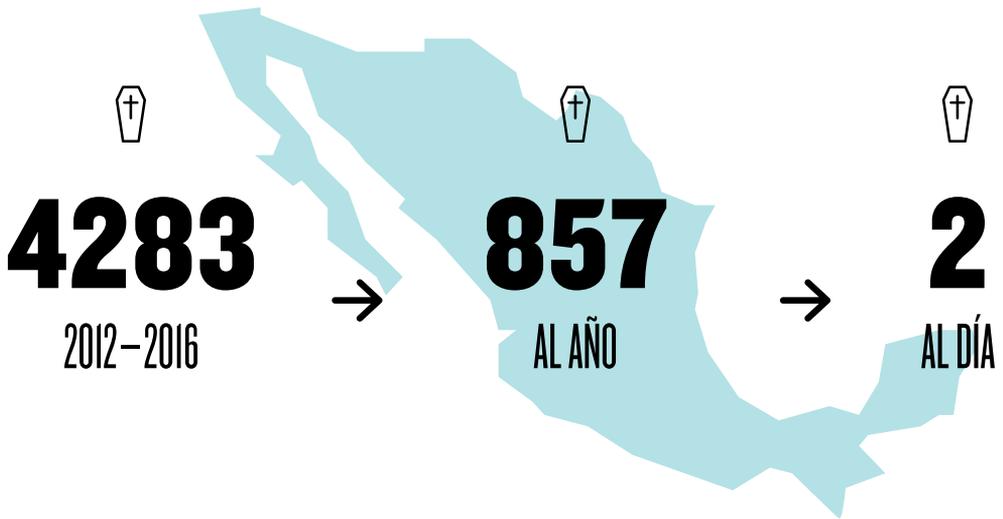
A nivel internacional se mide a través de la Razón de Muerte Materna (RMM).



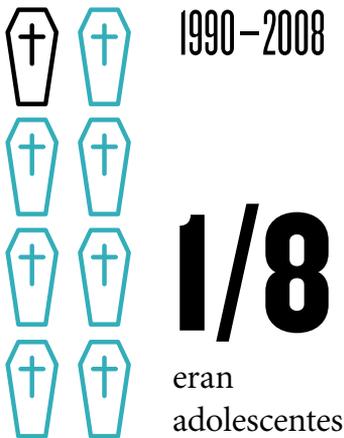
Está relacionada con fallas estructurales en el sistema de salud, por ejemplo: insuficiencia de recursos humanos, técnicos y de infraestructura, saturación del personal y de los servicios existentes, ejercicio inadecuado del gasto en salud, entre otros.

830 MUERTES PREVENIBLES AL DÍA EN EL MUNDO

Fuente: OMS.



Fuente: Observatorio de Mortalidad Materna e INEGI.



Fuente:
Observatorio de Mortalidad Materna.

MÉXICO

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



Fuente: Observatorio de Mortalidad Materna e INEGI.



Foto: Chiaroscuro

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

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

4.1

SITUACIÓN EN MÉXICO

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

La fuerza laboral en el campo de la salud en México es insuficiente para el nivel de demanda de servicios. Existen 2.8 profesionales de enfermería por cada mil habitantes, frente al promedio de la OCDE, de nueve. Por otro lado, la distribución geográfica del personal médico no es homogénea: mientras que en la Ciudad de México hay 3.9 médicos por cada mil habitantes, en otras entidades federativas hay entre 1.3 y 2.2, cuando el promedio de la OCDE es de 3.4.³

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

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

En 2015, 6% de la población mexicana eran mujeres indígenas. Sin embargo, 11.2% del total de muertes maternas en el país en ese año corresponden a esta población. Esto demuestra cómo la muerte materna afecta de manera desproporcionada a este grupo poblacional.⁶ Asimismo, las niñas y adolescentes enfrentan un riesgo particular del embarazo a temprana edad —de dos a cinco veces más alto que en mujeres adultas de acuerdo con la OMS⁷—, situación que no suele tomarse en cuenta por los prestadores de servicios de salud que las atienden. En México, entre 1990 y 2008, aproximadamente una de cada ocho defunciones maternas fue de adolescentes menores de 19 años.⁸ En 2015, 10.9% del total de muertes maternas correspondieron a menores de 19 años.⁹ El caso de Anita, una niña indígena de Puebla, es una clara y terrible muestra de esta discriminación interseccional.

2 OCDE, *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. Disponible en español en <https://www.oecd.org/mexico/Health-at-a-Glance-2017-Key-Findings-MEXICO-in-Spanish.pdf>

3 *Ibid.*

4 CNDH, Recomendación General No. 31/2017 sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud, párrafos 216 y 218. Disponible en: http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Recomendaciones/generales/RecGral_031.pdf

5 *Ibid.*, párrafo 167.

6 Observatorio de Muerte Materna, *Numeralia 2015*.

7 CIDH, *Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos* [OEA/Ser.L/V/II. Doc. 69, 7 de junio de 2010], Washington, 2010, párrafo 15. Disponible en <http://bit.ly/WXZD31>

8 Schiavon, R., Erika Troncoso y Gerardo Polo, “Analysis of maternal and abortion-related mortality in Mexico over the last two decades, 1990-2008” en *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 188, suplemento 2, septiembre de 2012, p. S78-S86. Disponible en <http://bit.ly/12lqxIm>

9 Observatorio de Muerte Materna, *op. cit.*

ANITA

PUEBLA, 2018

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MUERTES MATERNAS POR TIPO DE AFILIACIÓN¹¹

2015

SEGURO POPULAR DE SALUD

53.7%
Tasa: 3.82

IMSS

22.6%
Tasa: 3.22

ISSSTE

3.6%
Tasa: 5.05

PEMEX, SEDENA, SEMAR

0.9%
Tasa: 3.67

USUARIAS SIN ESQUEMA DE AFILIACIÓN

11.4%
Tasa: 26.50

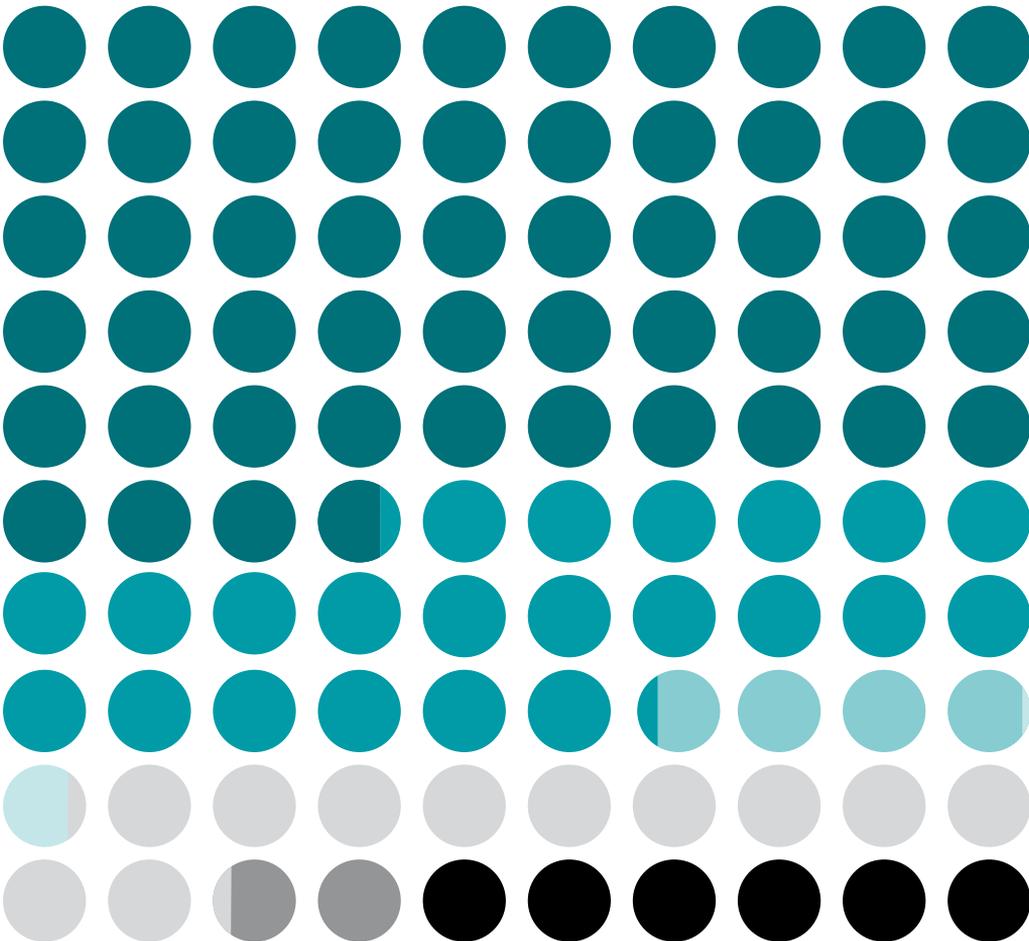
OTRO

1.6%
Tasa: 3.95

NO ESPECIFICADO

6.0%

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



Fuente: SINAC, 2015.

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

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

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

MUERTES MATERNAS EN MÉXICO

2012-2016



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

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

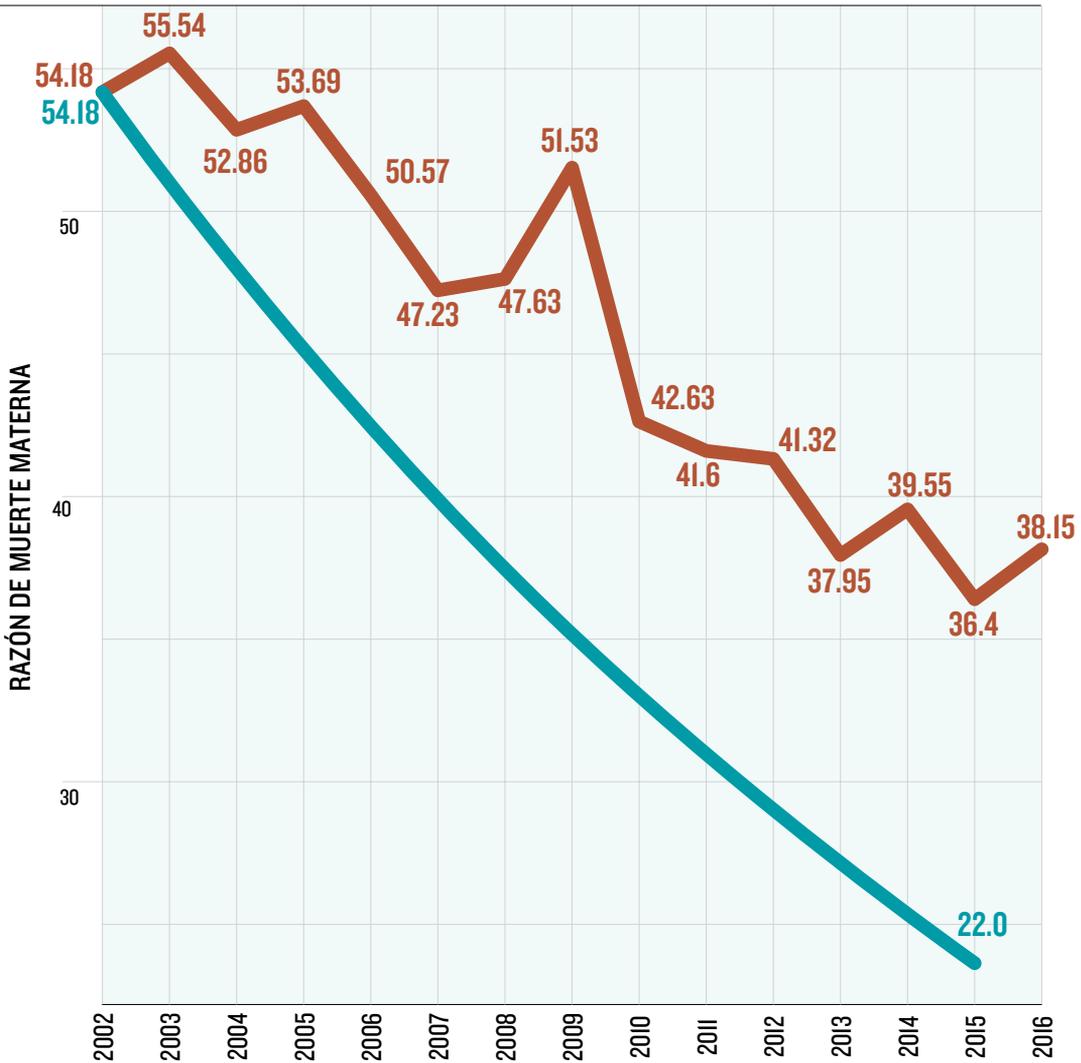
¹² Si bien existe la cifra reportada en los Informes Semanales de Vigilancia Epidemiológica de la Secretaría de Salud para los años 2017 y 2018, se decidió no incluir esta información porque dichos Informes tienden a sub-reportar la mortalidad materna, dado que no toman en cuenta a las mujeres que fallecen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

RAZÓN DE MUERTE MATERNA NACIONAL

2002 - 2016

● REAL

● OBJETIVO



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

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

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

RAZÓN DE MUERTE MATERNA POR ENTIDAD

2012 - 2016

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

★ Entidades con mayor RMM por año.

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

Respecto a las entidades con mayores niveles de muerte materna en 2012, puede observarse que en 2016 tres de ellas seguían entre las cinco con mayor incidencia de muertes maternas: Chiapas, Oaxaca y Guerrero, que pese a haber registrado la disminución de sus cifras en este periodo, aún conservan una RMM mayor a la nacional. Es significativo que estos tres estados hayan sido señaladas por el Coneval en 2016 como los que ocupan los primeros tres lugares en el Índice de Rezago Social 2000-2015.¹³ De las cinco entidades con mayores tasas de muerte materna para 2016, Campeche se colocó en el primer sitio, superando incluso a aquellas que en los últimos años habían registrado las cifras más altas a nivel nacional. Hidalgo también mostró un retroceso en el combate a la mortalidad materna y cerró 2016 en el quinto lugar a nivel nacional.

B. MARCO NORMATIVO Y DE POLÍTICA PÚBLICA

MARCO NORMATIVO

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

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

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

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

DURANTE EL EMBARAZO

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

DURANTE EL PARTO

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

ATENCIÓN DEL POSPARTO

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

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

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

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

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

¹⁴ CNDH, *op. cit.*, párrafo 215.

POLÍTICAS PÚBLICAS

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

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

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

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

RECOMENDACIONES DEL COMITÉ CEDAW A MÉXICO

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

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

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

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

**ALYNE DA SILVA PIMENTEL
VS. BRASIL:
LA RESPONSABILIDAD DEL ESTADO
EN UNA MUERTE MATERNA¹⁶**

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

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

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

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

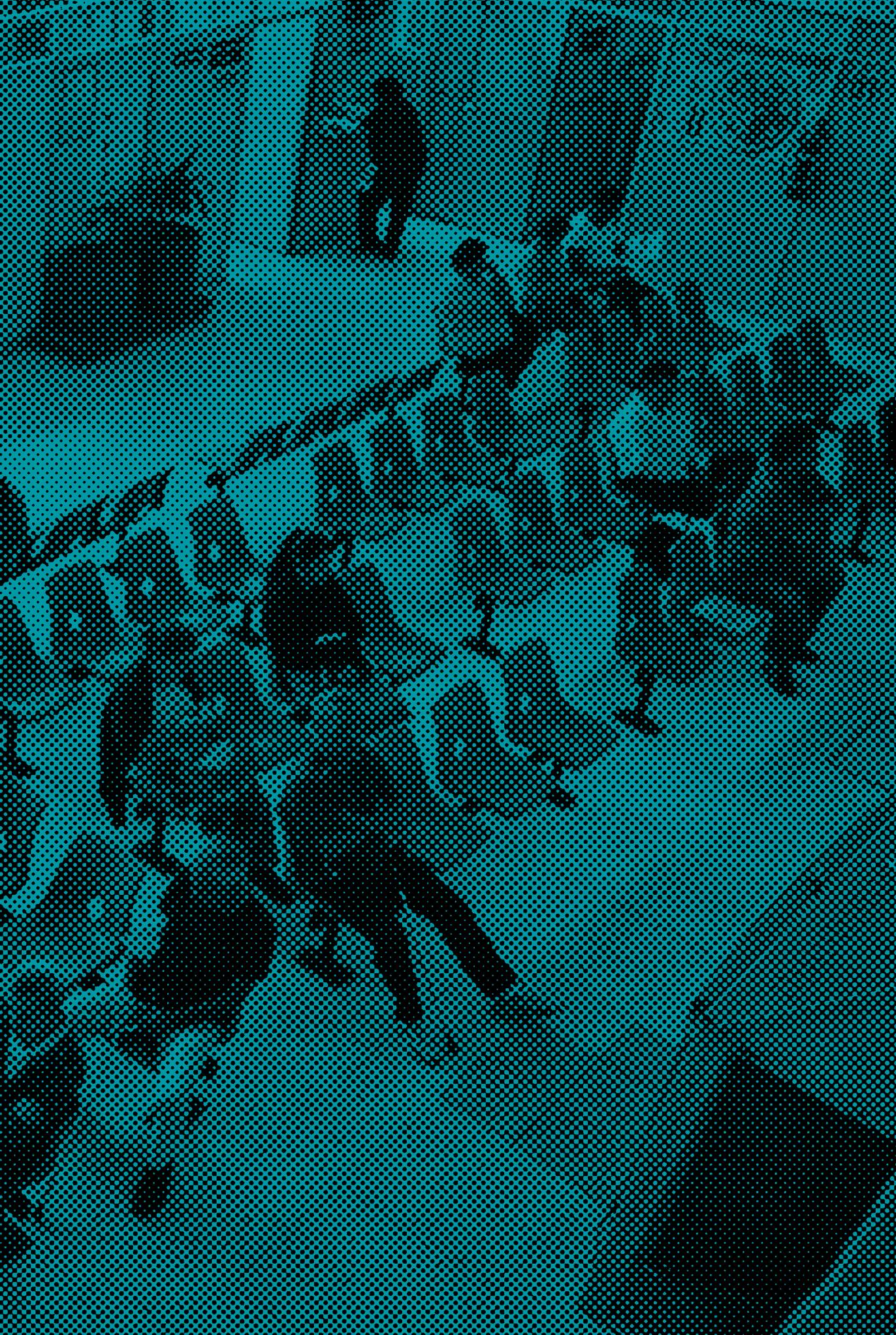
En suma, el Comité señaló que la falta de servicios de salud materna que satisfagan las necesidades de las mujeres no sólo representa una violación al derecho a acceder a servicios de salud reproductiva, sino que también implica una discriminación de género y una violación al derecho a la vida. Así,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

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

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



Foto: Chiaroscuro



4.2

ACCESO A LA JUSTICIA

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

A. QUEJAS ADMINISTRATIVAS

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

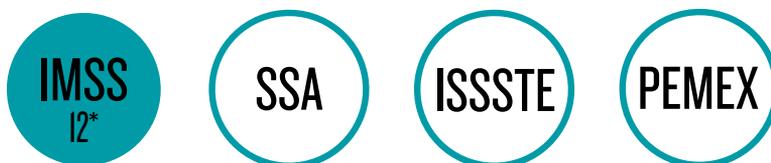
A partir de las respuestas a solicitudes de acceso a la información realizadas por GIRE, puede observarse que, en los últimos cinco años, se presentaron 96 quejas de este tipo en los servicios de salud locales. A nivel federal, las instituciones de salud respondieron no contar con la información, no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

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

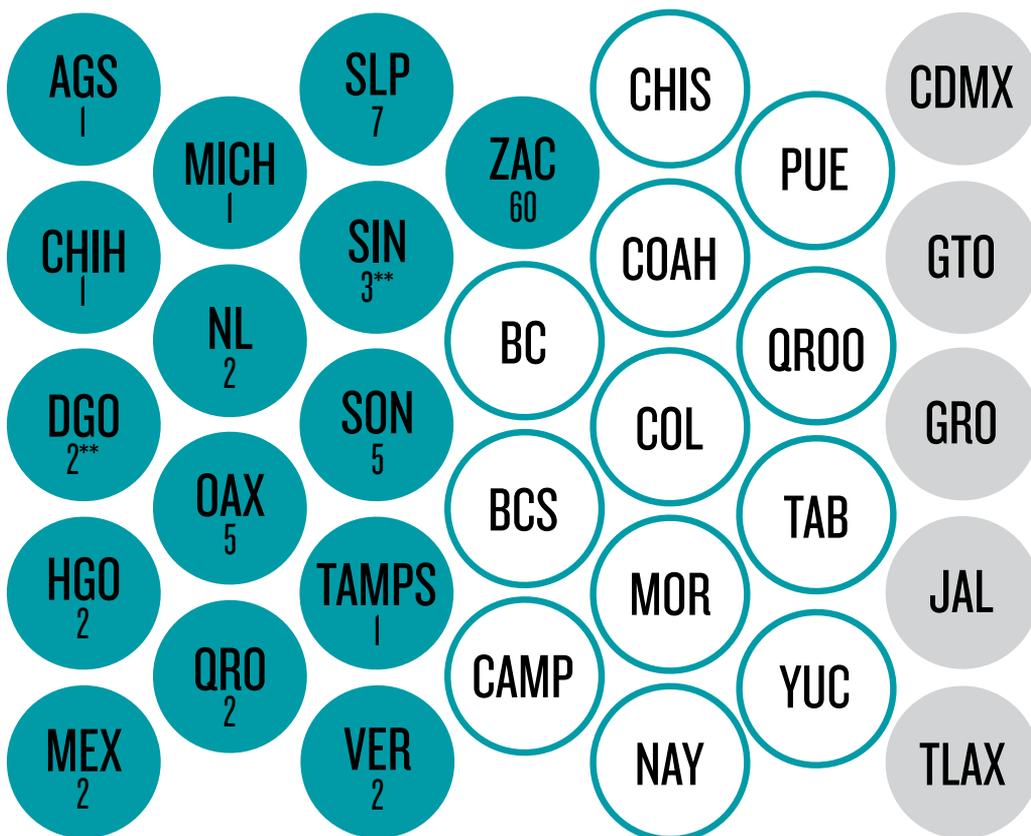
DICIEMBRE 2012 - OCTUBRE 2017

FEDERAL 12 QUEJAS

● CON QUEJAS
 ○ SIN QUEJAS
 ● INFORMACIÓN INEXISTENTE O NO DISPONIBLE



LOCAL 96 QUEJAS



* Respondieron quejas presentadas ante la CNDH.

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

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

B. INCONFORMIDADES ANTE COMISIONES DE ARBITRAJE MÉDICO

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

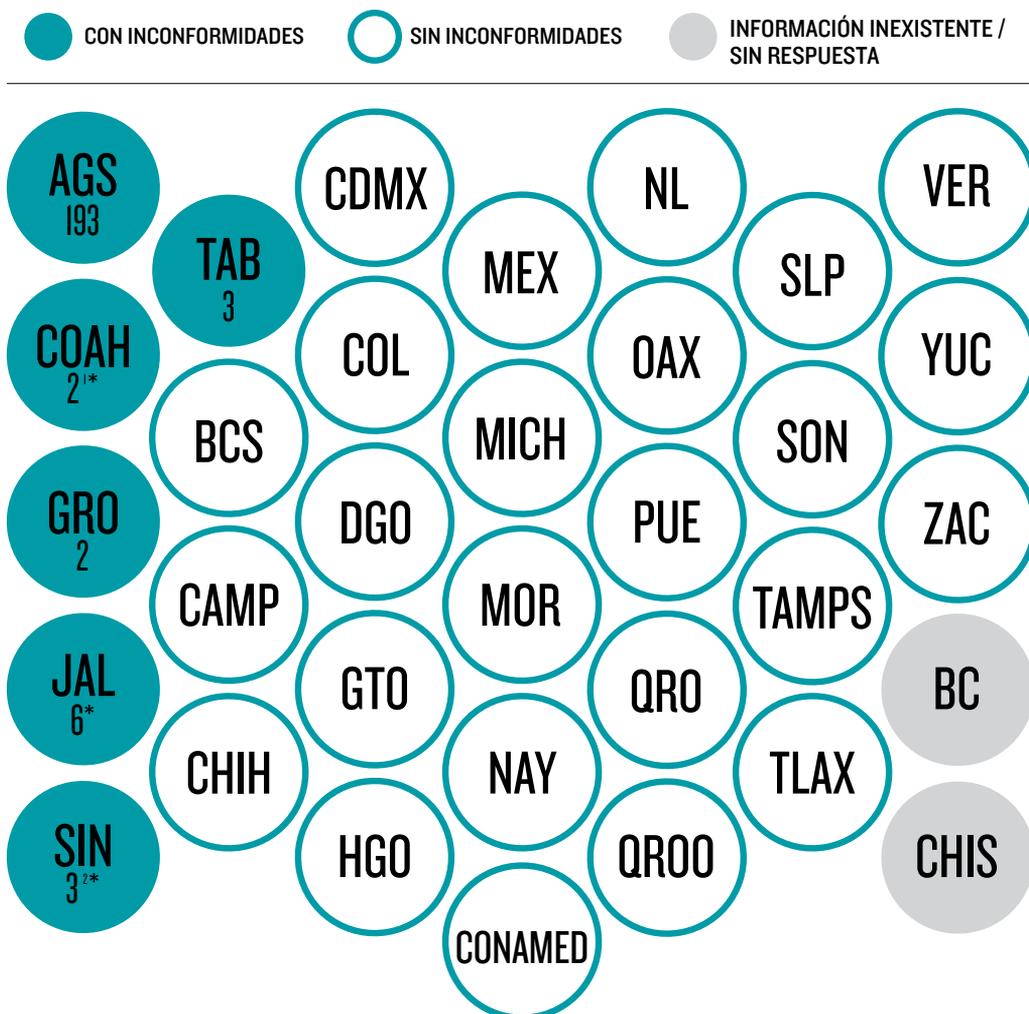
Tanto la CONAMED como las comisiones locales de arbitraje médico son una opción para que las víctimas en casos de muerte materna obtengan una indemnización de manera más sencilla que si acudieran a instancias jurisdiccionales. Sin embargo, esta vía está centrada en la actuación individual del personal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

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

INCONFORMIDADES POR MUERTE MATERNA ANTE COMISIONES DE ARBITRAJE MÉDICO

DICIEMBRE 2012 - OCTUBRE 2017

209 INCONFORMIDADES RECIBIDAS



¹ Una de estas inconformidades fue conciliada.

² Una terminó por acudir a instancia penal; en dos, fue procedente el pago de indemnización por muerte.

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

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

C. QUEJAS ANTE COMISIONES DE DERECHOS HUMANOS

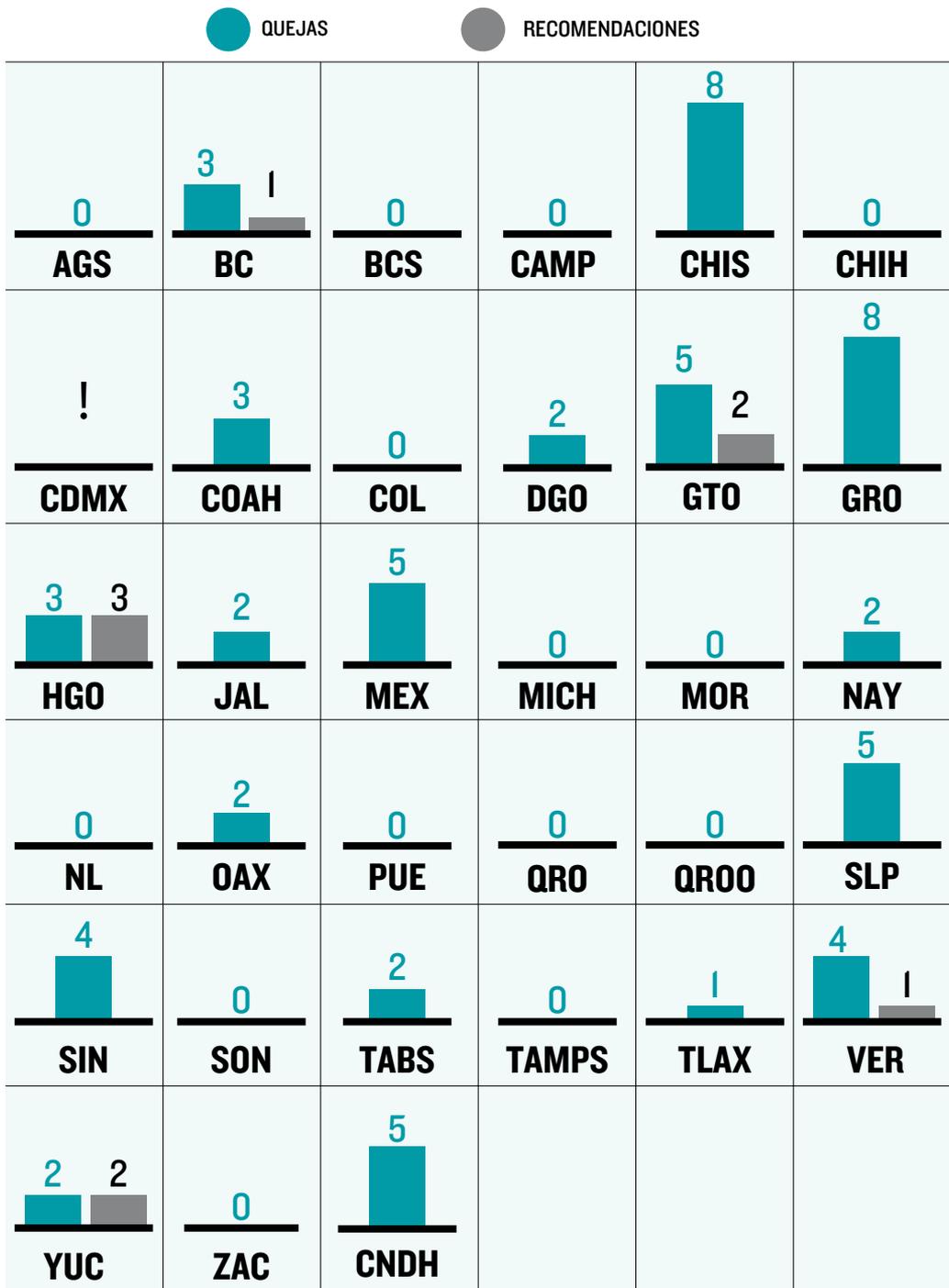
Aunque existe en México un conjunto de procedimientos que pueden iniciarse ante una muerte materna, ninguno de ellos prevé el establecimiento de medidas de reparación integral por violaciones a derechos humanos, a pesar de que los casos de muerte materna suelen estar relacionados con cuestiones estructurales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

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

QUEJAS POR MUERTE MATERNA ANTE COMISIONES DE DERECHOS HUMANOS

DICIEMBRE 2012 - OCTUBRE 2017

66 QUEJAS 9 RECOMENDACIONES



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

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

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

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

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

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

D. PROCEDIMIENTOS DE INDEMNIZACIÓN POR RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DEL ESTADO

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

INDEMNIZACIÓN POR RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DEL ESTADO EN CASOS DE MUERTE MATERNA

DICIEMBRE 2012 - OCTUBRE 2017

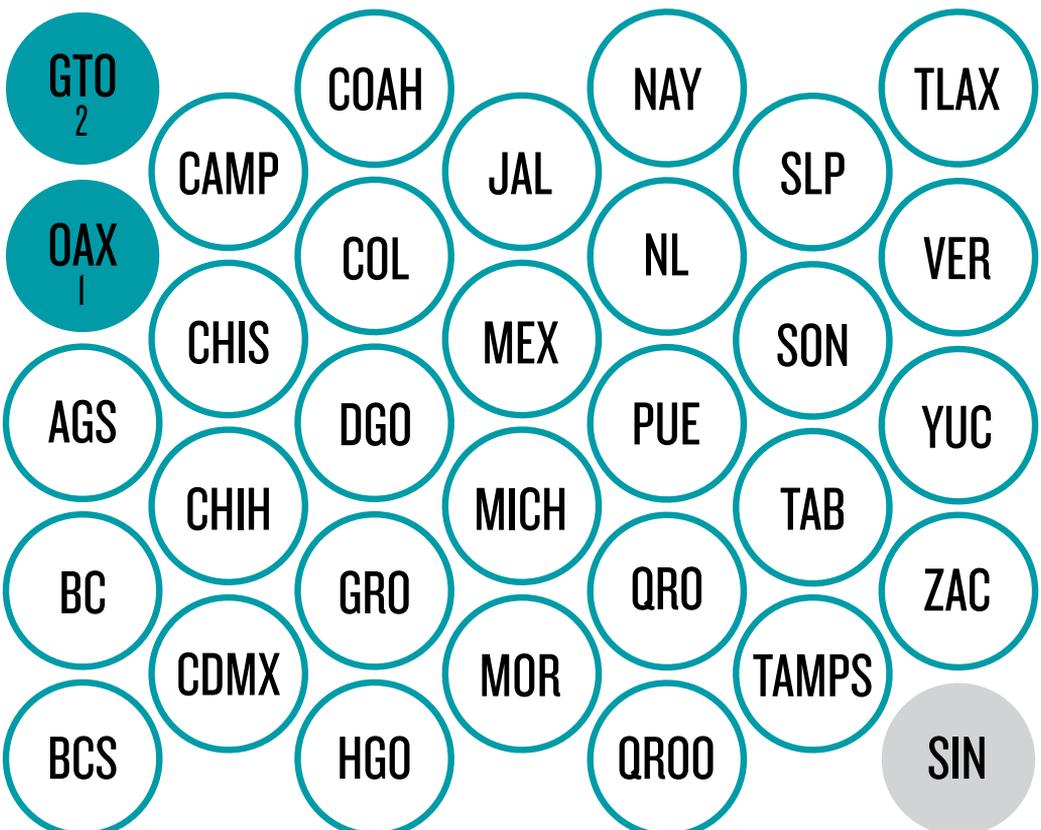
FEDERAL 5 REPORTADOS

● CON REPORTE ○ SIN REPORTE ● INFORMACIÓN INEXISTENTE



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

SECRETARÍA DE SALUD 3 REPORTADOS



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

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

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



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

GELLELI

OAXACA, 2018

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

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

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

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

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

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

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



Foto: Chiaroscuro

4.3

CONCLUSIONES

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

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