
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
--------------	------------

3

VIOLENCIA , OBSTÉTRICA

VIOLENCIA OBSTÉTRICA

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

M A N I F E S T A C I O N E S



F Í S I C A S

Prácticas invasivas

Suministro injustificado de medicamentos

Retraso en la atención de urgencia

Falta de respeto a los tiempos de un parto



P S I C O L Ó G I C A S

Trato deshumanizado

Discriminación

Humillaciones

33.4% → **13.1%**

sufrieron violencia obstétrica por parte de quienes las atendieron.

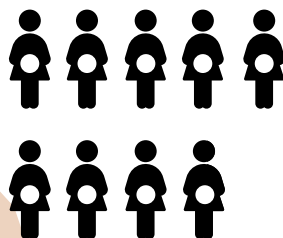
de estas mujeres reportaron anticoncepción o esterilización forzada.

Fuente: ENDIREH, 2016.

8 700 000

DE MUJERES

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



3 700 000 = 42.5%

FUE POR CESÁREA



37.8%

de las mujeres atendidas
en el sector público
tuvieron cesáreas.

10.3%

no fue informada
por qué.

79%

de las mujeres atendidas
en el sector privado
tuvieron cesáreas.

9.7%

no la autorizó.

Fuente: SINAC 2011-2016.

Fuente: ENDIREH, 2016.



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

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

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

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

3.1

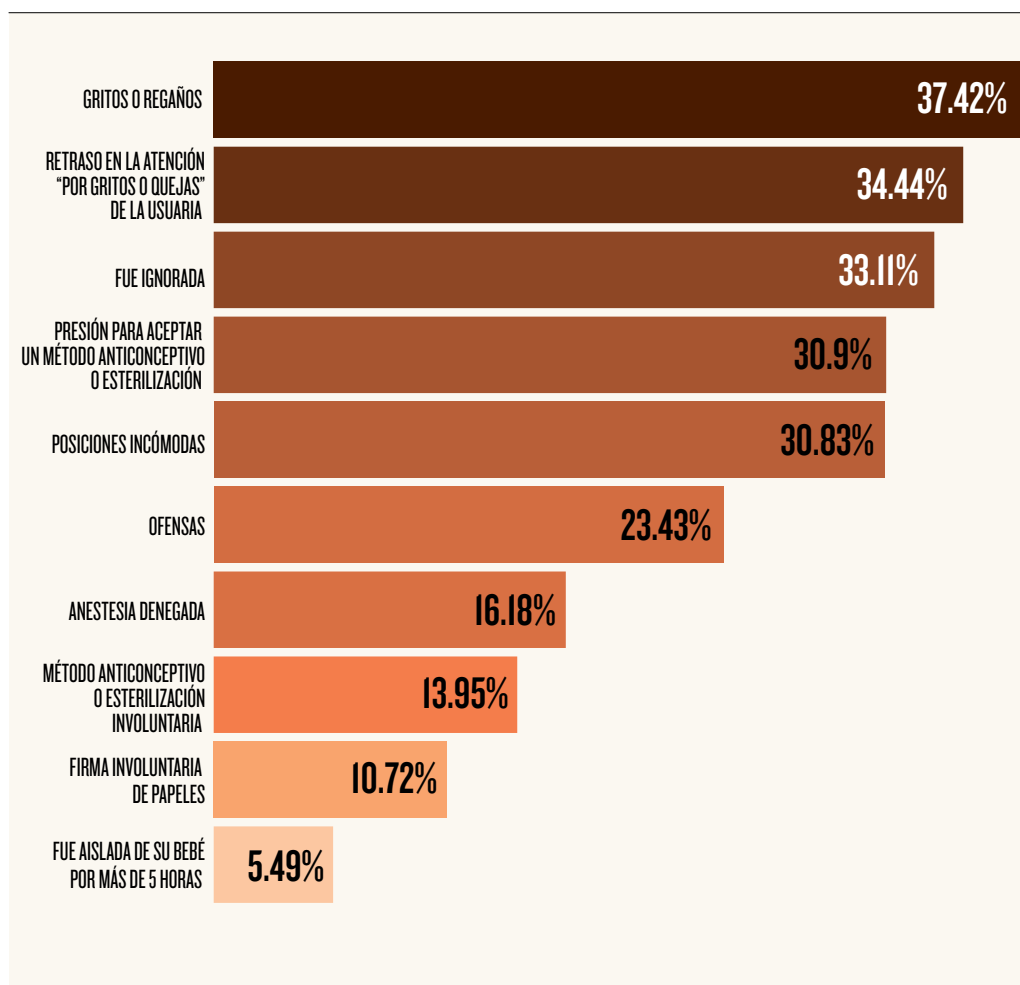
SITUACIÓN EN MÉXICO

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

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

MANIFESTACIONES DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN MÉXICO

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



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

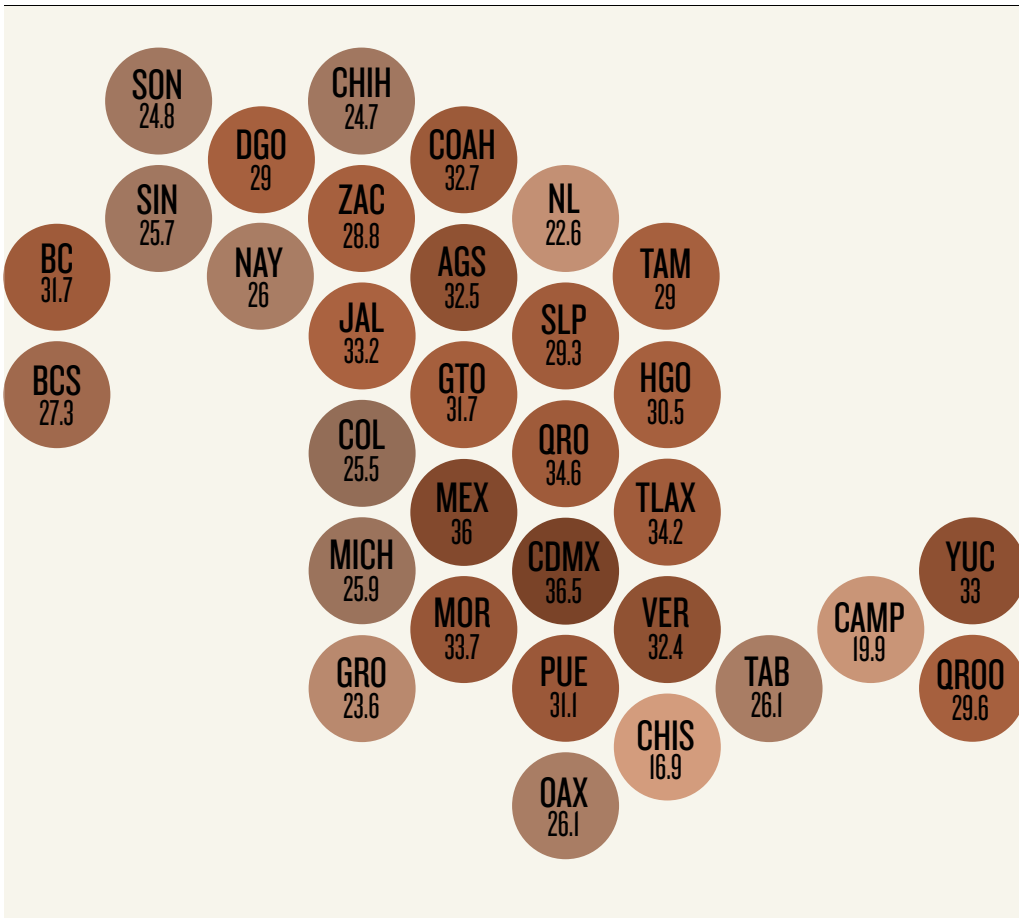
3 Castro, Roberto, Erviti, Joaquina. "25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México", CONAMED, 2014, volumen 19, No. 1, pp. 37-42.

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

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

MUJERES QUE SUFRIERON AL MENOS UN TIPO DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA

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



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

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

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

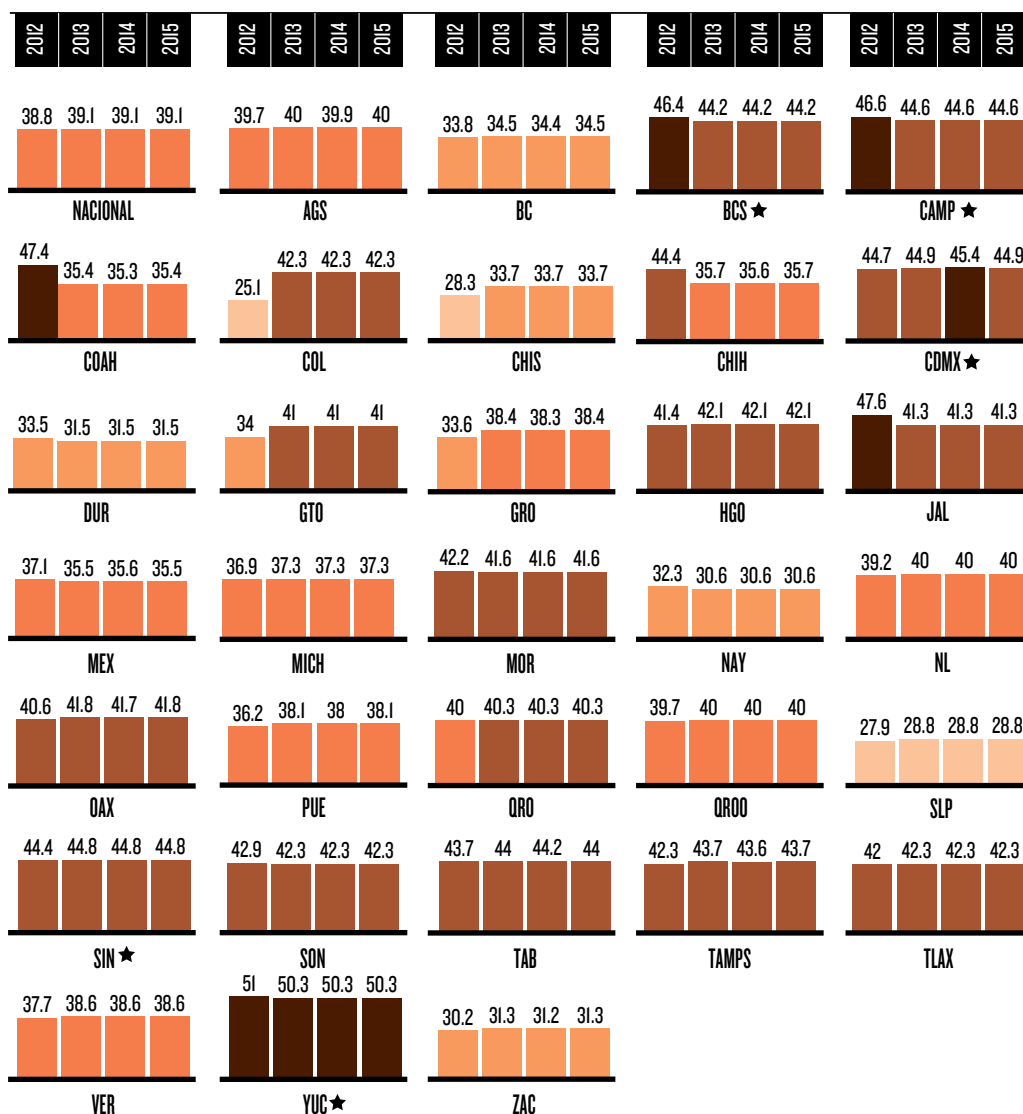
7 OMS, *Solo se deben practicar las cesáreas que sean necesarias por motivos médicos*, 10 de abril de 2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/es/> [consulta: 9 de septiembre de 2018].

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

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

CESÁREAS POR ENTIDAD FEDERATIVA

2012 - 2015 / PORCENTAJE SOBRE EL TOTAL DE NACIMIENTOS ATENDIDOS



★ Entidades con mayor porcentaje de cesáreas.

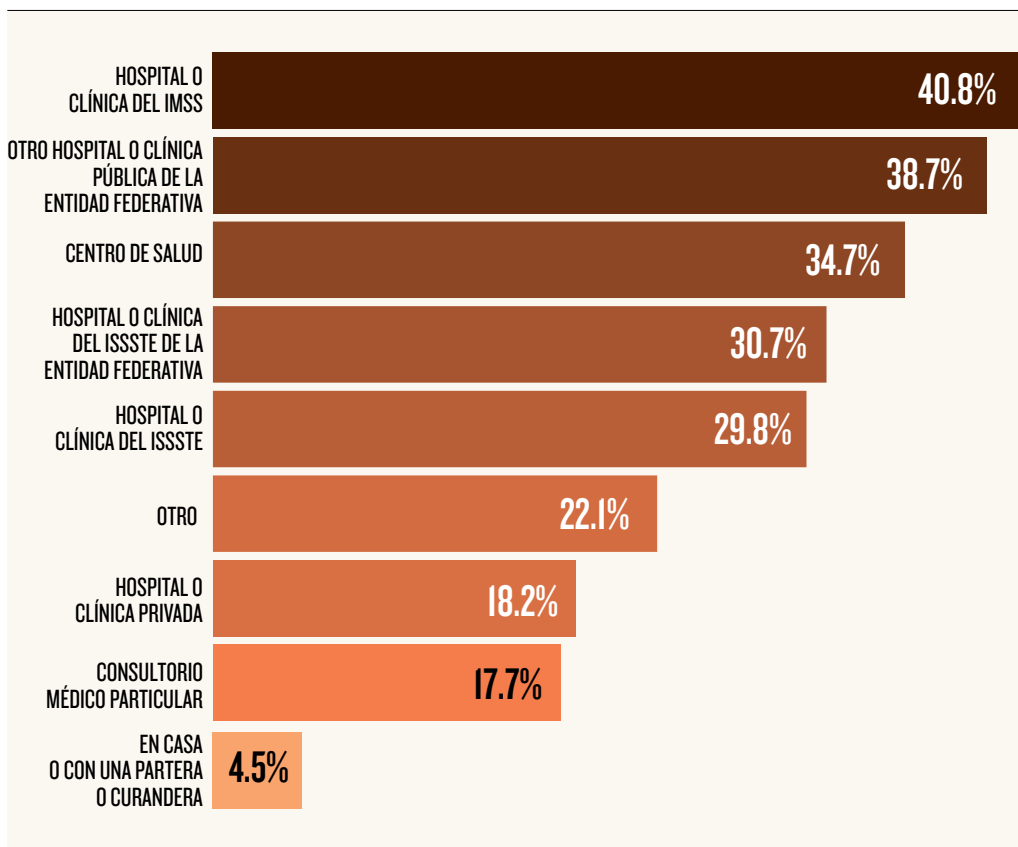
Fuente: Elaboración de GIRE con datos de la Secretaría de Salud.



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

MUJERES QUE ENFRENTARON VIOLENCIA OBSTÉTRICA POR LUGAR DE ATENCIÓN

2016



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

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

SANDRA

JALISCO, 2017

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

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

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

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

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

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

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

CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS CASO I.V. VS BOLIVIA⁸

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

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

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

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

8 Corte IDH, *Caso I.V. vs. Bolivia. Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 30 de noviembre de 2016. Disponible en: http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_329_esp.pdf [consulta: 9 de septiembre de 2018].

9 *Ibíd.*, párrafos 176-178.

10 *Ibíd.*, párrafos 181-188.

11 *Ibíd.*, 189-194.

A. MARCO NORMATIVO Y DE POLÍTICA PÚBLICA

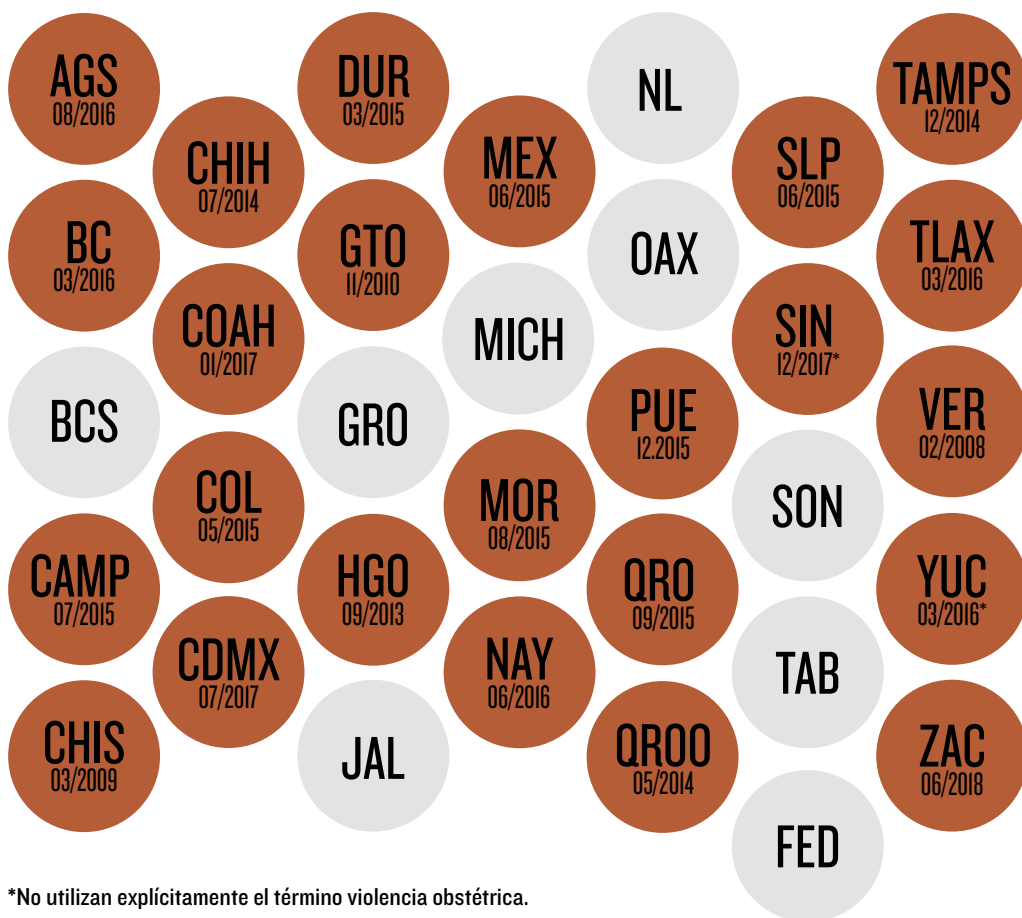
La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV), publicada en 2007, no prevé de manera expresa la violencia obstétrica como una forma de violencia contra las mujeres. Sin embargo, otras figuras contempladas, como la violencia psicológica, física e institucional, proporcionan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

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

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



CONTEMPLAN VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN SU NORMATIVA



*No utilizan explícitamente el término violencia obstétrica.

Fuente: GIRE, octubre 2018.

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

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

La Ley General de Salud (LGS) y su reglamento en materia de prestación de servicios de atención médica regulan la prestación de los servicios de salud, incluyendo las personas facultadas para brindar servicios de atención obstétrica y anticoncepción.¹⁴ En su artículo 64, fracción IV establece la obligación de las autoridades sanitarias de capacitar a dichas personas con el objetivo de fortalecer su competencia técnica en la atención. La NOM 007, por su parte, obliga a todas las instituciones de salud a capacitar a enfermeras obstetras, parteras técnicas y tradicionales para identificar complicaciones del embarazo, parto y puerperio, y proveer facilidades para la referencia y acompañamiento de las mujeres embarazadas a los establecimientos para la atención médica.¹⁵ Así, los partos de bajo riesgo pueden ser atendidos por enfermeras obstetras, parteras técnicas y parteras tradicionales¹⁶ capacitadas.¹⁷

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

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

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

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

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

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

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

Por otra parte, la NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud¹⁸ (NOM 035) prevé que solo las parteras certificadas dentro del Sistema Nacional de Salud pueden expedir un certificado de nacimiento, pero la legislación es omisa en señalar el procedimiento por el cual las instituciones pueden facultar a una partera para emitir este documento, dejándolo al arbitrio de las entidades federativas. Esta situación de inseguridad jurídica también impacta de manera negativa en la posibilidad de las mujeres de optar por esta vía para el nacimiento de sus hijos, a pesar de los esfuerzos normativos para incluir a quienes ejercen la partería en el Sistema Nacional de Salud.

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

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

3.2

ACCESO A LA JUSTICIA

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

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

A. QUEJAS ADMINISTRATIVAS

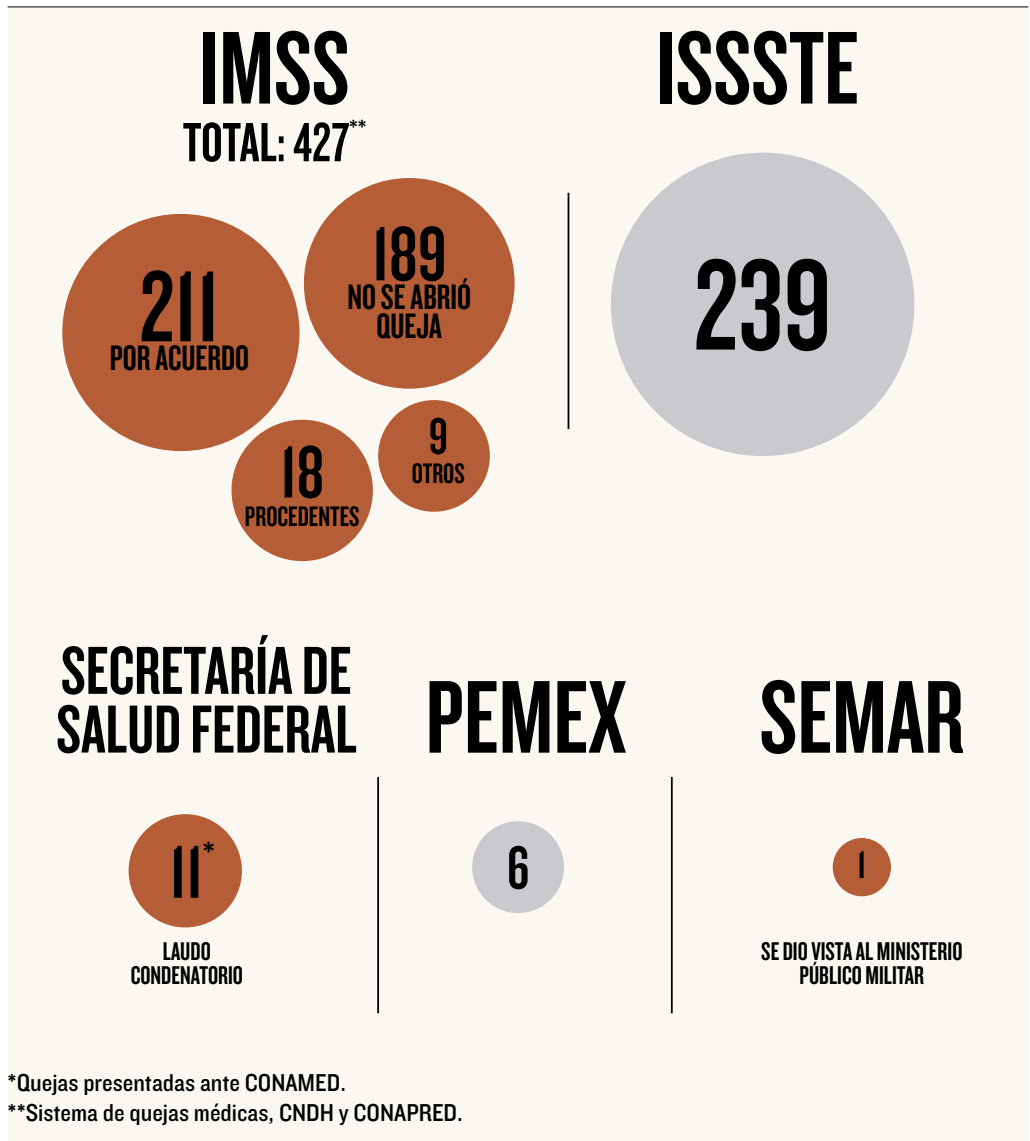
El recurso más inmediato que tienen las mujeres ante un caso de violencia obstétrica es el escrito de queja ante la unidad de contraloría interna de una institución de salud, a partir de la cual se realizará la investigación correspondiente de los hechos. Cada institución de salud determina el procedimiento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

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

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

DICIEMBRE 2012-SEPTIEMBRE DE 2017

● NO INFORMÓ FORMA DE CONCLUSIÓN



*Quejas presentadas ante CONAMED.

**Sistema de quejas médicas, CNDH y CONAPRED.

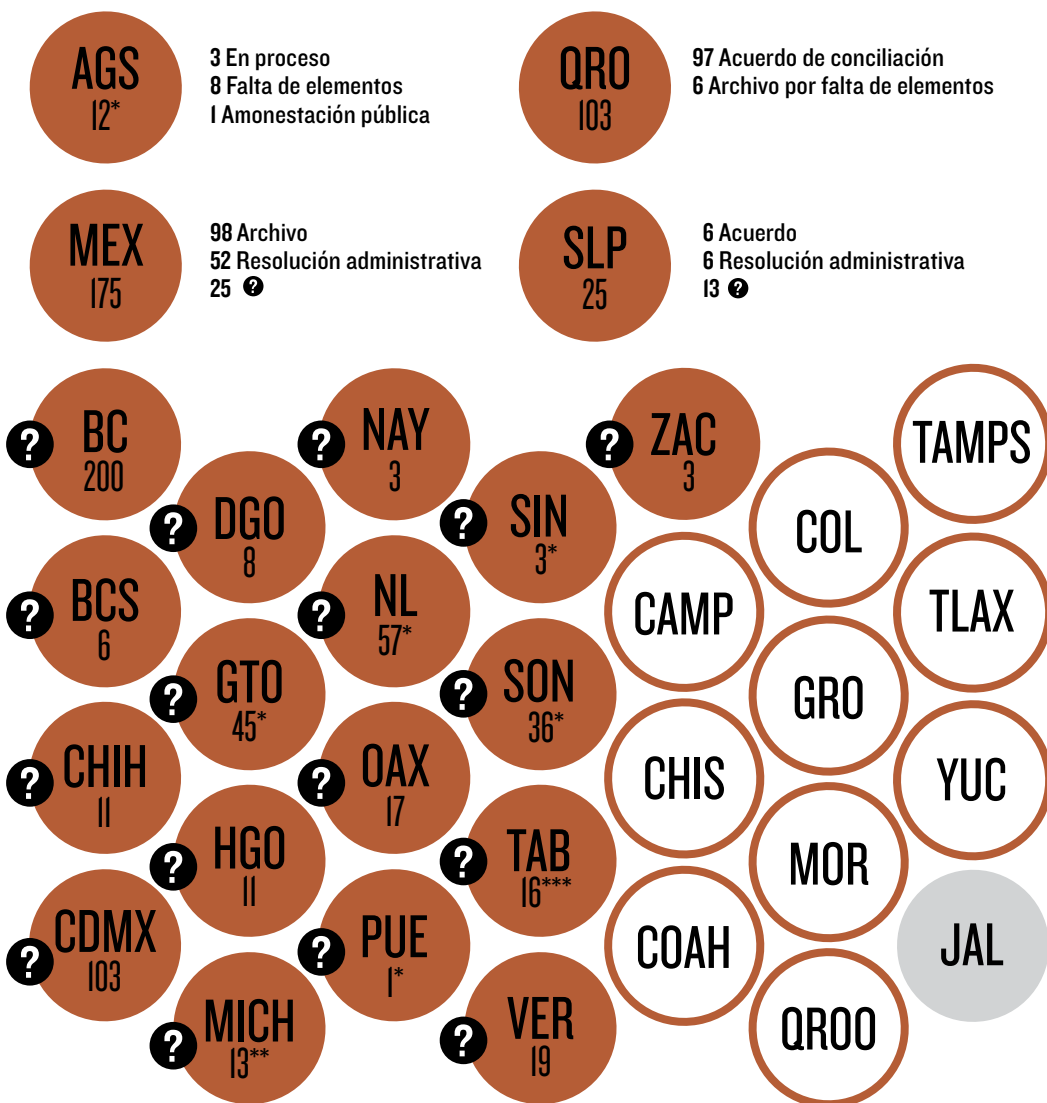
Fuente: Elaboración de GIRE con base en solicitudes de acceso a la información pública.

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

DICIEMBRE 2012-OCTUBRE 2017

867 QUEJAS

● CON QUEJAS
 SIN QUEJAS
 NO PROCEDENTE
 ? NO INFORMÓ FORMA DE CONCLUSIÓN



*Quejas presentadas ante la comisión local de arbitraje médico.

** Buzón de quejas y sugerencias.

*** Quejas en el Sistema Unificado de Gestión.

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

B. INCONFORMIDADES ANTE LA COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

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

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

C. PROCESOS PENALES

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

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

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

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

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

Asimismo, en junio de 2018 el congreso de Aguascalientes reformó su código penal²² para incorporar conductas que constituyen violencia obstétrica, aunque no se nombra al concepto como tal. La reforma incluye algunos puntos que preocupan. En particular, acciones u omisiones que, si bien podrían ocasionar un daño grave a la salud o incluso provocar la muerte de las mujeres o de sus hijos, no quedan descritas con suficiente precisión, lo que puede contribuir a crear una situación de inseguridad jurídica importante para el personal médico, sin resolver la situación estructural que permite la persistencia de la violencia obstétrica. Cabe destacar también que, previo a esta reforma, el código penal del estado ya contemplaba diversos tipos penales bajo los cuales quedan protegidos aquellos bienes jurídicos que pueden verse lesionados en las manifestaciones de violencia obstétrica que sí son responsabilidad directa del personal de salud.

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

Artículo 158. Responsabilidad médica asistencial. La Responsabilidad Médica Asistencial se cometerá por directores, encargados o administradores de cualquier centro de salud, cuando prestando un servicio médico:

iii. Nieguen o restrinjan el acceso al hospital o centro de salud, a una mujer embarazada, cuando haya riesgo de afectación a su salud o integridad física, así como del producto de la concepción; o

iv. Proporcionen sin causa justificada un lugar inapropiado a la mujer embarazada para realizarle el parto.

...

Al responsable de la comisión de la presente figura típica se aplicarán de 6 meses a 2 años de prisión, de 20 a 50 días multa, el pago total de la reparación de los daños y perjuicios ocasionados, y suspensión de 3 meses a 1 año.

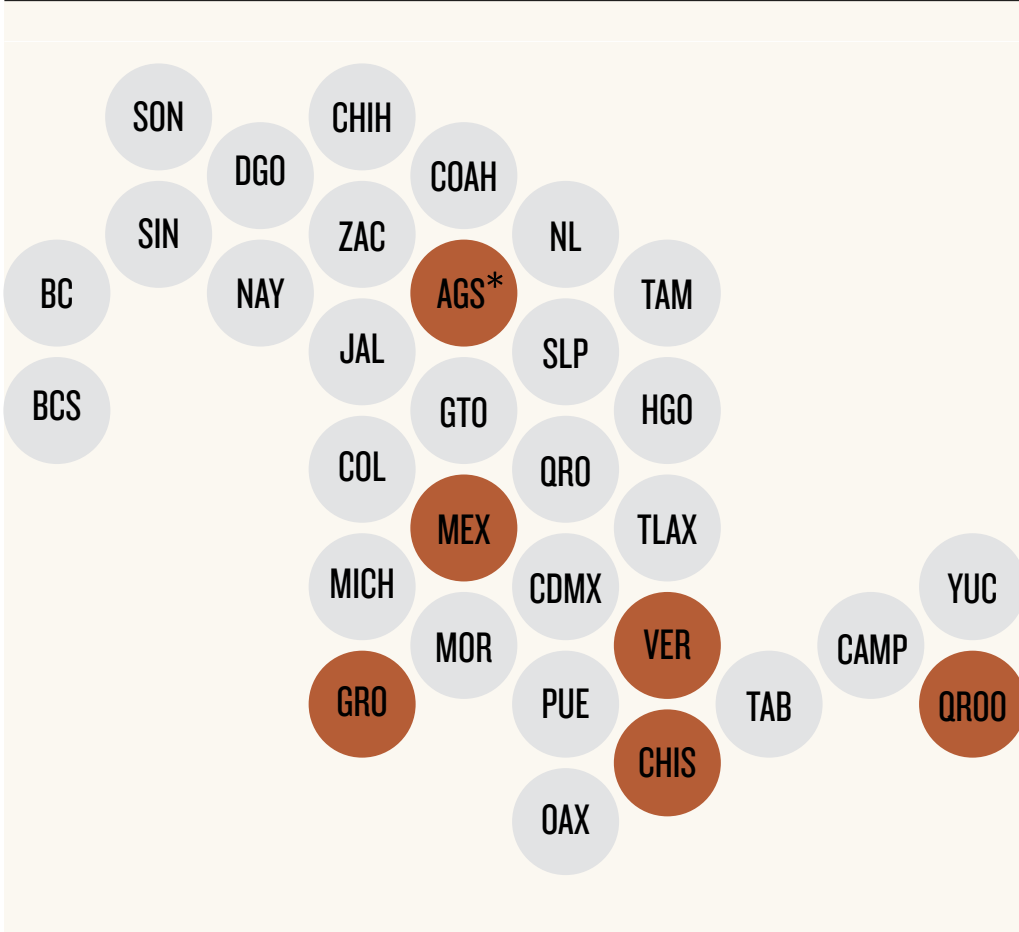
Para conocer el uso de estos mecanismos, GIRE realizó solicitudes de acceso a la información a las procuradurías de justicia y poderes judiciales locales de las entidades donde la violencia obstétrica está tipificada acerca del número de denuncias, juicios penales y sentencias en la entidad, a partir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

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



VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN CÓDIGOS PENALES

● ENTIDADES QUE CRIMINALIZAN



*No utiliza explícitamente el término violencia obstétrica.

Fuente: GIRE, octubre 2018.

D. QUEJAS ANTE COMISIONES DE DERECHOS HUMANOS

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

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

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

QUEJAS POR VIOLENCIA OBSTÉTRICA PRESENTADAS ANTE LA CNDH

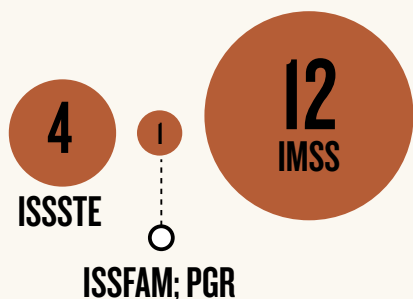
DICIEMBRE 2012-SEPTIEMBRE DE 2017

567 QUEJAS*

7 CONCILIACIONES
40 RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

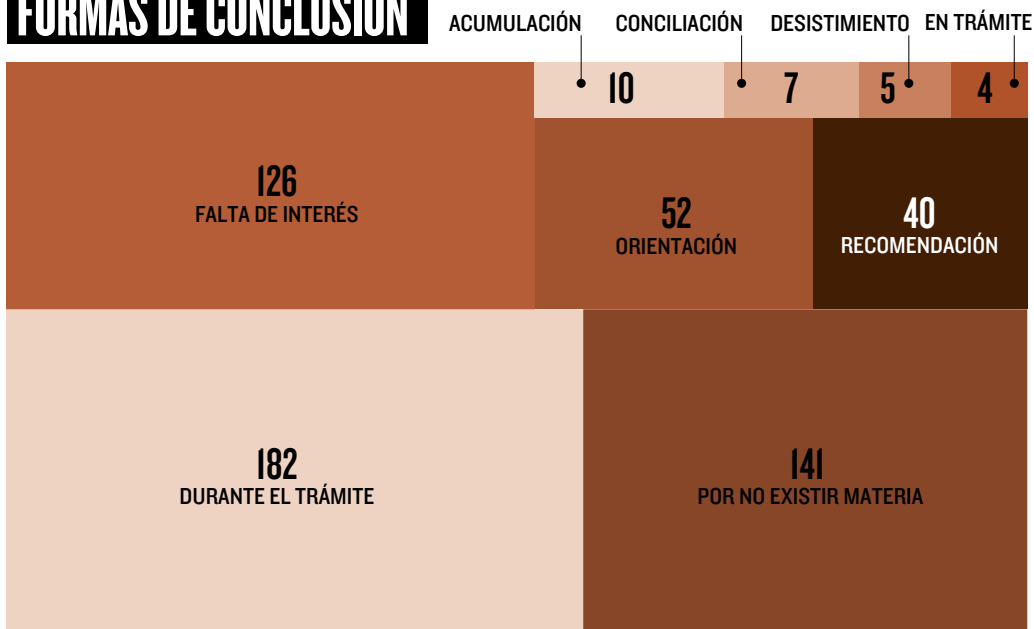
AUTORIDADES FEDERALES



SECRETARÍAS DE SALUD LOCALES



FORMAS DE CONCLUSIÓN



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

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

QUEJAS POR VIOLENCIA OBSTÉTRICA ANTE COMISIONES DE DERECHOS HUMANOS

DICIEMBRE 2012-OCTUBRE 2017

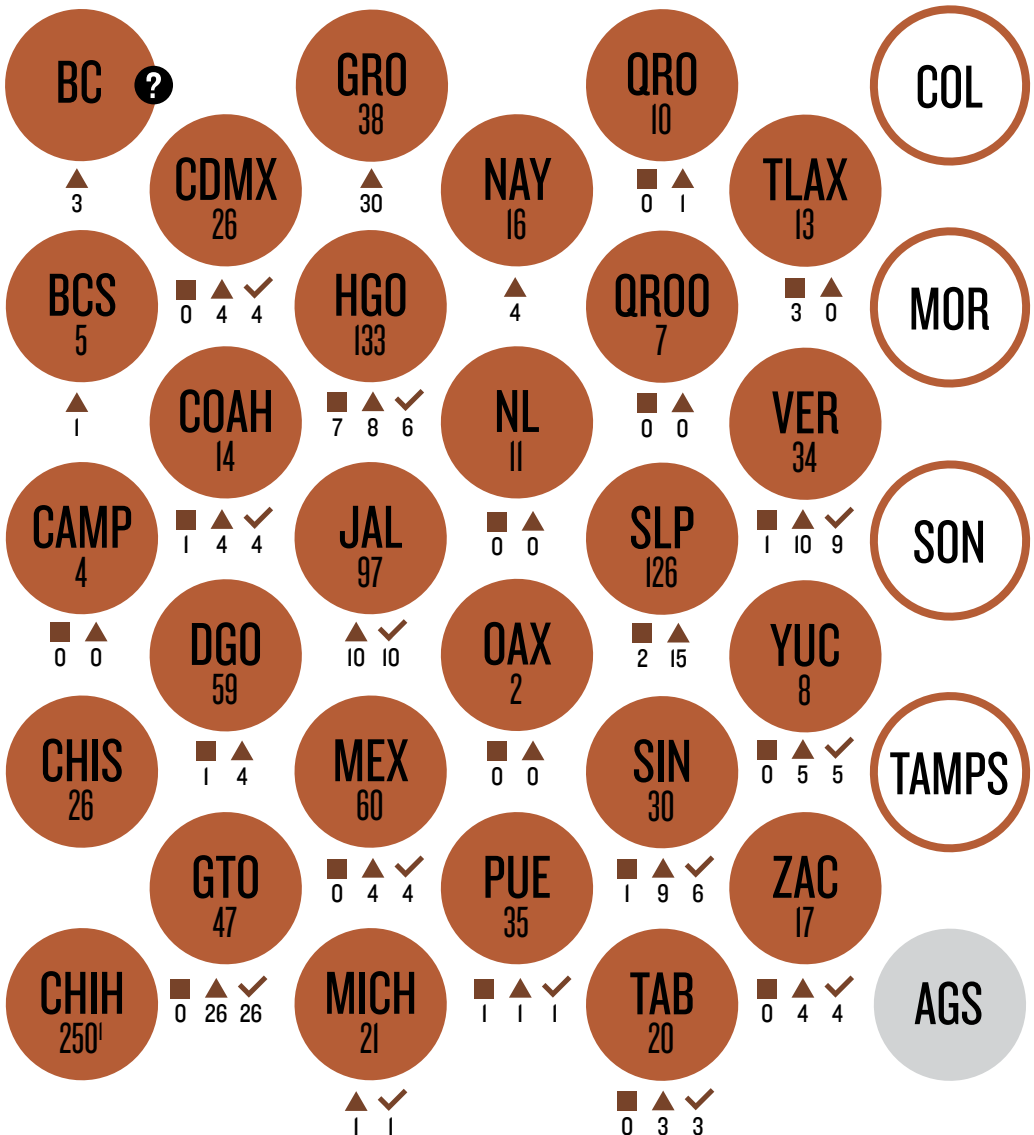
1109 QUEJAS

● CON QUEJAS
 ○ SIN QUEJAS
 ● INEXISTENTE
 ? NO INFORMÓ NÚMERO DE QUEJAS

17 ■ CONCILIACIONES

147 ▲ RECOMENDACIONES

84 ✓ RECOMENDACIONES ACEPTADAS



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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

Y recomendó al Estado mexicano:

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

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

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

El Comité recomendó que el Estado:

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

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

ELIZABETH

MORELOS, 2016

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

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

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

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

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

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

3.3

CONCLUSIONES

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

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

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