



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

2010–2021

ABORTO
VIOLENCIA OBSTÉTRICA
MUERTE MATERNA
VIDA LABORAL Y REPRODUCTIVA
REPRODUCCIÓN ASISTIDA



3

**MUERTE
MATERNA**



La muerte materna es aquella que ocurre durante el embarazo, parto o puerperio por cualquier causa relacionada o agravada por éstos o su manejo, excluyendo las causas accidentales. Su carácter estructural y prevenible convierte a la muerte materna en una violación a los derechos humanos que es responsabilidad del Estado.

La medida utilizada para evaluar la existencia y gravedad de las barreras para el acceso a los servicios de salud materna, a nivel nacional e internacional, es la Razón de Mortalidad Materna (RMM), que expresa el número de mujeres¹ que mueren durante el embarazo, parto o puerperio por cada cien mil nacidos vivos en un año.

Las fallas estructurales del sector salud, incluidas la falta de personal médico y su consecuente sobrecarga laboral, la insuficiencia de insumos y la infraestructura inadecuada e incluso una localización poco accesible de las unidades médicas son causa de muertes prevenibles que afectan desproporcionadamente a ciertos grupos poblacionales, como las mujeres indígenas, las niñas y adolescentes y las personas que viven en condiciones de marginación. Así, la muerte materna es también un tema de justicia.

En México, la problemática de la muerte materna comenzó a estudiarse en 1971, año en el que se realizó el primer análisis estadístico sobre sus causas,² pero fue hasta 1989 que se establecieron criterios básicos para su estudio formal a través de la creación

1 GIRE emplea el término “mujeres” cuando se señala así de forma expresa en la legislación, documentos y fuentes de información estadística revisados para este informe. Sin embargo, la muerte materna puede afectar también a otras personas con capacidad de gestar, como los hombres trans y las personas no binarias, a quienes se les debe garantizar sus derechos humanos sin discriminación por identidad de género o cualquier otra condición.

2 Delgado Lara, Adrián Gabriel, *Cuarenta años de estudios y de políticas públicas sobre las defunciones maternas en México*, Género y Salud en Cifras, Vol. 10, No. 1, enero-abril, 2012, p. 42.

de Comités de Estudios en Mortalidad Materna en todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud (SNS).³ Es a partir de entonces que la muerte materna comenzó a estudiarse desde una perspectiva científica y técnica para establecer acciones en materia de atención obstétrica.⁴

Aunque ha sido notable el avance en la elaboración de políticas públicas e intervenciones basadas en evidencia científica,⁵ el acercamiento al tema desde un enfoque de derechos humanos⁶ es posterior. El entendimiento del problema de la mortalidad materna no sólo desde una perspectiva de salud pública sino también de derechos humanos y de justicia social es relativamente reciente.⁷

El análisis de la muerte materna desde una perspectiva de derechos humanos coloca en el centro del problema al Estado como responsable de todas esas muertes que pudieron evitarse, y a las mujeres y otras personas con capacidad de gestar como aquellas cuya agencia y derechos deben ser garantizados en cada etapa de la atención obstétrica.⁸

3 *Ibidem*, p. 41.

4 *Ibid.*, p. 42.

5 Loggia, Silvia María, Sesia, Paola y Schiavon, Raffaella, “Guía técnica de derechos humanos para la prevención de la morbilidad materna: su importancia como herramienta de incidencia política”, en *25 años de buenas prácticas para disminuir la mortalidad materna en México. Experiencias de organizaciones de la sociedad civil y la academia*, Graciela Freyermuth (coord.), 2015, p. 260.

6 El acercamiento de una situación determinada desde un enfoque o perspectiva de derechos humanos implica analizarla desde un conjunto de condiciones: las obligaciones generales a cargo del Estado (respetar, proteger, garantizar y promover), principios (universalidad, interdependencia e indivisibilidad), principios de aplicación (contenido esencial, progresividad, prohibición de regresión, máximo uso de recursos disponibles) y elementos institucionales (disponibilidad, accesibilidad, calidad, aceptabilidad). Vázquez, Daniel, *Guía de estudio, El Enfoque de Derechos Humanos*, Flacso, México, 2018, p. 27.

7 Al respecto, cabe destacar la publicación de las “Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad” por parte de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH) en el año 2012.

8 Bautista, Edgar Rodolfo y López Arellano, Oliva, “Muerte materna en mujeres indígenas de México y racismo de Estado. Dispositivos biopolíticos de salud”, en *Salud Problema*, segunda época, año 11, enero-junio 2017, p.50.



3.1

SITUACIÓN EN MÉXICO

A. ESTÁNDARES CONSTITUCIONALES

En la última década se han producido cambios fundamentales en el sistema jurídico mexicano: la reforma constitucional en materia de derechos humanos de 2011 implicó que, entre otras cuestiones, toda norma de derechos humanos contenida en tratados internacionales en los que el Estado mexicano sea parte, tenga rango constitucional. De aquí se desprende la necesidad de atender la interpretación que de tales normas hagan los órganos autorizados para ello.

En concreto, las muertes maternas son una violación al derecho humano a la vida (artículo 4 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH) y artículo 6 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos), a la salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, PIDESC, y artículo 12 de Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, CEDAW), a la no discriminación contra las mujeres en la esfera de la atención médica (artículo 12 de la CEDAW) y del derecho a la información (artículo 13 de la CADH).

Los siguientes dos casos son, precisamente, precedentes producidos por los órganos facultados para realizar la interpretación última de la CEDAW y de la CADH (el Comité CEDAW y la Corte Interamericana de Derechos Humanos (IDH), respectivamente, por tanto, son decisiones que impactan a México en la medida en la que ha firmado y ratificado ambos tratados.

ALYNE DA SILVA PIMENTEL V. BRASIL⁹

Este caso es el primero presentado y decidido por un órgano internacional de protección a los derechos humanos relacionado exclusivamente con una muerte materna. Además, ha sido clave para avanzar en el reconocimiento de los derechos reproductivos y de las obligaciones positivas del Estado para garantizarlos, en particular con relación al acceso a servicios de salud materna sin discriminación y de calidad, tanto en el ámbito público como privado.

Alyne da Silva Pimentel era una mujer afrodescendiente que provenía de una comunidad marginada en Río de Janeiro, Brasil. El 11 de noviembre de 2002, acudió a un centro de salud privado local 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 inducir el parto.

Alyne esperó seis horas más para que se llevara a cabo la inducción. Catorce horas después del parto fue sometida a un legrado para eliminar partes de la placenta y otros restos. Su condición empeoraba y requería 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 en un área provisional establecida 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 tres días después de la inducción del parto.

Un tribunal brasileño dictó una pensión y una indemnización por daño moral para la hija de Alyne. Sin embargo, no estableció que el Estado fuera responsable de su muerte, por tratarse de una clínica privada. Así, su caso fue llevado al Comité CEDAW por su madre, representada por el Centro de Derechos Reproductivos y Advocacy, Abogacía Ciudadana para los Derechos Humanos, 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, en la que señaló la responsabilidad del Estado brasileño reconociendo que la muerte de Alyne era una muerte materna; que el Estado tenía la obligación de monitorear y regular la prestación de servicios de salud, incluyendo los privados; que debía garantizar acceso oportuno a servicios de salud materna sin discriminación; y que es su deber proveer mecanismos efectivos de acceso a la justicia y a la reparación integral.¹⁰

En suma, el Comité señaló que la falta de acceso a 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.

⁹ Naciones Unidas, Comité CEDAW, [Caso Alyne da Silva Pimentel vs. Brasil] Comunicación N° 17/2008, [CEDAW/C/49/D/17/2008], 49° periodo de sesiones (2001).

¹⁰ Centro de Derechos Reproductivos, *Alyne v. Brazil, Case of Alyne da Silva Pimentel Teixeira ("Alyne") v. Brazil*. Disponible en: https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2020/12/LAC_Alyne_Factsheet.pdf

COMUNIDAD INDÍGENA XÁKMOK KÁSEK V. PARAGUAY

Xákmok Kásek es una comunidad indígena que fue expulsada de sus tierras debido al proceso de privatización del Chaco, en Paraguay. La falta de acceso a sus tierras durante décadas ocasionó a los miembros de esta comunidad un estado de extrema vulnerabilidad alimentaria, sanitaria y médica,¹¹ debido a lo cual muchas personas fallecieron por causas que pudieron haber sido fácilmente prevenidas si hubiesen recibido asistencia periódica o tenido acceso a un control adecuado de salud.¹² Luego de ser expulsada de sus tierras, la comunidad intentó reivindicar internamente al Estado su devolución, sin embargo, tras un plazo de más de 17 años, el mecanismo administrativo doméstico para la restitución resultó inefectivo.¹³

Una de las personas fallecidas a consecuencia de dicha situación fue Remigia Ruiz, mujer embarazada de 38 años de edad que no recibió atención médica y cuyo fallecimiento durante el parto muestra varias de las características comunes de los casos de muerte materna: falta de acceso a servicios de salud, parto sin adecuada atención médica, falta de documentación sobre la causa de la muerte y situación de exclusión y pobreza extrema.¹⁴

La Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH), al analizar el caso en 2010, resaltó el deber a cargo de los Estados de implementar políticas de salud adecuadas que permitan ofrecer atención médica con personal capacitado para la atención de los partos, políticas de prevención de la mortalidad materna a través de controles prenatales y posparto, así como instrumentos legales y administrativos para documentar todos los casos de muerte materna, debido a que las mujeres en estado de embarazo requieren medidas de especial protección.¹⁵

Además de lo anterior, este caso es relevante por la interpretación de la Corte IDH en torno al derecho a la vida, respecto al cual subrayó la obligación a cargo de los Estados de garantizar las condiciones necesarias para que no se produzcan violaciones del mismo. De esta forma, la observancia de este derecho no sólo implica asegurar que ninguna persona sea privada de la vida arbitrariamente (obligación negativa), sino que es indispensable que el Estado, en su posición de garante del derecho a la vida, adopte medidas positivas y concretas para protegerlo y preservarlo (obligación positiva),¹⁶ sobre todo tratándose de grupos y personas en situación de vulnerabilidad y riesgo.

Con base en lo anterior, la Corte IDH declaró que las muertes eran imputables al Estado paraguayo por haber sido omiso en adoptar las medidas positivas que razonablemente se esperaban para evitarlas.¹⁷

11 Schettini, Andrea, "Por un Nuevo Paradigma de Protección de los Derechos de los Pueblos Indígenas: Un Análisis Crítico de los Parámetros Establecidos por la Corte Interamericana de Derechos Humanos", en *Revista Sur*, 2012, p. 69. Disponible en: <https://sur.conectas.org/wp-content/uploads/2017/11/sur17-esp-andrea-schettini.pdf>

12 Corte IDH, Caso Comunidad Indígena Xákmok Kásek vs. Paraguay. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de agosto de 2010. Serie C, No. 214, párrafo 231. Disponible en: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_214_esp.pdf

13 *Ibidem*, párrafos 137 y 144.

14 *Ibidem*, párrafo 232.

15 *Ibidem*, párrafos 233 y 234.

16 *Ibidem*, párrafo 187.

17 *Ibidem*, párrafo 234

CONFERENCIA DE NAIROBI

En 1994, 179 países adoptaron el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD). Este programa significó un cambio en el entendimiento de los temas de población, reducción de la pobreza y desarrollo sostenible para su acercamiento desde una perspectiva de derechos humanos. Entre los compromisos adoptados estaba la reducción, por parte de cada Estado, de las tasas de mortalidad materna en 75 por ciento para el año 2015, un compromiso que México quedó lejos de cumplir. En el año 2010, este compromiso se amplió más allá del periodo inicial con el fin de “cumplir sus metas y objetivos plenamente”.¹⁸ En 2019, Estados miembros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) (México entre ellos), agencias de las Naciones Unidas, sociedad civil, grupos de mujeres y redes de jóvenes,¹⁹ reunidos en la Cumbre de Nairobi, reconocieron, por un lado, que el acceso universal a servicios de salud reproductiva seguía siendo una realidad lejana y, por otro lado, que la salud reproductiva y la igualdad de género son la vía hacia el desarrollo sostenible.²⁰ Entonces, reafirmaron el compromiso de seguir avanzando el Programa de Acción de la CIPD, aunado al avance de los compromisos adoptados en 2015 mediante la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). A raíz de la Cumbre de Nairobi los Estados participantes, incluido México, adoptaron entre otros compromisos:

- Lograr acceso universal a la salud y a los derechos reproductivos como parte de la cobertura universal de salud.
- Lograr cero muertes maternas evitables y morbilidades como las fístulas obstétricas a través de la creación de un paquete integral de intervenciones en materia de salud sexual y reproductiva en las estrategias, políticas y programas nacionales de cobertura universal de salud.

B. MARCO NORMATIVO Y DE POLÍTICA PÚBLICA

Al cierre de esta publicación es posible decir que en México se cuenta con un marco normativo que, si fuera debidamente implementado, permitiría avanzar hacia la disminución de muertes prevenibles durante el embarazo, parto y puerperio. Sin embargo, problemas de orden estructural dificultan que las mujeres y otras personas gestantes puedan tener una adecuada atención de manera que su salud y su vida no corran peligro durante la atención obstétrica: mientras que se ha desaprovechado el primer nivel de atención de la salud para la atención de partos de bajo riesgo, el segundo y tercer nivel permanecen saturados ya que concentran la mayor cantidad de partos atendidos, provocando un alto número de cesáreas injustificadas, insuficiencia de infraestructura, equipo, insumos y personal capacitado para hacer frente a dicha saturación. Las consecuencias de estas fallas estructurales se plasman de manera desproporcionada en ciertas poblaciones: las mujeres indígenas, las niñas y adolescentes y quienes viven en condiciones de marginalidad, entre otras.

LEY GENERAL DE SALUD

La Ley General de Salud (LGS) reglamenta el derecho humano a la protección a la salud, previsto en el artículo 4º constitucional, de acuerdo al cual:

[...]

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social.

[...]

La LGS establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, así como las facultades concurrentes de la Federación y de las entidades federativas en materia de salubridad general. De acuerdo con el capítulo V de esta Ley, la atención integral de la salud materno-infantil tiene carácter prioritario.

La LGS establece que la Secretaría de Salud federal tiene la responsabilidad de impulsar acciones para la identificación y erradicación de factores de riesgo en las mujeres embarazadas, así como para la mejora en el acceso y calidad de la atención durante el embarazo, parto y puerperio mediante medidas como la capacitación de parteras tradicionales en la atención obstétrica (artículo 64, fracción IV); la participación de la sociedad civil y el sector privado en Redes de Apoyo a la Salud Materna (artículo 64 bis); y la creación de comités de prevención de la mortalidad materna e infantil (artículo 62).

18 ONU, *Declaración de Nairobi sobre la CIPD25: Adelantando la promesa*. Disponible en: <https://www.nairobisummitcprd.org/sites/default/files/files/Nairobi%20Summit%20SPANISH.pdf>

19 UNFPA, Boletín de prensa, “Cumbre de Nairobi para Avanzar la Implementación del Programa de Acción de la CIPD”, 18 de enero de 2019. Disponible en: <https://www.unfpa.org/es/press/cumbre-de-nairobi-para-avanzar-la-implementaci%C3%B3n-del-programa-de-acci%C3%B3n-de-la-conferencia>

20 *Ibidem*.

NOM-007-SSA-2016. PARA LA ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, Y DE LA PERSONA RECIÉN NACIDA

Esta Norma, de aplicación obligatoria en todas las unidades de salud de los sectores público, social y privado del SNS, establece un conjunto de criterios mínimos para la atención médica de las mujeres en el embarazo, parto y puerperio y de las personas recién nacidas con el fin de homologar los procedimientos y evitar prácticas que les pongan en riesgo o que no respondan a los más altos estándares de calidad.²¹

Entre otras cosas, esta Norma establece:

- El uso de analgésicos, sedantes y anestesia no deben emplearse de manera rutinaria durante el trabajo de un parto normal.
- No debe aplicarse la ruptura artificial de membranas con el único objeto de acelerar el parto.
- La práctica de la episiotomía requiere indicación por escrito e informar previamente a la mujer. El procedimiento debe ser realizado sólo por personal calificado que conozca la técnica de reparación adecuada.
- En caso de no existir contraindicación médica, deben respetarse las posiciones que la mujer desee realizar durante el trabajo de parto normal.
- Siempre que las condiciones lo permitan, debe permitirse el inicio de la lactancia materna exclusiva en los primeros 30 minutos posteriores al parto.
- El porcentaje recomendado de cesáreas es de 15 por ciento para los hospitales del segundo nivel y de 20 por ciento para los del tercero.
- La participación de la partería asistencial y la enfermería obstétrica está prevista para lograr una menor intervención en el proceso fisiológico del parto.
- Todo procedimiento que se realice durante el parto debe contar con evidencia científica y garantizar el consentimiento informado de las mujeres.

NOM-004-SSA3-2012. DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

Publicada en el Diario Oficial de la Federación en 2012, la NOM 004 establece los criterios para la elaboración, integración y confidencialidad de los registros médicos, herramienta fundamental para proteger la salud e incluso la vida de las usuarias de servicios de salud. La observancia de la NOM 004 —al igual que todas las Normas Oficiales— es obligatoria para el personal de toda institución perteneciente al SNS.

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).

21 GIRE, *Niñas y Mujeres sin Justicia, Derechos reproductivos en México*, 2015, p. 186. Disponible en: <https://gire.org.mx/publicaciones/ninas-y-mujeres-sin-justicia-derechos-reproductivos-en-mexico/>

La correcta elaboración e integración de los registros médicos permite conocer la atención recibida por la usuaria. En el expediente deben detallarse los padecimientos, el diagnóstico y el tratamiento ofrecido, además del consentimiento informado de la usuaria sobre las intervenciones realizadas. Asimismo, la confidencialidad de los registros garantiza el respeto de los derechos a la privacidad, a la intimidad y la protección de sus datos personales.

Desafortunadamente, 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 la contradicción de notas entre el personal de salud, la omisión de información a la usuaria y su familia sobre su estado de salud y confusiones de expedientes.²²

A pesar de que de acuerdo con la NOM 004 las personas usuarias no pueden acceder a una copia íntegra de su expediente clínico sino recibir información verbal, un resumen del expediente o constancias del mismo, la Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) resolvió en el Amparo en revisión 632/2014 que toda persona tiene derecho a su expediente clínico en su totalidad, debido a que contiene la información necesaria para conocer su estado real de salud, por lo que para que la persona usuaria acceda a su expediente clínico no debe existir condición alguna más que su solicitud. En otras palabras, la Corte defendió el derecho que tiene toda persona de ser informada sobre su estado de salud, en todo momento y sin mayores requisitos.

CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

En 2003 se creó el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) como un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, con atribuciones como la de proponer políticas nacionales en materia de salud reproductiva (incluyendo, por supuesto, la atención materno-infantil) y la evaluación de su impacto; la elaboración y expedición de normas oficiales mexicanas en el ámbito de sus facultades; y la coordinación, supervisión y evaluación de la prestación de los servicios de salud en las áreas de su competencia.²³

El 7 de junio el CNEGSR publicó el Programa de Acción Específico para la Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024 (PAESSR 2020-2024),²⁴ la política pública nacional para avanzar en la materia. El PAESSR 2020-2024 reconoce en su introducción la necesidad de garantizar los derechos sexuales y reproductivos desde una perspectiva interseccional.

Uno de sus seis componentes principales es la Salud Materna, cuyo objetivo es incrementar el acceso a la atención oportuna, integral y segura de la salud materna, desde la etapa pregestacional hasta el puerperio. Como contexto y justificación de este objetivo, el PAESSR 2020-2024 recoge información que desde GIRE y otras organizaciones de la sociedad civil venimos señalando con anterioridad: la desproporcionada representación de la muerte materna en comunidades indígenas; el preocupantemente alto porcentaje de cesáreas en México; la necesidad de incluir personal capacitado no médico en la atención de la salud materna y de contratar a intérpretes a lengua de señas mexicana y de idiomas indígenas.

22 GIRE, *La pieza faltante, Justicia reproductiva*, 2018, p. 125. Disponible en: <https://justiciareproductiva.gire.org.mx/assets/pdf/LaPiezaFaltante.pdf>

23 Delgado Lara, Adrián Gabriel, *Cuarenta años de estudios y de políticas públicas sobre las defunciones maternas en México, Género y Salud en Cifras*, Vol. 10, No. 1, enero-abril, p. 47.

24 Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024, 07 junio 2021. Disponible en <https://www.gob.mx/salud/documentos/programa-de-accion-especifico>

Entre algunas de las acciones relevantes en materia de muerte materna que establece el PAESSR 2020-2024 están:

- 3.1.2 Fortalecer las intervenciones comunitarias para coadyuvar en la mejora de la salud materna, a través de la participación y diálogo con parteras tradicionales, promotoras(es), traductoras(es), líderes de la comunidad y representantes de la sociedad civil.
- 3.2.5 Fortalecer la capacidad de respuesta en atención de emergencias obstétricas, por medio de la implementación de equipos de respuesta inmediata y de la aplicación del Convenio General de Colaboración para la Atención de Emergencias Obstétricas.
- 3.3.1 Garantizar la atención integral del proceso reproductivo por personal calificado médico y no médico (partería profesional, enfermería obstétrica y perinatal), en las redes de servicios de salud.
- 3.3.2 Fortalecer la referencia y contrarreferencia oportuna durante el embarazo, trabajo de parto y puerperio, por medio de la articulación de los diferentes niveles de atención.
- 6.3.6 Promover el trato digno y respetuoso en salud reproductiva como medidas para evitar la violencia obstétrica mediante la coordinación con el Sector Salud y otras dependencias de los sectores, público, social y privado.

El PAESSR 2020-2024 es importante, sin embargo, es imperativo que se acompañe de un presupuesto suficiente para que sea implementado de manera efectiva.

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

De acuerdo con la LGS, en México el Sistema Nacional de Salud se compone por las dependencias y entidades de la Administración Pública —tanto a nivel federal como local—, las personas físicas o morales de los sectores social y privado que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones. En materia de salud, la Ley establece competencias tanto para la Federación como para los gobiernos de las entidades federativas. La Secretaría de Salud federal es quien tiene a su cargo la coordinación del Sistema Nacional de Salud.

Funcionalmente, el sistema de salud²⁵ en México se divide en tres niveles de atención:

El primer nivel de atención es el primer contacto de las personas con el sistema de salud. Está formado por una red de unidades médicas que dan atención ambulatoria, es decir, consultas médicas. El seguimiento de los casos de embarazos de bajo riesgo corresponde a este nivel de atención a través de las consultas prenatales.

Existen situaciones en las que las unidades de primer nivel deben referir a la usuaria al segundo nivel de atención para el seguimiento del embarazo. Entre los motivos para ello se encuentran condiciones como: VIH, diabetes, insuficiencia renal, lupus eritematoso, embarazo gemelar o la edad de la gestante. El segundo nivel está conformado por los hospitales generales en los que se atienden casos que requieren internamiento hospitalario (como los partos de embarazos que no son de bajo riesgo) o la atención de urgencias. Los hospitales del segundo nivel de atención se organizan en las cuatro especialidades básicas de la medicina: medicina interna, cirugía, pediatría y gineco-obstetricia.²⁶

Al tercer nivel de atención lo constituyen hospitales de alta especialidad, incluyendo los institutos nacionales de salud, que cuentan con infraestructura de alto nivel y personal capacitado para resolver necesidades de salud más complejas. Los hospitales de este nivel pueden tener diversas subespecialidades o estar especializados en un área específica de la salud. La referencia al tercer nivel de atención es a criterio del personal médico, considerando el estado de salud de la persona embarazada, así como el equipo y personal especializado disponible.²⁷

POSADAS Y TRANSPORTE DE ASISTENCIA A LA MUJER EMBARAZADA

Los servicios de salud en México han permanecido concentrados en mayor medida en las capitales de las entidades federativas y en zonas urbanas. GIRE ha acompañado y documentado casos, y elaborado investigaciones²⁸ mediante las cuales se ha expuesto que, a menudo, quienes viven lejos de los centros urbanos deben hacer largos trayectos para recibir atención médica, circunstancia que sin duda contribuye a poner en riesgo su salud. En respuesta a esta situación, se han establecido algunas intervenciones de política pública, tales como la Red de Posadas y el Transporte AME.

25 Véase en este informe el capítulo Violencia Obstétrica para un análisis del Sistema de Salud desde la perspectiva del acceso a los servicios de acuerdo a la derechohabencia.

26 Soto Estrada, Guadalupe, *et al.*, “Rasgos generales del sistema de salud en México” en González Guzmán, Rafael, *et al.* (coord.), *La salud pública y el trabajo en comunidad*, 2011, p.161.

27 Más información acerca de los tres niveles de atención a la salud puede consultarse en: GIRE, *Atención a la salud reproductiva*, 2020. Disponible en: <https://saludreproductiva.gire.org.mx/>

28 GIRE, *Salud materna en Yucatán. El caso Valladolid*, 2021. Disponible en: <https://casovalladolid.gire.org.mx/>

El Programa de Acción de Arranque Parejo en la Vida (APV) dio inicio a la Red de Posadas AME en el año 2002. Son un espacio físico ubicado cerca de un hospital con capacidad resolutive donde las mujeres embarazadas pueden recibir hospedaje y alimentación junto con sus hijas e hijos o familiares durante el tiempo necesario.²⁹ Estas posadas cuentan con camas, cocina, baño, patio o jardín, estancia y centro de lavado para mujeres que residen en localidades dispersas o que se ubican a más de dos horas de un servicio de salud y que requieren atención especializada durante el embarazo, parto o puerperio. GIRE realizó solicitudes de información al CNEGSR sobre el número de Posadas que se han instalado en México desde su surgimiento en 2002, así como su ubicación. Aunque se pudo conocer que hasta noviembre de 2019 operaban 163 Posadas AME, ubicadas en 24 entidades federativas, no se cuenta con información acerca de la suficiencia y calidad de estos servicios, ni con datos relativos a su presupuesto.³⁰

El Transporte AME es cualquier medio de transporte gratuito utilizado para realizar el traslado de mujeres embarazadas o en puerperio que requieran atención oportuna a algún centro de salud. Para garantizar la disponibilidad de estos medios de transporte, las redes comunitarias se organizan para realizar un censo de vehículos disponibles en la comunidad: autos particulares, taxis, ambulancia del centro de salud, etcétera. Se organiza un programa con días y horarios en los que esos vehículos deberán estar disponibles para atender las emergencias y la información se comparte con las mujeres embarazadas y sus familiares.

Los medios de Transporte AME son necesarios cuando en la localidad no hay servicios de salud y por ello las personas tienen que acudir a citas de control prenatal en otras localidades cercanas; cuando las usuarias no tienen dinero para realizar estos traslados o en casos de emergencias ante alguna de las señales de riesgo en el embarazo. Los gastos que se generan con estos traslados —gasolina o pago de choferes— son cubiertos, en algunas localidades, por las autoridades de la jurisdicción sanitaria que disponen de un fondo revolvente. En otras, los comités locales de salud y los miembros de la comunidad han cooperado para la compra y mantenimiento de los mismos, incluyendo ambulancias.³¹

La disposición de Transporte y la Red de Posadas AME constituyen intervenciones públicas que pueden impactar de manera positiva en el acceso oportuno de las mujeres embarazadas a servicios de salud. Sin embargo, es indispensable que el gobierno garantice la asignación de recursos suficientes para ambas estrategias de tal manera que —por ejemplo, en el caso del Transporte AME— el gasto no recaiga sobre los habitantes de las comunidades en donde opera este programa. También es indispensable asegurar que los servicios sean de calidad y cuenten con pertinencia cultural y capacidad resolutive. Sólo así, estas acciones comunitarias pueden impactar en la reducción de las complicaciones y de las muertes maternas en todo el país.

29 Posadas Amiga de la mujer embarazada, Gobierno de México, 2015. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/posadas-amiga-de-la-mujer-embarazada>

30 GIRE, *Salud materna en Yucatán. El caso Valladolid, op. cit.*, 2021.

31 Sistema Infomex, folio 0001200053520.

C. ESTADÍSTICAS PÚBLICAS

RAZÓN DE MUERTE MATERNA

En el año 2000, México se comprometió con los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En materia de muerte materna en concreto, el objetivo consistía en la reducción de la RMM nacional a 22.3 en el año 2015 (es decir, en 75 por ciento). Como puede observarse en la gráfica, aunque en efecto hubo una tendencia a la disminución de la RMM nacional en la primera mitad de la década pasada, lo cierto es que para 2015 la cifra aún estaba lejos de igualar a la del compromiso establecido, y hacia finales de la década (2018) la incidencia de muerte materna registró niveles prácticamente iguales a 2015.

Más preocupante es que en 2020, la RMM tuvo un repunte a 46.6 defunciones por cada 100 mil nacimientos estimados, incremento que aleja todavía más al Estado mexicano del compromiso derivado de la Declaración de Nairobi de lograr cero muertes maternas prevenibles en una década más, es decir, en 2030.

Aunque sería prematuro ofrecer una explicación acerca de este aumento, es posible que a los problemas derivados de las fallas estructurales del SNS se hayan sumado efectos relacionados a la pandemia por COVID-19, entre ellas, las dificultades de acceso a cuidados prenatales y atención del parto debido a la reconversión de centros de salud para la atención de COVID-19.³² Además, se ha indicado el riesgo mayor de las mujeres embarazadas para desarrollar formas graves de la enfermedad que hacen necesario su ingreso a unidades de cuidados intensivos.³³

RAZÓN DE MUERTE MATERNA NACIONAL 2010-2020

2010	51.5
2011	42.1
2012	41.2
2013	39.3
2014	42.6
2015	34.6
2016	35.5
2017	34.5
2018	33.9
2019	33.8
2020	46.6

Fuente: Elaboración del Observatorio Género y COVID-19 en México con dato de los Informes Semanales para la Vigilancia Epidemiológica de Muertes Maternas.³⁴ La información del año 2010 corresponde a datos del Observatorio de Mortalidad Materna.³⁵

32 Vega, Margarita, *Muerte materna aumenta 46% por pandemia, mientras caen a la mitad las consultas prenatales* en Animal Político, 19 de octubre de 2020. Disponible en: <https://mujeres-covid-mexico.animalpolitico.com/muerte-materna-aumenta-covid>

33 ONU México, “Urge intensificar servicios de atención prenatal en los países de la región”. Boletín de prensa, 24 de agosto de 2020. Disponible en: <https://coronavirus.onu.org.mx/urge-intensificar-servicios-de-atencion-prenatal-en-los-paises-de-la-region>

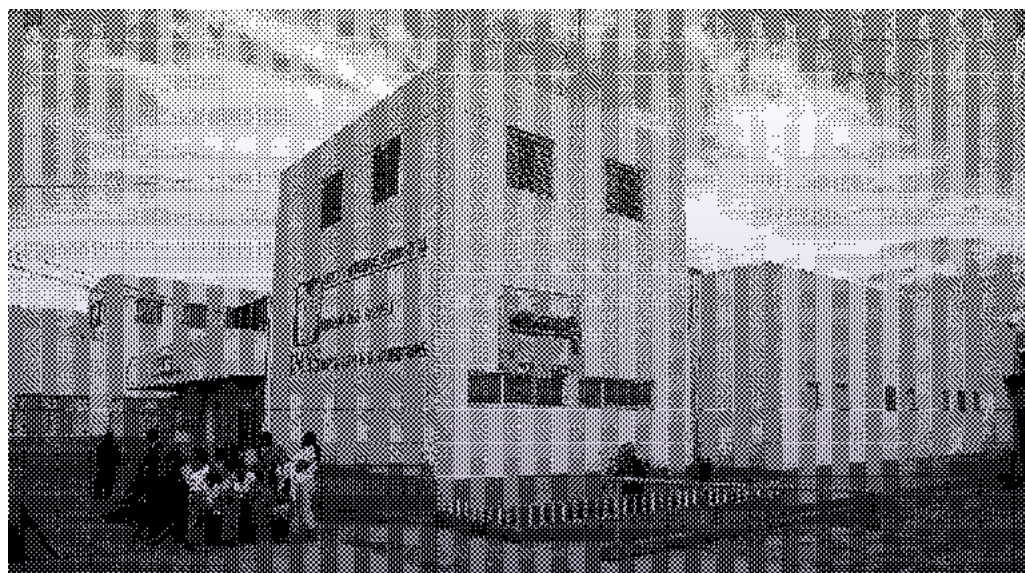
34 Es importante considerar que los Informes Semanales para la Vigilancia Epidemiológica de la Secretaría de Salud tienden a sub-reportar la mortalidad materna debido a que no toman en cuenta a las mujeres que fallecen por complicaciones posteriores al parto. Esta información se ajusta por el INEGI aproximadamente un año después de su ocurrencia.

35 Observatorio de Mortalidad Materna. *Mortalidad Materna en México, Numeralia 2010*. Disponible en: <https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2020/04/Numeralia-2010.pdf>. Es importante mencionar que los datos que integran la Numeralia son validados por el INEGI, es decir, se trata de datos oficiales.

Por otro lado, existen modelos teóricos por medio de los cuales es posible identificar la situación que a nivel mundial guarda la muerte materna en cada país. El modelo de transición obstétrica contempla cinco etapas³⁶ en las que se consideran un conjunto de factores, entre ellos, la RMM.

Al aplicar este modelo a las cifras en México durante la última década puede ubicarse en la etapa IV, que comprende a aquellos que cuentan con una RMM menor a 50 por cada 100 mil nacidos vivos. La situación general de los países con niveles en esta etapa se describe así: “Hay una baja tasa de fecundidad y de causas indirectas de muerte materna. Hay un incremento importante de muerte materna por enfermedades crónicas. Un aspecto que emerge en esta fase es el creciente papel de la medicalización como una amenaza para la calidad y la mejora de los resultados de salud”.³⁷ Sin embargo, resulta alarmante que, al cierre de la década, la RMM en México lo coloca en un lugar más cercano al nivel III, en el cual:

La fertilidad es variable y predominan las causas directas de la mortalidad. Es una etapa compleja ya que el acceso a los servicios de salud sigue siendo un problema para una gran parte de la población. Un alto porcentaje de mujeres embarazadas llegan en los servicios de salud, sin embargo, la sobrecarga de trabajo y saturación de los servicios son los principales determinantes de la calidad de la atención. La prevención es fundamental para mejorar los resultados de salud materna. En otras palabras, la calidad de la atención, la atención del parto calificada y manejo adecuado de las complicaciones son esenciales para la reducción de la MM.³⁸



36 En las cuales, la primera etapa representa una RMM mayor a mil muertes maternas; la segunda, una RMM entre 999 a 300; la tercera de 299 a 50; la cuarta, una RMM menor a 50; y la quinta, una RMM menor a 5.38, muerte materna.

37 Bautista, Edgar Rodolfo y López Arellano, Oliva, “Muerte materna en mujeres indígenas de México y racismo de Estado. Dispositivos biopolíticos de salud”, *op. cit.*, pp.37 y 38.

38 *Ibidem*, p. 38.

En cuanto a la RMM de las entidades federativas en el mismo periodo, hay algunas que han permanecido consistentemente entre las cinco entidades con mayor RMM a nivel nacional. Resalta que Oaxaca, Guerrero, Nayarit y Chiapas son entidades que han estado ocupando los primeros lugares con mayor RMM a lo largo del periodo:

ENTIDADES CON MÁS ALTA RAZÓN DE MUERTE MATERNA

2010 - 2018

2010		2015		2018	
1. OAXACA	75.12	1. NAYARIT	63.81	1. CHIAPAS	62.31
2. GUERRERO	67.2	2. CHIAPAS	59.85	2. NAYARIT	57.73
3. CDMX	59.91	3. OAXACA	53.33	3. DURANGO	53.44
4. TLAXCALA	57.32	4. GUERRERO	48.63	4. YUCATÁN	52.65
5. CHIAPAS	57.06	5. CHIHUAHUA	48.3	5. CHIHUAHUA	52.31

Fuente: Elaboración de GIRE con datos del Sistema de Información de la Secretaría de Salud.

Además, debe considerarse que las entidades señaladas cuentan con altos índices de rezago social, así como un alto porcentaje de personas indígenas. Este dato refuerza uno de los mensajes que GIRE ha postulado desde hace varios años: la muerte materna tiene efectos diferenciados en ciertas poblaciones, entre ellas, las mujeres indígenas, lo que la convierte en un tema no sólo de igualdad de género y derechos humanos, sino de justicia reproductiva.

Por otro lado, en el contexto de la pandemia, es importante señalar que a través de la publicación de los Informes Semanales para la Vigilancia Epidemiológica de Muertes Maternas por parte de la Dirección General de Epidemiología ha sido posible conocer la información siguiente respecto a la muerte materna en relación con COVID-19:

RAZÓN DE MUERTE MATERNA Y COVID-19

ABRIL 2020 - ABRIL 2021

ABRIL 2020 SEMANA EPIDEMIOLOGICA 15 ⁴⁰	RMM: 27.3	PRIMERA CAUSA DE DEFUNCIÓN: ENFERMEDAD HIPERTENSIVA, EDEMA Y PROTEINURIA EN EL EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO
AGOSTO 2020 SEMANA EPIDEMIOLOGICA 34 ⁴¹	RMM: 43.9	PRIMERA CAUSA DE DEFUNCIÓN: COVID-19
DICIEMBRE 2020 SEMANA EPIDEMIOLOGICA 53 ⁴²	RMM: 46.6	PRIMERA CAUSA DE DEFUNCIÓN: COVID-19
ENERO 2021 SEMANA EPIDEMIOLOGICA 1 ⁴³	RMM: 80.5	PRIMERA CAUSA DE DEFUNCIÓN: COVID-19
ABRIL 2021 SEMANA EPIDEMIOLOGICA 15 ⁴⁴	RMM: 51.7	PRIMERA CAUSA DE DEFUNCIÓN: COVID-19

Fuente: Elaboración de GIRE con datos del Sistema de Información de la Secretaría de Salud.

De los datos anteriores destaca la COVID-19 como la primera causa de defunción señalada por los Informes Semanales de Muerte Materna, así como el mes de enero de 2021 como aquél con una mayor RMM. Debe señalarse que en mayo de 2021 se definió a las mujeres embarazadas como grupo prioritario para el Plan Nacional de Vacunación debido al alto riesgo de complicaciones, hospitalizaciones y muerte a causa del virus. De esta manera, se determinó que toda mujer embarazada (mayor de 18 años y con más de 9 semanas de gestación) podrá recibir la vacuna a partir de dicho mes.⁴⁴ Una de las consideraciones de salud pública debido a las cuales se definió a las mujeres embarazadas como grupo prioritario en la estrategia de vacunación consiste en el notable incremento en la RMM durante la pandemia, aumento que se traduce en una regresión de cerca de una década respecto a la tendencia precedente:⁴⁵ mientras que la RMM calculada hasta la semana epidemiológica 16 de 2021 es de 50.8,⁴⁶ la RMM registrada para el año 2010 es de 51.5. Por otro lado, la RMM en la semana epidemiológica 16 de 2021 representa un aumento de 72 por ciento respecto a la misma semana del año 2020.⁴⁷

De acuerdo con un estudio multinacional prospectivo que incluyó a población mexicana, las mujeres embarazadas con diagnóstico de COVID-19 presentaron riesgos sustancialmente elevados de sufrir complicaciones severas en comparación con aquellas sin este diagnóstico.⁴⁸ Entre dichas complicaciones destacó el ingreso a unidades de cuidado intensivo, preeclampsia-eclampsia, parto pretérmino e infecciones bacterianas, de tal manera que el riesgo de mortalidad materna fue 22 veces mayor en el grupo de mujeres con COVID-19, mismas que se presentaron en regiones menos desarrolladas en donde la disponibilidad de servicios de cuidados intensivos es menor.⁴⁹

De esta forma, el análisis de la información epidemiológica y el incremento en la RMM señalan el riesgo aumentado de muerte materna para las mujeres embarazadas o en puerperio con diagnóstico de COVID-19, lo anterior con independencia de su edad, comorbilidades o el momento del embarazo.⁵⁰ De acuerdo con diversos estudios y revisiones realizados por el Grupo Técnico Asesor de Vacuna COVID-19 (GTAV COVID-19), los beneficios de la vacunación a las mujeres embarazadas superan los potenciales riesgos.⁵¹

39 DGE, Informe semanal de notificación inmediata de muerte materna, semana epidemiológica 15 de 2020. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/546473/MM_2020_SE15.pdf

40 *Ibidem*.

41 *Ibid.*

42 *Ibid.*

43 *Ibid.*

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

45 Lineamiento para la prevención y mitigación de COVID-19 en la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida, versión 3, mayo 2021. Disponible en: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2021/05/Lineamiento_SMP_COVID19Actualizacion_110521.pdf, pp. 19 y 20.

46 *Ibidem*, pág. 2

47 *Ibid.*

48 *Ibid.*, pág. 6 y 7.

49 *Ibid.*

50 *Ibid.*, pág. 19

51 *Ibid.*

AVANCES

A. ATENCIÓN UNIVERSAL DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

En 2009 la Secretaría de Salud, en conjunto con el IMSS y el ISSSTE, firmaron el Convenio Interinstitucional para la Atención Universal de las Emergencias Obstétricas con la finalidad de reducir la muerte materna. El Convenio está basado en la colaboración entre las unidades hospitalarias con el objetivo de que cualquier mujer embarazada pueda acudir a estas instituciones a solicitar un servicio médico en caso de que se presente una emergencia obstétrica. Así, la unidad médica debe ponderar si tiene la capacidad de atenderla y en caso negativo podrá trasladarla de manera inmediata a otra unidad médica con mayor capacidad, insumos o personal médico. El servicio debe proporcionarse de manera gratuita y sin importar la derechohabiencia.⁵²

A pesar de que el Convenio fue planteado como un avance para lograr el compromiso de México de reducir la mortalidad materna, se han reportado algunas fallas en su implementación, entre ellas, la falta de conocimiento del mismo, tanto por parte de las usuarias de servicios de salud obstétrica como de las unidades médicas; por lo tanto, su aplicación se ha logrado en muchas ocasiones de manera fortuita.⁵³

Más adelante, en 2015, el contenido del Convenio fue incorporado a nivel legislativo. La aprobación de las adiciones en materia de atención de urgencias obstétricas a la Ley General de Salud, a la Ley del Seguro Social y a la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado por parte del Congreso de la Unión constituyó un avance importante en materia de salud materna en la última década. En virtud de éstas, ningún establecimiento de salud puede negar la atención a mujeres que enfrenten una urgencia obstétrica.

LEY GENERAL DE SALUD, ART. 64 I BIS.	Los servicios de salud a que hace referencia el artículo 34 de la presente Ley, prestarán atención expedita a las mujeres embarazadas que presenten una urgencia obstétrica, solicitada de manera directa o a través de la referencia de otra unidad médica, en las unidades con capacidad para la atención de urgencias obstétricas, independientemente de su derechohabiencia o afiliación a cualquier esquema de aseguramiento.
LEY DEL SEGURO SOCIAL, ART. 89 FRACCIÓN V.	Para el Instituto, será obligatoria la atención de las mujeres embarazadas que presenten una urgencia obstétrica, solicitada de manera directa o a través de la referencia de otra unidad médica, en términos de las disposiciones aplicables para tal efecto, en las unidades con capacidad para la atención de urgencias obstétricas, independientemente de su derechohabiencia o afiliación a cualquier esquema de aseguramiento.
LEY DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, ART. 31 BIS.	Para el Instituto, será obligatoria la atención de las mujeres embarazadas que presenten una urgencia obstétrica, solicitada de manera directa o a través de la referencia de otra unidad médica, en las unidades con capacidad para la atención de urgencia obstétrica, independientemente de su derechohabiencia o afiliación a cualquier esquema de aseguramiento.

Que el marco normativo en materia de salud estipule el carácter obligatorio de la atención de las urgencias obstétricas sin duda constituye un avance importante, sin embargo, la brecha entre lo que establece la legislación y la realidad de la atención en materia de salud materna es muestra de que garantizar los derechos de las mujeres y otras personas gestantes a la vida y a la salud en relación con el embarazo, parto y puerperio pasa por asegurar que —entre otras cosas— exista un entramado de política pública y presupuestos debidamente asignados que dote de sentido a dichas disposiciones legales.

52 Bautista, Edgar Rodolfo y López Arellano, Oliva, “Muerte materna en mujeres indígenas de México y racismo de Estado. Dispositivos biopolíticos de salud”, *op. cit.*, p.49.

53 Ramírez Rojas, Guadalupe y Freyermuth Enciso, Graciela, “Consideraciones sobre la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal: la experiencia de la atención de las emergencias obstétricas” en *Observatorio de Mortalidad Materna en México*. Disponible en: https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2020/04/Consideraciones-sobre-la-construcci%C3%B3n-del-Sistema-Nacional-de-Salud-Universal_compressed-1.pdf

B. LINEAMIENTO PARA LA PREVENCIÓN Y MITIGACIÓN DEL COVID-19 EN LA ATENCIÓN DEL EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO Y DE LA PERSONA RECIÉN NACIDA

En abril de 2020, la Secretaría de Salud federal, a través del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, publicó el Lineamiento para la prevención y mitigación de COVID-19 en la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida⁵⁴ documento que ha sido actualizado en un par de ocasiones.⁵⁵ En el Lineamiento se estableció la clasificación de los servicios de salud sexual y reproductiva, particularmente la atención durante el embarazo, parto y puerperio, como servicios esenciales que deben mantenerse en apego a las medidas de prevención y mitigación de la transmisión de COVID-19.

Entre los aspectos particularmente importantes en relación con la mortalidad materna destaca lo siguiente:

- Para favorecer la capacidad de respuesta y acceso a servicios debe considerarse agilizar la incorporación de personal de enfermería obstétrica y partería profesional; procurar la vinculación con promotores comunitarios y parteras tradicionales; reducir las consultas de atención prenatal o de posparto e implementar seguimiento vía telefónica o videollamadas.
- El rol del primer nivel de atención se torna fundamental. Para ello debe considerarse la habilitación de espacios físicos adicionales para la atención obstétrica y neonatal: casas maternas, clínicas comunitarias para atención obstétrica de bajo riesgo y sin síntomas respiratorios.
- Se reconoce que la reorganización temporal de los servicios de salud ha dado lugar a una mayor participación del primer nivel de atención y que esta medida debe contemplarse a mediano e incluso a largo plazo.
- En cuanto a la atención del parto, se establece que la vía de nacimiento, así como el manejo del dolor durante el trabajo de parto deben ser decididos de manera individual, con respeto a los derechos humanos, interculturalidad y perspectiva de género.
- El bienestar materno debe priorizarse ante el bienestar fetal.
- La mujer puede acompañarse de una persona de apoyo durante el trabajo de parto, como una partera tradicional o profesional o una doula.
- La condición de sospecha o la confirmación de COVID-19 no justifica la ruptura artificial de membranas, episiotomía y parto operatorio. En caso de llevarlas a cabo, debe constar su justificación en el expediente clínico y recabarse consentimiento informado.

54 Lineamiento para la prevención y mitigación de COVID-19 en la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida, 10 abril de 2020. Disponible en: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Lineamientos_Preencion_COVID19_Embarazos.pdf

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

Debe señalarse, sin embargo, que se ha reportado una disminución en la demanda de estos servicios de salud durante el último año. De acuerdo con datos del Sistema de Información de la Secretaría de Salud, el número de consultas prenatales se redujo 44 por ciento en el primer trimestre de 2020 en comparación con 2019.⁵⁶ Se ha explicado que, por un lado, las dificultades de las mujeres para acceder a atención médica tanto para cuidados prenatales como para la atención del parto han aumentado en la medida en la que los servicios se han volcado en la atención de la pandemia (en todo el país, cerca de 900 centros de salud fueron reconvertidos para ello),⁵⁷ pero además se ha reportado que el temor al contagio y las restricciones a la movilidad también han contribuido a esta disminución.⁵⁸

A la par de lo anterior, es importante considerar que los Lineamientos reconocen que la pandemia ha obligado a replantear la manera en la que los servicios de salud brindan atención y que ello implica que las mujeres deban buscar otros sitios para recibirlos. Y aunque ante tal escenario se plantean medidas como el seguimiento remoto mediante el uso de tecnologías de la información, no debe ignorarse que el acceso a las mismas no es una realidad para todas las personas.

C. ACTUALIZACIÓN NOM 007. PARA LA ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, Y DEL RECIÉN NACIDO⁵⁹

En el año 2012 la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud presentó un Proyecto de Modificación a la NOM-007-SSA2-2010, con la finalidad de actualizarla y adaptarla a la evidencia científica y técnica vigente, así como mejorar e impulsar el fortalecimiento de los servicios de salud obstétrica. Aunque tuvieron que pasar cuatro años desde que se propuso esta actualización hasta la entrada en vigor con su publicación, las modificaciones hechas representan un avance en la medida en la que fueron incorporadas actualizaciones acordes a los avances médicos y técnicos en la materia con la finalidad de mejorar la calidad en la atención a las mujeres embarazadas. Además, enfatiza en aspectos como la interculturalidad, reconoce la importancia de la toma de decisiones por parte de las mujeres durante estos procesos, y otorga mayor atención al estado psicológico y emocional durante todo el proceso del embarazo.

56 Vega, Margarita, “Muerte materna aumenta 46% por pandemia, mientras caen a la mitad las consultas prenatales”, *op. cit.*

57 *Ibidem.*

58 Observatorio Género y COVID-19 en México. *Nos cayó el 20. Diagnóstico y recomendaciones del Observatorio Género y COVID-19 en México, op. cit.*, 2021 p. 22.

59 Más información sobre esta Norma puede consultarse en el apartado “Situación en México” dentro de este mismo capítulo, así como en el capítulo Violencia Obstétrica de este mismo informe.

BARRERAS

A. PROBLEMAS ESTRUCTURALES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

SATURACIÓN DEL SEGUNDO Y TERCER NIVELES DE ATENCIÓN

Las muertes maternas prevenibles están estrechamente relacionadas con diversas deficiencias estructurales que aquejan al Sistema Nacional de Salud.

La falta de recursos humanos, técnicos y materiales en el Sistema de Salud fue reconocida en 2017 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 puerperio. La sobrecarga 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.⁶⁰

Lo anterior está estrechamente relacionado a los problemas de organización de los niveles de atención de la salud: en la medida en la que el primer nivel ha permanecido insuficientemente desarrollado, el segundo y tercer niveles han debido asumir una carga de servicios desproporcionada. Estos últimos suelen recibir casos sin referencia adecuada y otros que pueden ser detectados y atendidos en el primer nivel. Esta situación aumenta la carga laboral del personal de salud, impacta en los tiempos de atención brindados⁶¹ e impide proveer servicios de calidad.

La inadecuada gestión de la demanda de servicios de atención reproductiva se traduce en que 96 por ciento de los partos en México sean atendidos en hospitales del segundo nivel, lo cual propicia la generación de situaciones como la excesiva medicalización del parto, el uso rutinario de prácticas no basadas en evidencia⁶² y muertes maternas que podrían evitarse con una organización eficaz de los servicios de salud.

Además, este énfasis en la atención hospitalaria de los partos (es decir, en el segundo nivel de atención) ha generado un impacto negativo en el primer nivel al descartarlo como opción para la atención de partos de bajo riesgo. Esta estrategia, al excluir al personal médico, de enfermería y de partería de las unidades de primer nivel para la atención de estos partos, contribuye al desmantelamiento y desaprovechamiento de este nivel de atención.⁶³

60 CNDH, Recomendación General No. 31/2017 sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud, párrafos 216 y 218.

61 Valdés Santiago, Rosario (coord.), *El abuso hacia las mujeres en salas de maternidad. Nueva evidencia sobre un viejo problema. Resumen ejecutivo*, INSP, 2013, p. 21.

62 UNFPA, *Partería en México*, 2017, p. 4. Disponible en: https://mexico.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Parteria_en_Mexico.pdf

63 Bautista, Edgar Rodolfo y López Arellano, Oliva, "Muerte materna en mujeres indígenas de México y racismo de Estado. Dispositivos biopolíticos de salud", *op.cit.*, p. 46.

BARRERAS A LA PARTERÍA

Precisamente, la saturación de los servicios de salud obliga a mirar la insuficiente incorporación de la partería dentro de la legislación y la política pública en materia de salud reproductiva. Se estima que, siempre y cuando las parteras tuvieran el apoyo y equipo necesario, podrían evitarse dos tercios de las muertes maternas a nivel mundial.⁶⁴ Lo revelador de este dato adquiere mayor sentido si se le contrasta con la alta RMM de países como México y el contexto de dificultades estructurales que impiden que las mujeres, en igualdad de condiciones, puedan tener acceso a servicios de salud para tener embarazos y partos que no pongan en riesgo su vida.

En la última década han habido pasos importantes en términos del reconocimiento de la partería en México: la aprobación en 2011 de códigos laborales para la contratación de parteras técnicas; la aprobación en 2014 de la Guía de práctica clínica: Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazos de bajo riesgo de la Secretaría de Salud, que ejemplifica los esfuerzos para incorporar prácticas basadas en la evidencia en la atención del parto; y la publicación de diversas adiciones a la NOM 007 en el año 2016, entre ellas, la referencia explícita de las parteras como personal calificado para atender partos de bajo riesgo obstétrico, sin embargo, estos avances no han sido debidamente implementados.⁶⁵

A pesar de que la LGS establece la obligación para las autoridades sanitarias de fortalecer las capacidades técnicas de las parteras tradicionales en su artículo 64, fracción IV, tampoco existe mayor desarrollo más allá de esta mención. Es decir, aunque la legislación mexicana ha establecido en los últimos años algunos lineamientos en torno a la partería, la realidad es que el marco jurídico es poco claro, por ejemplo, con respecto a cuestiones como el acceso a capacitación o a la adquisición de las acreditaciones necesarias.⁶⁶

La falta de reconocimiento del papel de la partería y su desvalorización por parte del sector médico han contribuido a que estereotipos y mitos alrededor de ella se sigan perpetuando y, con ello, cierta actitud de reticencia para su aceptación como una alternativa de atención obstétrica. Además, la falta de información certera sobre la partería y la inseguridad jurídica en torno a su regulación contribuyen a la falta de conocimiento o incluso el rechazo hacia la misma. Por lo tanto, es urgente establecer una regulación clara y específica con miras a hacer operativa la intervención de la partería en partos de bajo riesgo en el primer nivel, que se especifiquen sistemas de referencia seguros y oportunos hacia los establecimientos de atención médica, procesos de capacitación y de certificación de parteras, así como la creación de campañas gubernamentales que informen a las mujeres y otras personas gestantes sobre las alternativas con las que cuentan para la atención del embarazo, parto y puerperio.

64 Secretaría de Salud, Gobierno de México, *El papel de la partería*, 2019. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/articulos/82172>

65 UNFPA, *Partería en México*, 2017, pp. 5 y 6. Disponible en: https://mexico.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Parteria_en_Mexico.pdf

66 Por ejemplo, la NOM-035-SSA3-2012 En materia de información de salud, establece que sólo las parteras certificadas dentro del Sistema Nacional de Salud pueden expedir un certificado de nacimiento. No obstante, la normativa no es clara sobre cuál es el procedimiento por el cual las instituciones emiten este documento a la partera, así pues, esta decisión es dejada al arbitrio de las entidades federativas.

B. DISCRIMINACIÓN A MUJERES INDÍGENAS

Las Casas de la Mujer Indígena y Afromexicana (CAMI) surgieron en el año 2003 como parte de un programa piloto financiado por la Secretaría de Salud. Las CAMI, que se institucionalizarían en el año 2012, son espacios en donde mujeres indígenas y afromexicanas llevan a cabo diversas acciones para la prevención de la violencia de género y brindan servicios de salud materna a otras mujeres en contextos rurales de alta marginación. Cada CAMI ha desarrollado un modelo de acuerdo con sus capacidades y especificidades, sin embargo, en todas ellas la resolución de las situaciones de salud se lleva a cabo con agentes locales de salud, parteras y técnicos de atención primaria.⁶⁷

Esta estrategia ha permitido acercar a mujeres indígenas y afromexicanas a servicios de salud materna con pertinencia cultural en la medida en la que la atención es brindada por otras mujeres indígenas y afromexicanas en su idioma, y ha permitido identificar complicaciones y canalizarlas cuando ha sido necesario.⁶⁸

Pese a la importancia de la función de estos espacios en posibilitar el acceso a servicios de salud materna, en abril de 2020, el presupuesto que ya estaba etiquetado para las 35 CAMI, a través del Programa de Derechos Indígenas del Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas (INPI), fue reducido en 75 por ciento mediante la firma del Decreto de Austeridad, con el objeto de redestinarlo a atender la emergencia sanitaria.⁶⁹ Tomando en consideración la forma diferenciada en que la muerte materna afecta a ciertos grupos de población, como las mujeres indígenas y afromexicanas, es preocupante que se haya tomado una decisión que sin duda atenta contra la obligación del Estado mexicano de garantizar condiciones que no pongan en riesgo su vida.

Por otro lado, se ha documentado que son las mujeres indígenas quienes continúan teniendo mayores probabilidades de morir durante el parto, y que las políticas y los programas de atención a la salud a los que suelen tener acceso son insuficientes.⁷⁰

La muerte materna, en tanto violación múltiple de los derechos humanos, guarda una estrecha relación con la situación de discriminación histórica que las mujeres indígenas y afromexicanas han enfrentado en México: los largos traslados que a menudo deben realizar para recibir atención médica en clínicas en condiciones inadecuadas, sin personal médico de base ni intérpretes de lenguas locales.⁷¹ Respecto a esto, es importante tener en consideración que, de acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2020, 7 millones 364,645 personas de tres años y más hablan alguna lengua indígena, de ellas, 3 millones 783,447 (51.37 por ciento) son mujeres.⁷²

67 Berrio Palomo, Lina Rosa, "Casas de la Mujer Indígena: una estrategia efectiva de articulación para la promoción de la salud materna en zonas indígenas", en Freyermuth, Graciela (coord.), *25 años de buenas prácticas para disminuir la mortalidad materna en México. Experiencias de organizaciones de la sociedad civil y la academia*, 2015, pp. 167-172.

68 *Ibid.*, p. 169.

69 Arteta, Ixtaro, "Dan a Casas de la Mujer Indígena sólo 25% del presupuesto que tenían etiquetado" en Animal Político, 18 de junio de 2020. Disponible en: <https://www.animalpolitico.com/2020/06/casas-de-mujer-indigena-presupuesto-etiquetado/>

70 Bautista, Edgar Rodolfo y López Arellano, Oliva, "Muerte materna en mujeres indígenas de México y racismo de Estado. Dispositivos biopolíticos de salud", *op.cit.*, p. 50.

71 Observatorio Género y COVID-19 en México, 2020. Muerte Materna. Disponible en: <https://genero-covid19.gire.org.mx/tema/muerte-materna/>

72 Observatorio Género y COVID-19 en México. *Nos cayó el 20. Diagnóstico y recomendaciones del Observatorio Género y COVID-19 en México*, 2021, op. cit, p. 42.

Un ejemplo puntual de lo anterior es el caso de Yucatán,⁷³ en donde 65.42 por ciento de la población se reconoce indígena.⁷⁴ En 2017, la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Yucatán encontró, después de 133 visitas de supervisión a centros de salud y hospitales públicos del estado, que 80 por ciento atienden a poblaciones mayahablantes, sin embargo, sólo 25 por ciento cuentan con personal que lo hable.⁷⁵ Este contraste señala la escasa posibilidad de las usuarias de dichos centros de salud de recibir atención en su idioma, con las implicaciones que esto tiene; entre ellas, que puedan tomar decisiones informadas respecto a los procedimientos y tratamientos ofrecidos.

La exclusión de las personas y pueblos indígenas de los programas y políticas de salud les ha dejado en una condición de desigualdad en el acceso a derechos básicos, entre ellos, la salud reproductiva. De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Discriminación (ENADIS) 2017, 72 por ciento de la población hablante de una lengua indígena de seis años o más recurrió principalmente al Seguro Popular —programa que fue eliminado en el año 2019.⁷⁶ En su lugar, la actual administración federal impulsó una reforma a la Ley General de Salud para reemplazarlo por el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), organismo dependiente de la Secretaría de Salud federal que, desde enero de 2020, presta los servicios de atención médica a la población general no atendida por alguna institución de seguridad social, bajo la promesa de proveer todo tipo de atención médica y de medicamentos requeridos.

Posiblemente el cambio más importante de lo anterior consiste en la recentralización en manos del gobierno federal de la responsabilidad de prestar los servicios de salud para todas aquellas entidades federativas que acepten transferir la totalidad de los recursos que disponían para tal fin.

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

Por último, la expansión y llegada de la COVID-19 a las comunidades indígenas ha evidenciado aún más su situación de exclusión, resultado de las desigualdades históricas que en mayor medida afectan a las mujeres indígenas.⁷⁷ Además de que en dicho contexto los servicios de clínicas y hospitales han priorizado la atención de la pandemia en detrimento de la salud reproductiva, generando confusión sobre dónde acudir, se ha reportado una falta de información con pertinencia cultural y lingüística y en formatos accesibles acerca de las medidas de prevención y atención de la COVID-19, sobre todo para las mujeres embarazadas.⁷⁸ De esta manera, la razón de muerte materna en el país ha aumentado drásticamente durante el primer año de la pandemia,⁷⁹ y aunque al cierre de esta publicación no es posible conocer de manera específica cuántas de esas muertes evitables corresponden a mujeres indígenas,⁸⁰ es previsible que, debido a las decisiones tomadas en este contexto y a la situación de discriminación histórica de las comunidades y personas indígenas, sigan estando sobrerrepresentadas en el total de esos fallecimientos.

73 GIRE realizó un estudio acerca de la salud materna en Yucatán: *Salud materna en Yucatán. El caso Valladolid*. Disponible en: <https://casovalladolid.gire.org.mx/>

74 Inegi, Encuesta Intercensal de 2015, principales resultados. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/intercensal/2015/doc/eic_2015_presentacion.pdf

75 Centro de Supervisión Permanente a Organismos Públicos, “Informe sobre Centros de Salud y Hospitales del Estado de Yucatán”, Codhey 2017, p. 6 en GIRE, *Salud materna en Yucatán. El caso Valladolid*, 2021. Disponible en: <https://casovalladolid.gire.org.mx/>

76 Observatorio Género y COVID-19 en México. *Nos cayó el 20. Diagnóstico y recomendaciones del Observatorio Género y COVID-19 en México*, 2021, op. cit., 2021, p. 42.

77 Observatorio Género y COVID-19 en México. *Nos cayó el 20. Diagnóstico y recomendaciones del Observatorio Género y COVID-19 en México*, op. cit., 2021, p. 43.

78 Observatorio de Género y COVID-19 en México. Disponible en: <https://genero-covid19.gire.org.mx/tema/muerte-materna/>

79 Observatorio Género y COVID-19 en México. *Nos cayó el 20. Diagnóstico y recomendaciones del Observatorio Género y COVID-19 en México*, 2021, op. cit., 2021, p. 18

80 Aunque de acuerdo con la Dirección General de Epidemiología, hasta el 25 de abril de 2021, de los 52,523 casos de mujeres con embarazo/puerperio en seguimiento por infección por la COVID-19, 30 por ciento (14,190 embarazadas y 1,584 puérperas) resultaron positivas, de las cuales fallecieron 338; en población indígena, se reportaron 336 casos (principalmente en Yucatán, Guerrero y Oaxaca) y nueve defunciones: Lineamiento para la prevención y mitigación de COVID-19 en la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida, versión 3, op.cit., p. 2.

ACCESO A LA JUSTICIA

ANITA⁸¹

PUEBLA

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. Personal de la Jurisdicción Sanitaria de Zacatlán se presentó con Rosa y su familia y les 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 acompaña a la familia en su búsqueda de justicia.

El 19 de mayo de 2019 se presentó, con acompañamiento de GIRE, el escrito de queja ante la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Puebla, por presuntas violaciones a derechos humanos en contra del Hospital Comunitario de Huehuetla, perteneciente a la Secretaría de Salud del Estado de Puebla. Aunque el trámite continuó a lo largo de ese año, el 27 de marzo de 2020 la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Puebla, al igual que otras instituciones en el país, suspendió términos y plazos debido a la contingencia decretada a nivel nacional por COVID-19. Por tal motivo, el avance del proceso ha sido lento y continúa pendiente.

⁸¹ La familia de Anita autorizó a GIRE utilizar su nombre en este informe.

PATRONES IDENTIFICADOS

Los siguientes casos de muerte materna han sido registrados, documentados y acompañados por GIRE entre enero de 2010 y julio de 2021.⁸²

CASOS REGISTRADOS, DOCUMENTADOS Y ACOMPAÑADOS POR GIRE

(ENERO 2010-JULIO 2021)

MUERTE MATERNA

	TOTAL DE CASOS
REGISTRADOS	5
DOCUMENTADOS	3
ACOMPAÑADOS	19

Los siguientes casos de muerte materna han sido acompañados por GIRE entre enero de 2010 y julio de 2021 y se encuentran en etapa de reparación integral.

CASOS ACOMPAÑADOS POR GIRE QUE ESTÁN EN ETAPA DE REPARACIÓN INTEGRAL

(ENERO 2016-JULIO 2021)

MUERTE MATERNA

CASOS	ENTIDAD	AUTORIDAD	ESTATUS
II Muerte materna	Oaxaca	IMSS	En proceso
	Oaxaca	IMSS	En proceso
	Chihuahua	SECRETARÍA DE SALUD DE CHIHUAHUA	En proceso
	Ciudad de México	IMSS	En proceso
	Oaxaca	SECRETARÍA DE SALUD DE OAXACA	En proceso
	Yucatán	SECRETARÍA DE SALUD DE YUCATÁN	En proceso
	Hidalgo	SECRETARÍA DE SALUD DE HIDALGO	En proceso
	Hidalgo	Secretaría de Salud de Hidalgo	En proceso
	Oaxaca	Secretaría de Salud de Oaxaca	En proceso
	Chiapas	Secretaría de Salud del Chiapas	En etapa de cumplimiento
I Violencia obstétrica, muerte materna y muerte neonatal	Durango	IMSS	En proceso
TOTAL: 12			

82 No se cuenta con casos de muerte materna acompañados, documentados o registrados durante el periodo correspondiente a marzo de 2020 - abril de 2021.

A lo largo de los años en los que GIRE ha acompañado a familiares que han perdido a una persona a causa de una muerte materna, se ha acudido en mayor medida a la presentación de quejas ante la CNDH o ante las comisiones locales de derechos humanos. Entre los patrones identificados, destaca lo poco cercano que el procedimiento de queja e investigación resulta a las familias: desde la tardanza en recibir respuesta de las comisiones con respecto a si la queja interpuesta ha sido iniciada, hasta la desprotección en la que se coloca a las personas que no cuentan con acompañamiento legal para diligencias como la presentación de pruebas —por ejemplo, una opinión técnica médica o un informe psicológico—, situación en la que por lo regular las comisiones solicitan dichos informes a otras instituciones como la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) o a sus peritos particulares, a pesar de que no en todos los casos se trata de peritos especializados en gineco-obstetricia o salud pública, perspectivas fundamentales para el entendimiento completo de las situaciones de muerte materna.

También se ha detectado —particularmente en el caso de la CNDH— que con frecuencia se llevan a cabo procesos de conciliación sin consultarlos con las personas afectadas, quienes se enteran ya que dichos procesos se encuentran pactados con las instituciones señaladas como responsables, dinámica que las coloca en la imposibilidad de solicitar medidas específicas.

De igual manera, el hecho de que la mayoría de las notificaciones se realicen por medio del correo tradicional, implica que puede haber una demora de hasta ocho meses para su recepción.

Por último, ha de añadirse que la contingencia por COVID-19 ha traído como consecuencia la suspensión de términos y plazos en los procedimientos ante las comisiones, haciendo más lento su avance, como en el caso de Anita



VÍAS DE ACCESO A LA JUSTICIA

Uno de los obstáculos para acceder a la justicia en México, en general, son las cargas que el proceso impone a las víctimas: la transportación a tribunales, juzgados u oficinas públicas que pueden estar alejados de donde residen o el pago de honorarios de la representación legal son ejemplos de costos que las personas deben asumir, frecuentemente durante un tiempo prolongado debido a que los procesos pueden tomar años en resolverse.

Existen diferentes mecanismos (jurisdiccionales, no jurisdiccionales y administrativos) de acceso a la justicia ante una muerte materna, cada uno con distintos alcances y limitaciones.⁸³

GIRE realiza solicitudes de acceso a la información (SAI) sobre sus temas eje de manera periódica para complementar los datos disponibles en los portales públicos de las autoridades o en fuentes como censos o encuestas elaborados por el INEGI. Para GIRE, los datos públicos y la información obtenida vía SAI han sido un insumo fundamental para dar cuenta del avance o retroceso de diversos temas en materia de derechos reproductivos.

QUEJAS ANTE COMISIONES DE DERECHOS HUMANOS

Entre los medios no jurisdiccionales se encuentra la presentación de quejas ante las comisiones de derechos humanos: la CNDH, en caso de autoridades del orden federal, o las comisiones locales, si se trata de autoridades locales.

Por medio de solicitudes de acceso a la información, GIRE cuestionó a las comisiones locales de derechos humanos, así como a la CNDH, acerca del número de quejas presentadas por casos de muerte materna en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2010 y el 1 de enero de 2020. En total, se tiene registro de 754 quejas y 59 recomendaciones.

Sin embargo, en las respuestas recibidas se observaron deficiencias que se han detectado desde años atrás en la elaboración de otras investigaciones. Entre los ejemplos de las deficiencias que han permanecido se encuentra que el término muerte materna se registre en las bases de datos como “negligencia médica” o “mala atención médica” (comisiones de Chihuahua y San Luis Potosí, respectivamente), lo cual imposibilita distinguir cuáles de esos fallecimientos correspondieron a mujeres durante el embarazo, parto o puerperio por causas prevenibles. También se recibió respuesta con información que no correspondía a la pregunta realizada (comisión local de Colima).

83 Una reseña detallada de las vías de acceso a la justicia en casos de muerte materna y violencia obstétrica puede consultarse en la investigación realizada por GIRE: Salud materna en Yucatán. *El caso Valladolid, op. cit.*, 2021.

En otros casos, como las comisiones de Chihuahua, Sonora, Veracruz y Tamaulipas, se proporcionó el supuesto número de recomendaciones por muerte materna, sin embargo, al revisarlas se verificó que varias de ellas en realidad correspondían a muertes neonatales o a violencia obstétrica. Lo anterior es preocupante porque sugiere que la autoridad respondió la solicitud sin verificar la información o que el personal a cargo de proporcionar la información no está capacitado con respecto a la distinción entre la muerte materna, la muerte neonatal y la violencia obstétrica, y las implicaciones que cada una tiene respecto a la violación de derechos humanos.

Por su parte, como respuesta de la CNDH a la misma solicitud, se obtuvo información poco precisa debido a la configuración de los filtros de búsqueda de su base de datos.

Citas de la siguiente página

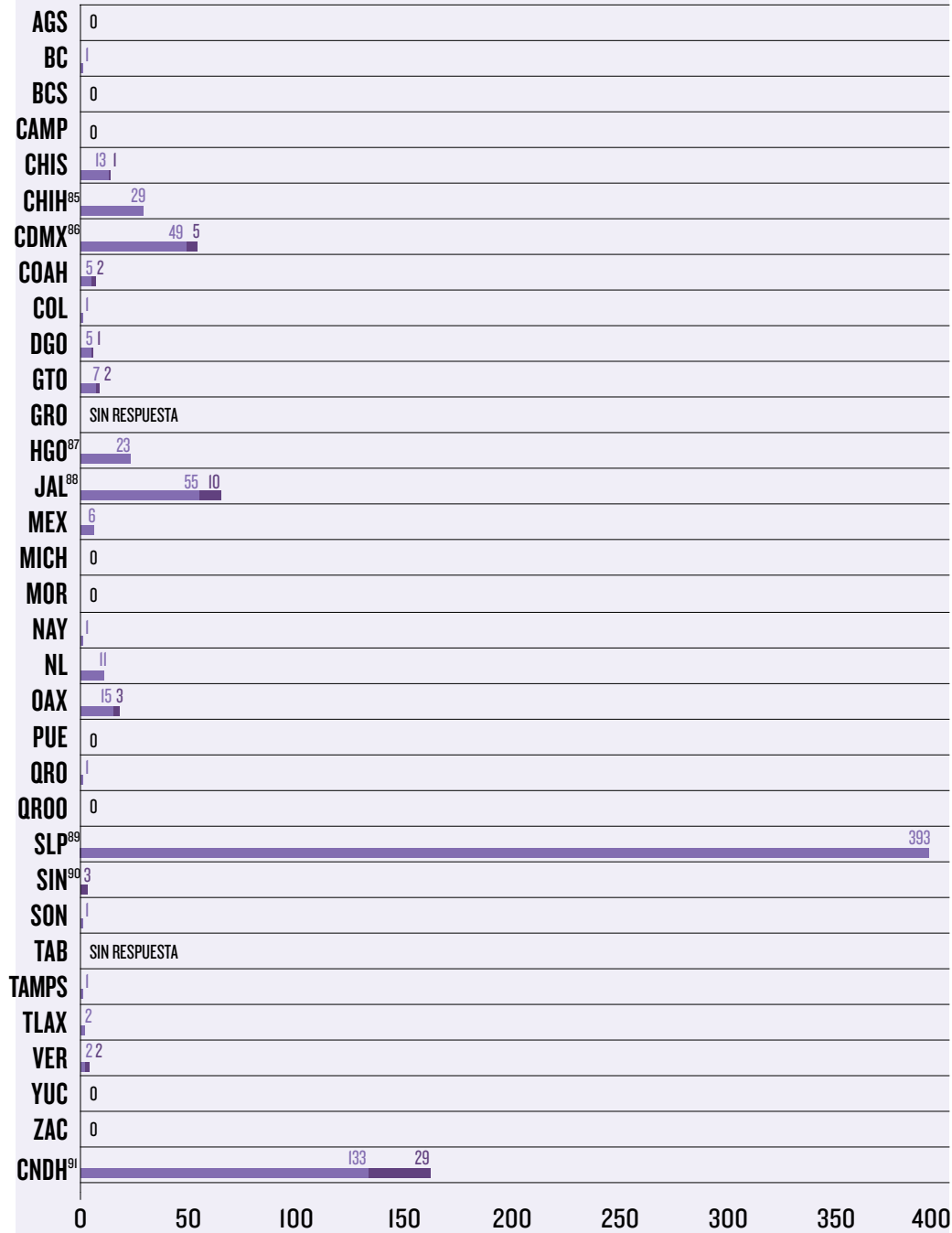
- 84 El número de quejas corresponde a casos de negligencia médica, pero no necesariamente de muerte materna.
- 85 El número de quejas y recomendaciones se refiere a casos de obstaculización, negativa o restricción del derecho a la atención médica durante el embarazo, parto, puerperio y después de un aborto, por lo que los totales no corresponden necesariamente a casos de muerte materna.
- 86 El número de quejas corresponde a violencia obstétrica o negligencia médica, pero no se tiene certeza si estas incluyen casos de muerte materna.
- 87 El documento menciona quejas 55 y diez recomendaciones por negligencia médica y violaciones al derecho a la vida, sin embargo, por lo cual no se tiene certeza de que correspondan necesariamente a casos de muerte materna.
- 88 El número de quejas corresponde a diversas violaciones relacionadas a la mala atención médica, por lo que no se tiene certeza de que correspondan a casos de muerte materna.
- 89 Respecto al número quejas, la autoridad remitió a la consulta de sus informes anuales, en los que no se especifica cuáles fueron por muerte materna.
- 90 En el número de quejas y de recomendaciones pueden estar incluidos casos de muerte neonatal debido a los filtros de búsqueda empleados por el organismo.

QUEJAS POR MUERTE MATERNA ANTE COMISIONES DE DERECHOS HUMANOS

ENERO 2010 - ENERO 2020

754 QUEJAS

59 RECOMENDACIONES



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



QUEJAS ADMINISTRATIVAS ANTE INSTITUCIONES DE SALUD

Por otro lado, entre los medios administrativos existe la opción de presentar una queja en la institución pública de salud en la que acontecieron las violaciones a derechos humanos. Las unidades de atención al derechohabiente son áreas que se encuentran en todas las instituciones públicas de salud y buscan atender las quejas de las personas que consideran que la atención recibida no se apega a los estándares médicos señalados en las normas oficiales.

Cada organismo tiene sus reglamentos o instructivos para dar trámite a la investigación. Es importante señalar que en este procedimiento las personas afectadas sólo deben iniciar la queja y no participan hasta que se emite la resolución con la que se concluye la investigación. A través de comités u otro tipo de órgano colegiado, el organismo evalúa si se cometieron fallas durante la atención médica, otorga una indemnización y sanciona administrativamente al personal médico responsable.

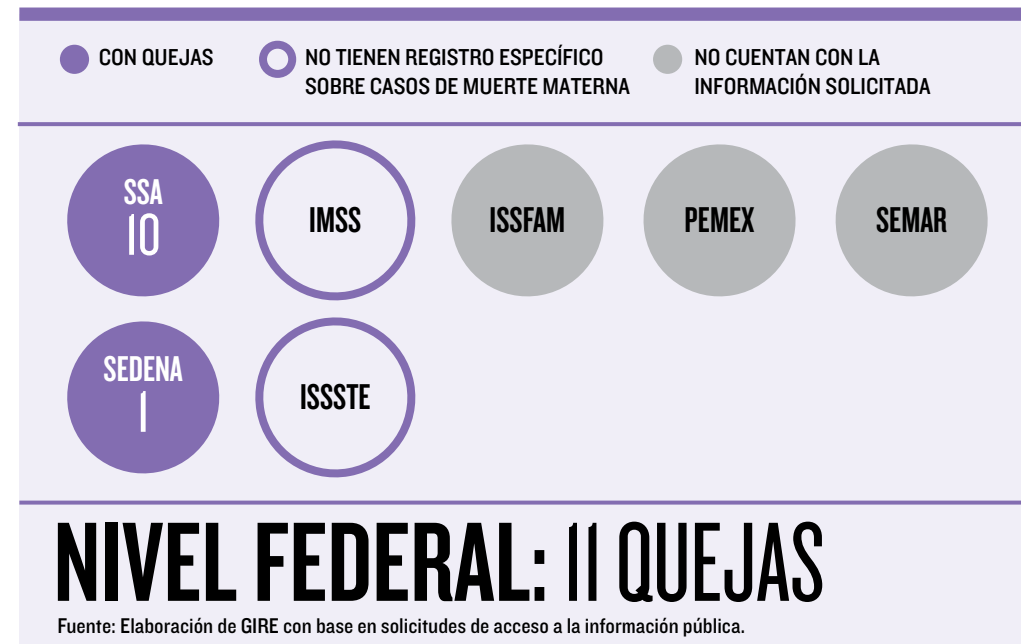
Estas quejas se pueden presentar personalmente ante las unidades de atención al derechohabiente y en algunos casos, como en el IMSS o ISSSTE, por medios electrónicos.

Otra opción, entre los medios administrativos, es la presentación de una queja ante la CONAMED, órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud federal con autonomía técnica para emitir acuerdos y laudos. Entre sus atribuciones principales está brindar asesoría a las personas usuarias de servicios médicos, atender quejas por irregularidades en dichos servicios o negación de acceso a los mismos, intervenir en conciliaciones entre prestadores de servicios y usuarios y fungir en el arbitraje entre ambos. Debe tomarse en cuenta que las conciliaciones ante CONAMED no implican la investigación y procesamiento de los hechos para atribuir responsabilidad (que puede ser administrativa o penal, según corresponda). Además, no en todas las entidades federativas se encuentra una comisión local de arbitraje médico, por lo que el acceso a este mecanismo se limita al lugar de residencia.

Por medio de solicitudes de acceso a la información, GIRE solicitó a las instituciones de salud federales y locales el número de quejas administrativas registradas del 1 de enero de 2010 al 1 de enero de 2020 por casos de muerte materna.

QUEJAS ADMINISTRATIVAS POR MUERTE MATERNA

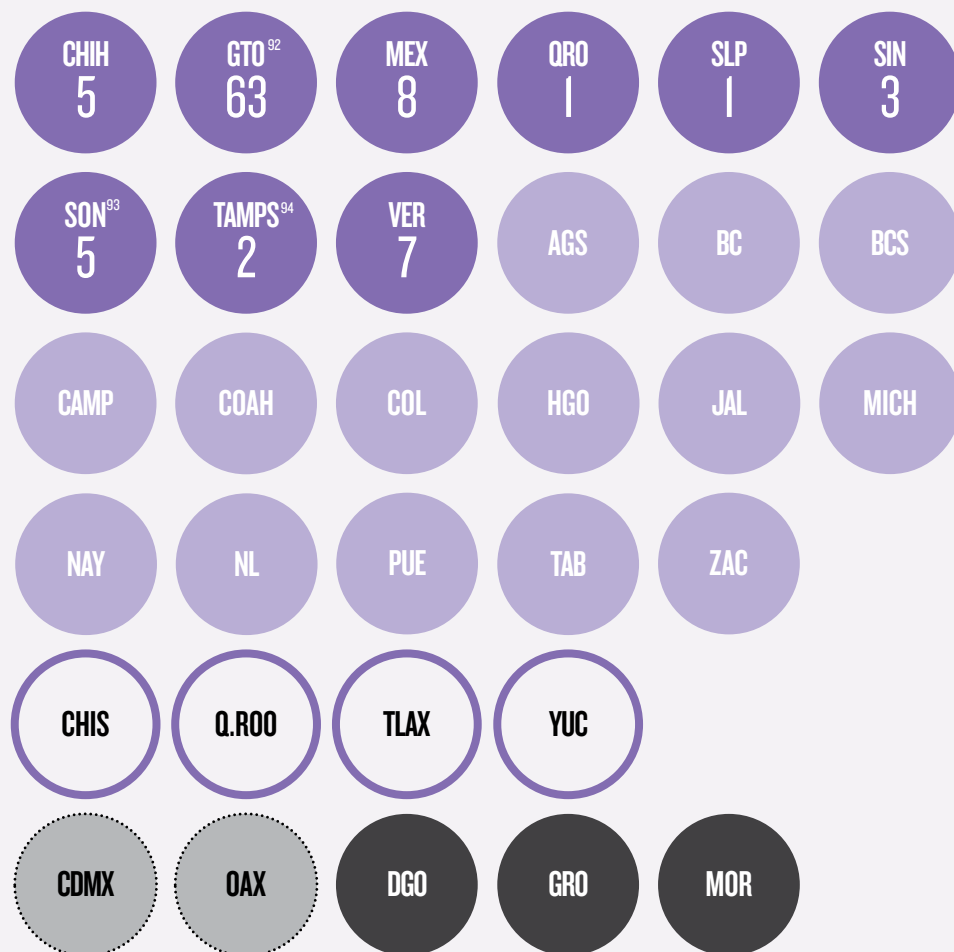
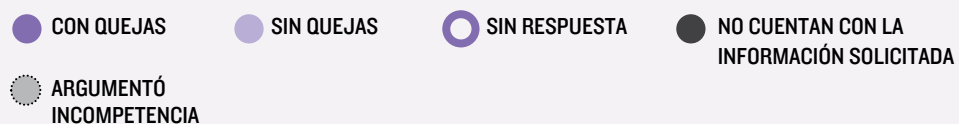
ENERO 2010 - ENERO 2020



Ante la solicitud realizada por GIRE a instituciones de salud federales, sólo la SSA y SEDENA manifestaron tener registro, aunque incompleto en el caso de la SSA, debido a que no se recabó información de los años 2010 y 2011. El IMSS y el ISSSTE proporcionaron información de quejas donde intervino la especialidad de gineco-obstetricia, pero informaron que no guardan un registro específico sobre casos de muerte materna. Por su parte, ISSFAM, PEMEX y SEMAR manifestaron no contar con la información solicitada.

QUEJAS ADMINISTRATIVAS POR MUERTE MATERNA

ENERO 2010 - ENERO 2020



NIVEL LOCAL: 87 QUEJAS

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

En lo relativo a las secretarías de salud locales, se observaron varios casos en los que tales instancias enviaron la solicitud a otros organismos (como a las comisiones locales de arbitraje médico), cuando éstas y las quejas presentadas ante los mismos servicios de salud son mecanismos distintos a los que se puede acceder ante un caso de muerte materna. En total, se tiene registro de 25 quejas por motivo de muerte materna entre enero de 2010 y enero de 2020.

ACCESO A LA REPARACIÓN INTEGRAL

Si bien, por medio de las quejas ante comisiones de derechos humanos es posible acceder a una reparación integral, es frecuente que no se tome suficiente consideración a las necesidades y deseos de las personas afectadas a la hora de establecer las medidas que integran la misma. Además, a menudo se pierde la oportunidad de establecer garantías de no repetición efectivamente encaminadas a la modificación de las causas estructurales que permitieron que las violaciones a derechos humanos tuvieran lugar. También es necesario tomar en cuenta que los procesos ante este tipo de instancias pueden alargarse durante varios años. Además, el cumplimiento de las recomendaciones depende de la voluntad que las autoridades responsables tengan para ello.

91 La autoridad proporcionó el número de quejas recibidas en la comisión local de arbitraje médico. No hay certeza de que correspondan a casos de muerte materna.

92 La autoridad proporcionó el número de quejas recibidas en la comisión estatal de arbitraje médico.

93 La autoridad proporcionó el número de quejas recibidas en la comisión estatal de arbitraje médico.

SUSANA⁹⁴

CHIAPAS

Susana tenía 26 años y estaba esperando una niña. Era indígena tzotzil, al igual que Romeo, su esposo. El 4 de octubre de 2013, Susana acudió al Hospital de la Mujer de San Cristóbal de las Casas, Chiapas, con indicaciones para realizarse una cesárea, pero desde que llegó fue víctima de maltratos por parte del personal. Aunque esa misma noche su estado de salud era grave, su familia no fue informada sino hasta horas más tarde, cuando se les notificó que se le había realizado una cesárea además de la extracción de la vesícula, procedimiento del cual no hubo consentimiento informado por parte de Susana o algún familiar.

Susana falleció el 6 de octubre sin que su familia recibiera mayor explicación al respecto. El hospital les entregó a su hija recién nacida sin ropa, sin documento alguno y cubierta de sangre, exponiéndola a riesgos innecesarios que más tarde desembocaron en un cuadro de hipotermia por el que debió recibir atención en una clínica privada.

El expediente clínico de Susana reporta un diagnóstico de Síndrome de Hellp, complicación grave que se presenta en 0.9 por ciento de los embarazos. Dicho diagnóstico debió ser suficiente para la realización de la cesárea inmediata a la llegada de Susana al hospital, además de posponer la extracción de la vesícula.

La Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Chiapas abrió una investigación de oficio, pero después de hablar con los familiares de Susana y asumir su representación legal, GIRE presentó una ampliación de queja ante la CNDH el 14 de febrero de 2014. El 17 de julio del mismo año, la CNDH emitió la Recomendación 29/2014 en la que determinó que se contaba con elementos suficientes para evidenciar la violación a los derechos humanos de Susana y de sus familiares (su esposo Romeo y sus hijos), atribuibles al Gobierno del estado de Chiapas por conducto del Hospital de la Mujer; reconociendo así su calidad de víctimas y recomendando que se les reparara integralmente.

El 14 de noviembre de 2014, los familiares de Susana, el Gobierno del estado de Chiapas y la Secretaría de Gobernación firmaron un convenio para dar cumplimiento a la Recomendación de la CNDH.

A partir de la aceptación de esta Recomendación, del acompañamiento de GIRE y de la firma del convenio de indemnización por responsabilidad del Estado mexicano, se han cumplido las siguientes medidas de reparación:

Como parte de las medidas de compensación, el monto de la indemnización correspondiente a los hijos de Susana fue incorporado al Fideicomiso para el Cumplimiento de Obligaciones en Materia de los Derechos Humanos a través de la firma de un Convenio

94 La familia de Susana autorizó a GIRE utilizar su nombre en este informe.

de reconocimiento del Estado de violaciones a derechos humanos el 4 de marzo de 2015. El Convenio fue suscrito por la Secretaría de Gobernación, el Gobierno del estado de Chiapas, Romeo, a nombre propio y en representación de sus hijos, y Manuel, padre de Susana. GIRE firmó en calidad de testigo de honor. En este caso, y dado que los hijos de Susana y Romeo fueron señalados beneficiarios de estas medidas, se decidió optar por la figura de un fideicomiso, como una manera de proteger los intereses de los niños. Para que ello fuera posible debe resaltarse el trabajo en conjunto con la Unidad de Derechos Humanos de la Secretaría de Gobernación.

Como parte de las medidas de rehabilitación, en el Convenio el Estado se obligó a brindar atención médica y psicológica gratuita a las víctimas y a otorgar becas al hijo e hija de Susana hasta la conclusión de sus estudios superiores. El 4 de junio de 2015, entró en vigor el Decreto número 250 por el que se autoriza al Ejecutivo del Estado, a través de la Secretaría de Educación, a otorgar el pago de becas a los hijos de Susana, para dar cumplimiento a la Recomendación 29/2014, emitida por la CNDH.

En lo relativo a las medidas de satisfacción, la CNDH recomendó la presentación y seguimiento de la denuncia de los hechos ante la Procuraduría General de Justicia del estado de Chiapas, y el trámite de la queja administrativa ante la Contraloría Interna de la Secretaría de Salud del estado de Chiapas.

Por otra parte, el 19 de noviembre de 2015, el Gobierno de Chiapas llevó a cabo un acto de disculpa pública por la muerte de Susana, la primera disculpa emitida en México por parte de una autoridad por un caso de muerte materna. Dicha disculpa no se encontraba incluida dentro de la Recomendación emitida por la CNDH y forma parte de la ampliación de queja impulsada por gire en el caso.

Por último, como parte de las medidas de no repetición, la CNDH recomendó exhortar al personal médico del Hospital de la Mujer a entregar copia de la certificación y recertificación que les acreditara para brindar un servicio médico adecuado y profesional, garantizar la debida integración de los expedientes médicos, e impartir en las clínicas, hospitales y centros de salud dependientes de la Secretaría de Salud del estado de Chiapas, Programas Integrales de Educación, Formación y Capacitación sobre los derechos humanos para garantizar un trato digno a las personas.

Aunque en 2016 la Secretaría de Salud informó mediante un oficio que se tomaron las medidas necesarias para el cumplimiento de estas recomendaciones, el último oficio del caso en que la CNDH da cuenta del avance de dichas medidas establece que el cumplimiento es parcial.



El caso de Susana fue paradigmático en tanto que mostró el alcance de mecanismos de acceso a la justicia no jurisdiccionales: una recomendación de la CNDH y el establecimiento de un Convenio entre la Secretaría de Gobernación, el Gobierno del Estado de Chiapas y la familia de Susana, que fueron más allá de señalar la responsabilidad de parte de las autoridades involucradas en las recomendaciones emitidas y establecieron algunas medidas de reparación integral. Independientemente de las dificultades enfrentadas para el establecimiento y cumplimiento de las medidas de reparación integral, es importante señalar que el reconocimiento del Estado mexicano de un caso de muerte materna como uno de violaciones a derechos humanos representó un paso adelante en el cambio de paradigma. El caso de Susana es el primero en el que un gobierno local se disculpa a causa de una muerte materna en México.

Aunque en ciertos casos se han producido avances importantes en torno a algunos aspectos de la reparación integral, otros componentes de ésta que en el terreno de los derechos reproductivos resultan indispensables —como las garantías de no repetición— continúan quedándose sólo en papel. Esto se ha observado frecuentemente en el acompañamiento de casos de violencia obstétrica y de muerte materna, situaciones que requieren la implementación de medidas estructurales que eliminen las condiciones que hacen que sigan produciéndose violaciones a derechos humanos en el ámbito de la atención del embarazo, parto y puerperio.

A pesar de que en los acompañamientos aquí descritos hubo avances significativos en términos de acceso a la justicia, para el éxito de todos ellos fue fundamental que las familias obtuvieran asesoría jurídica y acompañamiento por parte de GIRE.

3.3

ACCESO A LA INFORMACIÓN

La garantía del derecho a la información requiere que las autoridades de todos los niveles de gobierno cuenten con información pública y que ésta sea accesible para todas las personas. Dicho acceso representa un mecanismo fundamental para la rendición de cuentas.⁹⁵

Las autoridades en México tienen la obligación de producir y procesar información según lo establecido por la ley. Concretamente la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública establece que:

Artículo 18. Los sujetos obligados deberán documentar todo acto que derive del ejercicio de sus facultades, competencias o funciones.

Artículo 19. Se presume que la información debe existir si se refiere a las facultades, competencias y funciones que los ordenamientos jurídicos aplicables otorgan a los sujetos obligados.

En los casos en que ciertas facultades, competencias o funciones no se hayan ejercido, se debe motivar la respuesta en función de las causas que motiven la inexistencia.

En este tenor, el Estado debe adoptar medidas positivas para la generación y procesamiento de información debidamente desagregada, que no sólo sea garantía de una política pública, sino una herramienta necesaria para el cumplimiento de sus obligaciones. Asimismo, tiene el deber de entregar información oportuna, completa, accesible, fidedigna y oficiosa.

La existencia y accesibilidad de dicha información es esencial para conocer el nivel de cumplimiento por parte del Estado mexicano de sus obligaciones constitucionales, los pendientes más urgentes y los posibles caminos para lograr un cambio hacia la justicia reproductiva en México.

⁹⁵ GIRE, *Niñas y Mujeres sin justicia. Derechos reproductivos en México*, op. cit, p.12, 2015.

Al respecto de lo anterior, debe señalarse la presentación, en mayo de 2016, de la Plataforma Nacional de Transparencia (PNT),⁹⁶ herramienta desde la que es posible realizar SAI a todos los sujetos obligados del país, además de poder interponer ahí mismo el recurso de revisión y consultar todas las disposiciones en materia de transparencia. Esta plataforma es, en general, una herramienta por medio de la cual las organizaciones de la sociedad civil, periodistas y cualquier persona interesada han podido obtener información que no es posible encontrar en la estadística pública, incluida la relacionada con muerte materna. Aun así, debe señalarse que la presentación de SAI, así como el seguimiento, recopilación y análisis de las respuestas obtenidas, resulta un proceso tardado, no exento de barreras.

96 El acceso a la información pública se unificó en 2016 por medio de esta Plataforma. Antes de la PNT, las SAI debían ser realizadas ante cada uno de los sujetos obligados por medio de los Sistemas Infomex.

AVANCES

A. GENERACIÓN DE DATOS E INFORMACIÓN ESTADÍSTICA EN MATERIA DE MORTALIDAD MATERNA

Desde hace varias décadas existen esfuerzos importantes en torno a la documentación y sistematización de datos e información estadística en materia de muerte materna en el país. Desde el año 2003 se establecieron diversas estrategias para disminuir el subregistro y la incorrecta clasificación de las muertes maternas, las cuales se consolidaron en el procedimiento denominado Búsqueda Intencionada y Reclasificación de Muertes Maternas (BIRMM), que desde entonces ha sido un insumo fundamental para medir de manera más exacta la mortalidad materna y sus causas asociadas, bajo la coordinación de la Dirección General de Información en Salud.⁹⁷

Precisamente esta última instancia tiene entre sus atribuciones la generación de información en materia de salud por medio de sistemas de información electrónicos.⁹⁸ A través del Sistema de Información de la Secretaría de Salud (SINAIS) es posible conocer indicadores nacionales como la RMM por año (desde 1990), tanto a nivel nacional como por entidad federativa. Sin dejar de resaltar la importancia de que dichos indicadores se encuentran disponibles en formatos suficientemente claros, sería deseable que otra información relevante asociada a éstos fuera igualmente accesible; por ejemplo, cuántos de esos fallecimientos correspondieron a mujeres indígenas o a mujeres con alguna discapacidad, y su edad.

97 Urióstegui, María del Rocío, Piña López, Miriam Paola, *et al.* Corrigiendo la mala clasificación de la mortalidad materna en México entre 2002-2017 en *Boletín Conamed*, número 25, julio-agosto 2019, pág. 3. Disponible en: <http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin25/b25-2.pdf>

98 http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/acercade/index_gobmx.html

B. OBSERVATORIO DE MORTALIDAD MATERNA

Con el fin de promover el cumplimiento del Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) número 5 —mejorar la salud materna—, surgió en 2010 el Observatorio de Mortalidad Materna (OMM) como un espacio multisectorial conformado por organizaciones de la sociedad civil, academia, agencias de la Organización de las Naciones Unidas y autoridades de gobierno estratégicas en la materia.⁹⁹

El objetivo del OMM es contribuir a la toma de decisiones encaminadas a la mejora de los servicios de salud durante la atención del parto y la urgencia obstétrica. Para ello, ha creado un sistema de indicadores y análisis estadístico por medio del cual es posible el monitoreo de la muerte materna en el país.

De igual manera, desde el año 2011 ha publicado la Numeralia, documento que ofrece una mirada rápida de la información más importante en materia de muerte materna con el objeto de resaltar aspectos particulares por entidad federativa, esquema de aseguramiento de la mujer y lugar de defunción.¹⁰⁰ Cada publicación contiene los datos correspondientes a los dos años anteriores debido a que su validación, en tanto se trata de datos oficiales, demora el mismo número de años.¹⁰¹ Precisamente el nivel de desagregación de los datos ofrecidos por el OMM ha constituido a las Numeralias como un insumo esencial para el diagnóstico de la situación de muerte materna en México.

El OMM cuenta también con un sistema de monitoreo y seguimiento de la política pública en la materia, divulga información clave y emite recomendaciones para la reducción de la muerte materna desde una perspectiva intercultural y de derechos humanos; además, promueve la comunicación entre actores estratégicos, ciudadanía en general y organizaciones de la sociedad civil.¹⁰²

El trabajo realizado por el OMM ha contribuido a la institucionalización de espacios para posibilitar la rendición de cuentas por parte de las autoridades relevantes en materia de salud reproductiva.

BARRERAS

Para complementar la información estadística disponible en materia de muerte materna en México, GIRE realiza de manera periódica SAI a diversos sujetos obligados, en particular en relación con la utilización de mecanismos de acceso a la justicia. En este sentido, una barrera identificada en los últimos años ha sido que autoridades de salud —tanto a nivel federal como local— reportan no contar con la información requerida cuando entre sus competencias está generarla, lo cual dificulta conocer con exactitud la situación a nivel nacional.

Otro problema detectado en la experiencia de GIRE ha sido la falta de desagregación de la información proporcionada como respuesta a SAI. Por ejemplo, no se consigna si las mujeres fallecidas por causas prevenibles durante el embarazo, parto o puerperio eran indígenas, ni su edad o si vivían con alguna discapacidad.

En lo relativo a la información que ciertos sujetos obligados deben documentar y en tanto la muerte materna constituye una violación a múltiples derechos humanos, es fundamental que organismos como la CNDH y las comisiones locales generen registros completos acerca de las quejas presentadas y recomendaciones emitidas en tales casos. Por ejemplo, como respuesta de la CNDH a la solicitud de GIRE para conocer el número de quejas recibidas por muerte materna, así como las recomendaciones emitidas durante la última década, se obtuvo información poco precisa debido a la configuración de los filtros de búsqueda de su base de datos.

Por último, con respecto al ejercicio del derecho a la información, se deben señalar con preocupación el recorte presupuestal que sufrió el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI) para el año 2021.¹⁰³

Sin duda existen diversas oportunidades para la mejora en las labores que el INAI ha desempeñado, sin embargo, el acceso a la información, aparte de ser un derecho en sí mismo, ha sido un insumo vital para conocer el estado que guardan los derechos humanos en general, y en específico los derechos reproductivos en México.

99 Freyermuth Enciso, Graciela, “El Observatorio de Mortalidad Materna en México” en Freyermuth Enciso, Graciela (coord.), *25 años de buenas prácticas para disminuir la mortalidad materna en México. Experiencias de organizaciones de la sociedad civil y la academia*, Graciela Freyermuth (coord.), 2015, p. 50.

100 Freyermuth Enciso, Graciela, Luna, Marisol y Muñoz Hernández, José Alberto, “Indicadores y Numeralia del Observatorio de Mortalidad Materna en México” en Freyermuth Enciso, Graciela (coord.), *op. cit.*, 2015, p. 272.

101 Observatorio de Mortalidad Materna. Disponible en: <https://omm.org.mx/sistema-de-indicadores/numeralia/>

102 Freyermuth Enciso, Graciela, “El Observatorio de Mortalidad Materna en México” en Freyermuth Enciso, Graciela (coord.), *op. cit.*, 2015, p. 51.

103 Ramírez, León, “Sustituir al INAI: qué implicaría, por qué importa su labor y cuáles han sido sus fallas” en *Animal Político*. 8 de enero de 2021. Disponible en: <https://www.animalpolitico.com/elsabueso/desaparece-inai-amlo-opacidad-contrapeso/>

BALANCE

En México se cuenta con un marco normativo y de política pública que, si fuera debidamente implementado, permitiría avanzar en la disminución de muertes prevenibles durante el embarazo, parto y puerperio, muertes que representan una violación a los derechos humanos de las mujeres y otras personas gestantes, así como un asunto de justicia reproductiva que es responsabilidad del Estado. Mientras que ha permanecido desaprovechado el primer nivel de atención de la salud para la atención de partos de bajo riesgo, el segundo y el tercer nivel se encuentran saturados, con consecuencias como un alto número de cesáreas injustificadas, insuficiencia de infraestructura, equipo, insumos y personal capacitado. A esta situación de desgaste del sistema de salud hay que agregar efectos de la pandemia por COVID-19, que ha disminuido las opciones de las mujeres para recibir atención médica prenatal y durante el parto y ha llevado a un aumento significativo de los casos de muerte materna en el país, incremento que se ha traducido en una regresión de cerca de una década: mientras que la RMM calculada hasta la semana epidemiológica 16 de 2021 es de 50.8,¹⁰⁴ la RMM registrada para el año 2010 es de 51.5.

De manera paralela, la concentración de servicios de salud ha permanecido en mayor medida en las capitales de las entidades federativas y en zonas urbanas. A menudo, mujeres de zonas rurales y comunidades indígenas deben hacer largos trayectos para recibir atención médica, circunstancia que sin duda contribuye a poner en riesgo su salud. Aunque existen estrategias o intervenciones estatales fincadas en redes de cuidado comunitario desde hace varios años, como la Red de Posadas y el Transporte AME, que pueden contribuir a garantizar que quienes viven lejos de los centros de salud tengan atención médica antes de su parto o después de él, queda pendiente garantizar que toda práctica o modelo de atención de las mujeres indígenas para el cuidado de su salud reproductiva sea respetada e integrada en cualquier instancia de atención a su salud. El impulso a la partería en el país continúa siendo un pendiente estrechamente relacionado con lo anterior.

Sin embargo, a pesar de que los esfuerzos y estrategias orientados a la disminución de las muertes maternas, requieren una constante y suficiente provisión presupuestal, resulta preocupante que, de acuerdo con el Presupuesto de Egresos de la Federación 2021, el rubro de salud materna, sexual y reproductiva haya sufrido una disminución de alrededor de 400 millones de pesos, sobre todo considerando el actual contexto de emergencia sanitaria y económica derivado de la pandemia por COVID-19.¹⁰⁵

Por último, en términos de acceso a la justicia para los familiares de víctimas de muerte materna, a lo largo de los últimos diez años se han logrado precedentes importantes en materia de acceso a diversas medidas de reparación integral, lo cual ha permitido mostrar el alcance que algunos mecanismos de acceso a la justicia (como las comisiones de derechos humanos) pueden llegar a tener. Sin embargo, los obstáculos y dificultades de los procesos persisten: pueden alargarse durante varios años, suelen ignorarse las necesidades y la participación de las víctimas en el establecimiento de las medidas de reparación integral y la implementación de las garantías de no repetición continúan representando un reto. Con ello continúa desaprovechándose la oportunidad de ir modificando las condiciones que permiten que persista la muerte materna.

104 Lineamiento para la prevención y mitigación de COVID-19 en la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida, versión 3, *op. cit.*

105 Observatorio Género y COVID-19 en México. *Nos cayó el 20. Diagnóstico y recomendaciones del Observatorio Género y COVID-19 en México, op. cit.*, 2021, p. 12.