A woman with long dark hair is shown in profile, looking out a window. The window has a grid pattern. Outside the window, there is a view of a hillside with some greenery and a building in the distance. The lighting is soft and natural, suggesting daytime.

Justicia olvidada

Violencia e impunidad
en la salud reproductiva


GIRE

IMPUNIDAD | CERO

Justicia olvidada

Violencia e impunidad
en la salud reproductiva



IMPUNIDAD | CERO

Dirección GIRE Rebeca Ramos Isabel Fulda	Coordinación GIRE Verónica Esparza Isabel Fulda	Investigación y texto GIRE Verónica Esparza Valentina Gómez Camila Riva Palacio	Cuidado editorial The pillow books Fotografía Nuria Lagarde
Impunidad Cero Irene Tello Arista	Impunidad Cero Irene Tello Arista	Impunidad Cero Leslie Jiménez Itzel Jiménez Montserrat López Mariana Torres	Diseño María Calderón María Carral

5	Introducción
7	1. ¿Qué se entiende por impunidad?
8	1.1 La impunidad más allá del punitivismo
10	1.2 El vínculo entre la impunidad y los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales
12	1.3 El vínculo entre la impunidad y la violencia de género
19	1.4 El vínculo entre la impunidad y la justicia reproductiva
23	2. La situación de la violencia obstétrica y la muerte materna en México
26	2.1 Algunas manifestaciones de la violencia obstétrica
28	2.2 La muerte materna en México
30	2.3 Una aproximación al marco normativo respecto a la violencia obstétrica y la muerte materna
37	2.4 El marco jurídico y la política pública para atender la violencia obstétrica y la muerte materna en México
47	3. La incidencia y el acceso a la justicia en casos de violencia obstétrica y muerte materna
47	3.1 Solicitudes de acceso a la información
81	3.2 Análisis de casos
96	3.3 Rutas para mitigar la impunidad estructural en casos de violencia obstétrica y muerte materna
107	4. Conclusiones y recomendaciones



Introducción

El fenómeno de la impunidad en México es muy amplio y complejo. Hablar de él no solo evoca la ausencia de sanciones ante

una falta o un delito, sino una serie de fallas sistémicas que imposibilitan el acceso a la justicia y la protección integral de los derechos humanos por parte del Estado y sus representantes. En particular, cuando la impunidad aparece en contextos de violencia en contra de mujeres y grupos en situación de vulnerabilidad, pone de manifiesto un patrón de aceptación y normalización de prejuicios de género por parte de las autoridades.

Esta publicación, que es resultado del trabajo conjunto de GIRE e Impunidad Cero, busca visibilizar la relación entre la impunidad y la justicia reproductiva, así como el acceso a la justicia para las personas sobrevivientes de violencia obstétrica y muerte materna en México. El objetivo es establecer vías que permitan mitigar la impunidad estructural que constituye un obstáculo para alcanzar la justicia reproductiva en los casos de violencia obstétrica y muerte materna.

En el primer capítulo, se desarrolla el concepto de impunidad —más allá de la definición tradicional y punitivista— y su vínculo con la justicia reproductiva y los derechos económicos, sociales y culturales. Asimismo, se plantea la situación de la violencia obstétrica y la muerte materna en nuestro país y sus manifestaciones, entre las que se incluyen los elevados números de cesáreas y las esterilizaciones forzadas o no consentidas.

El segundo capítulo consiste en una aproximación al marco jurídico y su relación con la política pública respecto a la violencia obstétrica y la muerte materna. Se pone especial énfasis en los aspectos abordados en el Sistema Universal de Derechos Humanos y el Sistema Interamericano de Derechos Humanos, así como en el impacto que han tenido en nuestro país.

En el capítulo tercero se realiza un análisis de la incidencia y el acceso a la justicia en casos de violencia obstétrica y muerte materna a partir de solicitudes de acceso a la información enviadas a las autoridades encargadas de recibir y tramitar quejas, emitir recomendaciones o realizar investigaciones penales en este tipo de situaciones. Además, se analizan algunos de los casos que ha acompañado GIRE y que muestran las barreras y dificultades a las que se enfrentan las personas sobrevivientes de violencia obstétrica y muerte materna para obtener justicia y lograr una reparación integral.

Por último, se incluye una lista de recomendaciones dirigidas a las autoridades encargadas de atender y garantizar el acceso a la justicia ante alguna violación de los derechos reproductivos de las mujeres y personas con capacidad de gestar. Lo anterior desde una perspectiva que busca atender las fallas estructurales del sistema de salud, así como garantizar los derechos humanos y el derecho a la verdad y a la no repetición.

Hablar de impunidad en temas de violencia obstétrica y muerte materna implica comprender la importancia del derecho a la verdad, la reparación y la garantía de no repetición de estas violaciones. Para evitar que las personas con capacidad de gestar sean víctimas de este tipo de violencia, es necesario considerar las condiciones en las que se encuentran nuestros sistemas de salud y justicia.



1.

¿Qué se entiende por impunidad?

En este capítulo se analizan diferentes acepciones del concepto de impunidad, así como la forma en que se presenta este fenómeno en las diversas violencias por razones de género. Asimismo, se consideran los alcances y las afectaciones que tiene la impunidad en derechos como la vida libre de violencia, la seguridad social, los derechos de la familia, el derecho a la salud, los derechos reproductivos, entre otros.

En México, la violencia por razones de género tiene su origen en un sistema patriarcal violento;¹ se manifiesta en diversas formas y espacios² y afecta, a su vez, el acceso a la justicia. Dado que se encuentra enraizada en una cultura que ha permitido y fomentado la violación de los derechos humanos de las mujeres, la impunidad se convierte en algo cotidiano para muchas de ellas.³

En términos generales, la impunidad suele interpretarse como ausencia de castigo.⁴ El preámbulo del *Conjunto de principios para la protección y promoción de los derechos humanos mediante la lucha contra la impunidad* define a la impunidad como:

[...] la inexistencia, de hecho, o de derecho, de responsabilidad penal por parte de los autores de violaciones, así como de responsabilidad civil, administrativa o disciplinaria, porque escapan a toda investigación con miras a su inculpación, detención, procesamiento y, en caso de ser reconocidos culpables, condena a penas apropiadas, incluso a la indemnización del daño causado a sus víctimas.⁵

¹ Instituto de Información Estadística y Geografía, “Impunidad y violencia contra las mujeres”, *Strategos, Revista Digital del Instituto de Información Estadística y Geográfica*, 25 de noviembre de 2020. Disponible en: <https://iieg.gob.mx/strategos/impunidad-y-violencia-contra-las-mujeres/>

² De acuerdo con la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, la violencia contra las mujeres puede ser de diversos tipos; a saber, física, patrimonial, económica, sexual, así como otras formas análogas que lesionen o sean susceptibles de dañar la dignidad, integridad o libertad de las mujeres. Estas violencias se desarrollan en los ámbitos familiar, laboral, docente, comunitario, institucional, político, digital, mediático y feminicida.

³ Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Caso González y otras (“Campo Algodonero”) vs. México*. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia del 16 de noviembre de 2009. Serie C No. 205, párr. 158. Disponible en: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_205_esp.pdf

⁴ Wilder Tayler, “La problemática de la impunidad y su tratamiento en las Naciones Unidas”. Disponible en: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/R06843-7.pdf>

⁵ Naciones Unidas, *Conjunto de principios actualizado para la protección y la promoción de los derechos humanos mediante la lucha contra la impunidad*, E/CN.4/2005/102/Add., 18 de febrero de 2005. Disponible en: <http://www.derechos.org/nizkor/impu/impuppos.html>

Esta definición reconoce que la impunidad constituye un fenómeno que va más allá de la ausencia de sanciones o castigos ante la comisión de delitos, faltas civiles o faltas administrativas y la identifica como un problema tanto jurídico como político-institucional, de hecho y de derecho; es decir, que sus consecuencias son de carácter multifactorial.⁶ Es importante señalar que, en el caso de violaciones de derechos humanos, los Estados están obligados ante las víctimas⁷ a investigar dicha violación, sancionar a las personas responsables y reparar el daño de manera integral.

1.1 La impunidad más allá del punitivismo

El punitivismo se refiere al discurso estatal que justifica la intervención del derecho penal para solucionar cualquier problema social mediante la aplicación de un castigo irracional y desproporcionado. Tomar la decisión de establecer una sanción penal, o de endurecerla, siempre debe ser la última de las medidas posibles para abordar un problema social.

El punitivismo se materializa en el sistema penal. Este complejo entramado, así como la estructura, el lenguaje y la dinámica que se utilizan en el proceso penal, impiden a las mujeres y disidencias sexogénicas experimentar un sentimiento de pertenencia o colectividad o una sensación de justicia y confianza. La asimilación de las normas, las disposiciones jurídicas y el funcionamiento del sistema de justicia penal deberían facilitar la construcción de puentes de confianza entre las personas y las instituciones desde el primer punto de contacto, es decir, la denuncia y la querrela.

Sin embargo, dado que en el propio funcionamiento del derecho existen discursos punitivistas, técnicos y específicos, la impunidad se presenta incluso antes de que se denuncien los delitos ante las instituciones. En este sentido, cabe retomar el concepto de impunidad de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH), que la define como “la falta en su conjunto de investigación, persecución, captura, enjuiciamiento y condena de los responsables de las violaciones de los derechos protegidos por la Convención Americana, toda vez que el Estado tiene la obligación de combatir tal situación por todos los medios legales disponibles”. Esta definición señala que “**la impunidad propicia la repetición crónica de las violaciones de derechos humanos y la total indefensión de las víctimas y de sus familiares**”,⁸ por lo que es obligación de los Estados combatir la impunidad por

6 Juan Antonio Le Clercq, “México en la medición de la impunidad del Índice Global de Impunidad 2020”, *Global Americans*, enero 2021. Disponible en: <https://theglobalamericans.org/2021/01/mexico-en-la-medicion-de-la-impunidad-del-indice-global-de-impunidad-2020/> y Juan Antonio Le Clercq, “La relación impunidad-desigualdad en México”, en Úrsula Oswald Spring y Serena Eréndira Serrano Oswald (coord.), *Riesgos socioambientales. Paz y seguridad en América Latina*, 2018, UNAM, pp. 237–252.

7 Tanto en el ámbito nacional como en el internacional, la palabra víctima se utiliza para hacer referencia a una persona que experimentó algún daño o menoscabo económico, físico, mental, emocional o, en general, cualquier persona que experimente una situación de peligro o haya visto afectados sus bienes jurídicos o derechos como consecuencia de la comisión de un delito o violaciones a sus derechos humanos. Sin embargo, es preciso reformar esa concepción, dado que puede resultar estigmatizante. Para ello, es necesario atribuirles identidad, reconocimiento y agencia como sobrevivientes de las violencias estructurales; por lo que, para efectos de esta investigación, utilizaremos el concepto sobrevivientes o personas que han enfrentado violencia de género.

8 Corte IDH, Caso de la “Panel blanca” (Paniagua Morales y otros) vs. Guatemala. Fondo, reparaciones y costas. Sentencia del 8 de marzo de 1998. Serie C, No 37, párr. 173. Disponible en: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_37_esp.pdf

todos los medios legales disponibles.⁹ En el caso Trujillo Oroza,¹⁰ la Corte IDH identificó cuatro posibles causas de la impunidad: omisiones legislativas —es decir, la falta de tipificación y la prescripción de un delito—, omisiones en los aparatos de investigación y en el proceso penal, el transcurso del tiempo y las irregularidades detectadas durante el proceso.¹¹

No obstante, cuando nos referimos a la impunidad, es necesario mirar más allá de la visión penal. Se trata de un fenómeno multidimensional cuyo origen se encuentra en varias facetas del quehacer estatal; entre ellas, la responsabilidad de salvaguardar la seguridad ciudadana, la procuración y administración de justicia, el buen funcionamiento de los sistemas públicos de salud, educativo y penitenciario y la protección global de los derechos humanos.¹²

En este sentido, la Corte IDH ha establecido que **la impunidad no se reduce a la falta de sanción**. El caso Castillo Páez vs. Perú¹³ es un ejemplo. En él se introduce el concepto de derecho a la verdad, en específico en relación con las acciones de las investigaciones del Estado para encontrar el cuerpo e informar a los familiares lo sucedido.¹⁴

En el caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador,¹⁵ la Corte IDH analizó la impunidad más allá de la concepción criminal o penal, pues consideró que, en casos de negligencia médica, el argumento de la imprescriptibilidad de las violaciones de derechos humanos corresponde también al ámbito legislativo. En este caso, la Corte IDH resolvió

9 Véase Javier Dondé Matute, “El concepto de impunidad: Leyes de amnistía y otras formas estudiadas por la Corte Interamericana de Derechos Humanos”, en Gisela Elsner, *Sistema Interamericano de protección de los Derechos Humanos y Derecho penal internacional*, TI, IJ-UNAM, México, p. 268. Disponible en: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r37924.pdf>

10 Los hechos de este caso se refieren a la detención ilegal, el 23 de diciembre de 1971, de José Carlos Trujillo Oroza, estudiante de filosofía en la Universidad Mayor de San Andrés, y su posterior desaparición. Fue visto por última vez el 2 de febrero de 1972 en Santa Cruz, Bolivia. Durante su detención, José Carlos Trujillo Oroza fue objeto de torturas y, a la fecha de la emisión de la presente Sentencia, se encuentra desaparecido.

Como consecuencia de los hechos del presente caso, Gladys Oroza de Solón Romero, madre de la víctima, sufrió padecimientos de salud, cuyo tratamiento médico implicó diversos gastos. Asimismo, sufrió daños materiales e inmateriales por la detención, tortura, desaparición forzada y muerte de su hijo, así como por la impunidad que subsiste en este caso. Por su parte, el padre adoptivo y los hermanos de José Carlos Trujillo Oroza también sufrieron daños inmateriales por la detención, tortura, desaparición forzada y muerte de este, así como por la impunidad que subsiste en el caso. Véase Corte IDH, *Caso Trujillo Oroza vs. Bolivia*. Reparaciones y costas. Sentencia del 27 de febrero de 2002. Serie C No. 92. Disponible en: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/Seriec_92_esp.pdf

11 Corte IDH, *Caso de la “Panel Blanca”... op. cit.*, párr. 173.

12 Véase Juan Antonio LeClercq y Gerardo Rodríguez, (coords.), *Índice Global de Impunidad México 2016 (IGIMEX 2016)*, Centro de Estudios sobre Impunidad y Justicia, San Andrés Cholula, México: Universidad de las Américas Puebla, 2016. Disponible en: <http://www.udlap.mx/igimex/>

13 El caso se refiere a la responsabilidad internacional del Estado por la desaparición forzada de Ernesto Rafael Castillo Páez, estudiante universitario de 22 años, quien fue detenido, golpeado e introducido en el baúl de un vehículo policial por agentes de la Policía General en el Distrito de Villa. Desde esa fecha su familia no tiene conocimiento de su paradero.

14 Véase Corte IDH, *Caso Castillo Páez vs. Perú*. Fondo, reparaciones y costas. Sentencia del 3 de noviembre de 1997. Serie C No. 34, párr. 90. Disponible en: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_34_esp.pdf

15 El caso se refiere a la responsabilidad internacional del Estado por la falta de investigación y sanción de las personas responsables de la muerte de Laura Susana Albán Cornejo en un hospital privado, quien fue internada por un cuadro clínico de meningitis bacteriana en el Hospital Metropolitano el 13 de diciembre de 1987. El 17 de diciembre de 1987 sufrió un fuerte dolor, por lo que el médico residente le prescribió una inyección de diez miligramos de morfina. Al día siguiente, mientras aún estaba bajo tratamiento médico, Laura Albán Cornejo falleció. Sus padres iniciaron una acción judicial para determinar la responsabilidad de su muerte. Uno de los dos médicos investigados por negligencia fue sobreesido, mientras que la situación jurídica del otro médico se encontraba aún pendiente de resolución judicial.

que la prescripción de la acción penal es inadmisibile, inaplicable e incompatible cuando se trata de transgresiones graves a los derechos humanos en los términos del Derecho Internacional.¹⁶

Diversos estudios afirman que el “populismo punitivo”¹⁷ no ayuda a reducir la impunidad; por el contrario, este puede generar nuevos ciclos y pactos de impunidad, así como procesos de revictimización, en especial para grupos que se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad; un ejemplo de ello es la vulnerabilidad socioeconómica.¹⁸ Por esta razón, es importante insistir en que el establecimiento de sanciones penales o el endurecimiento de las penas sea la última opción para abordar problemas sociales estructurales como los que se encuentran en la raíz de las situaciones de violencia obstétrica y muerte materna.

1.2

El vínculo entre la impunidad y los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales

En el apartado anterior se exploraron diferentes acepciones en torno al concepto de impunidad. En este se analiza el vínculo entre la impunidad y los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales (DESCA).

Los DESCAs son aquellos derechos que buscan satisfacer las necesidades básicas de las personas. Para que sean efectivos, los Estados tienen la obligación de adoptar medidas legislativas, administrativas o de otra naturaleza que dispongan su pleno goce de manera paulatina y prevenir la adopción de medidas regresivas.¹⁹

De acuerdo con la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, los DESCAs son los derechos humanos relativos al lugar de trabajo, la seguridad social, la vida en familia, la participación en la vida cultural, el acceso

¹⁶ Corte IDH, Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador. Fondo, reparaciones y costas. Sentencia del 22 de noviembre de 2007. Serie C No. 171, párr. 111. Disponible en: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_171_esp.pdf

¹⁷ El populismo punitivo, de acuerdo con Jorge Carrillo Velázquez, es “un fenómeno de histeria social, debido a la existencia de hechos de impunidad que desemboca en la crisis de los sistemas procesales y/o de la aparición de casos mediáticos que exacerbaban la opinión pública, trayendo como consecuencia la ampliación y exageración de las penas para aparentar una reacción eficaz del Estado contra el delito”.

En ese sentido, el populismo punitivo no sólo se caracteriza por el aumento desproporcionado de penas, sino también por la instrumentalización del derecho penal como único remedio a los problemas sociales, creando delitos que podrían ser resueltos de forma más eficaz por otras disciplinas jurídicas. Véase Jorge Eduardo Carrillo Velázquez, “Concepto de Justicia y populismo punitivo”, *Hechos y Derechos*, IIJ-UNAM, Núm. 59, septiembre-octubre 2020. Disponible en: <https://revistas.juridicas.unam.mx/index.php/hechos-y-derechos/article/view/15103/16077>

¹⁸ Juan Antonio Le Clercq y Gerardo Rodríguez Sánchez Lara, *Índice Global de Impunidad 2020. Escalas de impunidad en el mundo*. Disponible en: <https://www.udlap.mx/cesij/files/indices-globales/O-IGI-2020-UD-LAP.pdf>. También puede verse Sofía Ramírez Aguilar, (coord.) María Amparo Casar, et al., *Los Mexicanos Frente a la Corrupción y a la Impunidad 2020. 17 ensayos sobre cómo padecemos y enfrentamos la corrupción en México... y 30 propuestas para resolver el entuerto*, Ciudad de México, 2020, pp. 10, 70 y 80. Disponible en: <https://contralacorrupcion.mx/los-mexicanos-frente-a-la-corrupcion-y-la-impunidad-2020/assets/pdf/los-mexicanos-frente-a-la-corrupcion-y-la-impunidad-2020.pdf>

¹⁹ Véase Comisión Nacional de Derechos Humanos, “Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales (DESCA)”. Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/programa/39/derechos-economicos-sociales-culturales-y-ambientales>

a la vivienda, la alimentación, el agua, la atención de la salud y la educación.²⁰ Se encuentran reconocidos tanto en la legislación nacional como en diversos instrumentos jurídicos internacionales que han sido ratificados por el Estado mexicano y, por lo tanto, son de cumplimiento obligatorio. Para el objetivo de este estudio, nos interesan, en particular:

- el derecho a la salud: se refiere al derecho a acceder a instalaciones, bienes y servicios adecuados relacionados con la salud, así como a condiciones laborales y ambientales saludables y a la protección contra enfermedades epidémicas.
- los derechos laborales: comprenden la libertad de elegir un trabajo, el derecho a percibir un salario digno, al disfrute del tiempo libre, a la seguridad y la higiene en el trabajo, a afiliarse a sindicatos y a la huelga.
- el derecho a la seguridad social y a la protección social: consiste en el derecho a la cobertura de la seguridad social y a los servicios de asistencia, así como el derecho a la adecuada protección en caso de desempleo, enfermedad, vejez o falta de medios de subsistencia en circunstancias que escapen al control de la persona.
- la protección de la familia y la asistencia a la misma: comprende los derechos a formar una familia, la protección de la maternidad, la paternidad, los hijos y las hijas.²¹

Es responsabilidad de los Estados establecer medidas eficaces para evitar la impunidad en cualquier violación de los DESCAs, así como asegurar que ninguna persona que pueda resultar responsable de violaciones a estos derechos quede sin sanción.²²

En la investigación *El impacto de la impunidad en los derechos económicos y sociales*, realizada por Luis Daniel Velázquez para Impunidad Cero, el autor analiza el impacto de la impunidad en el producto interno bruto (PIB) per cápita de las naciones.²³ Ello, a su vez, afecta el desarrollo y la garantía de otros derechos por parte del Estado, como la educación, la vivienda y el trabajo digno, entre otros. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (Comisión IDH), en la Resolución 1/17 “Derechos Humanos y lucha contra la impunidad y la corrupción”, del 12 de septiembre de 2017, observó que las consecuencias de la corrupción no solo afectan la legitimidad de los gobiernos y los derechos de las personas gobernadas, sino también al erario público. Asimismo, afirma que la lucha contra la impunidad es vital para garantizar el goce efectivo de los derechos humanos, en especial de los DESCAs, cuya efectividad

²⁰ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, *Preguntas frecuentes sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Folleto informativo N° 33*. Disponible en: <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/ESCR/FAQ%20on%20ESCR-sp.pdf>

²¹ Véase Comisión Nacional de Derechos Humanos, *¿Sabías que éstos también son tus derechos...? Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales (DESCA)*, CNDH, México, 2a. ed., 2019, pp. 6-7. Disponible en: <http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/cartilla-tus-Derechos-DESCA.pdf>

²² Véase, “Directrices de Maastricht sobre Violaciones a los Derechos Económicos, Sociales y Culturales”, p. 9. Disponible en: <https://revistas-colaboracion.juridicas.unam.mx/index.php/derechos-humanos-emx/article/view/24376/21832>

²³ Véase, Daniel Vázquez, “El impacto de la impunidad en los derechos económicos y sociales”, *Este país-Impunidad Cero*, octubre 2019. Disponible en: <https://www.impunidadcero.org/uploads/app/articulo/125/contenido/1570551204T12.pdf>

depende de las políticas y del presupuesto públicos.²⁴ Por ejemplo, en el derecho a la salud, la impunidad se presenta de forma sistémica a través de la burocratización de los procedimientos y las decisiones políticas,²⁵ lo cual repercute en la falta de inversión en instituciones de salud pública que cuenten con la infraestructura y el personal suficiente y capacitado para atender a la población.

1.3 El vínculo entre la impunidad y la violencia de género

Para la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, mejor conocida como Convención de Belém do Pará, se considera violencia contra las mujeres cualquier acción o conducta que, debido a su género, cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a una mujer, ya sea en el ámbito público o en el privado.²⁶

Debido a que la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) no se refiere de forma explícita al concepto de violencia de género, la Recomendación General N. 19 del Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer (Comité CEDAW) señala que la violencia contra las mujeres es una forma de discriminación que impide el goce de derechos en pie de igualdad con los hombres. De esta forma, el Comité incluye como parte de la Convención la noción de violencia contra la mujer a partir del concepto de discriminación:

(...) 7. La violencia contra la mujer, que menoscaba o anula el goce de sus derechos humanos y sus libertades fundamentales en virtud del derecho internacional o de los diversos convenios de derechos humanos, constituye discriminación, como la define el artículo 1 de la Convención. Esos derechos y libertades comprenden:

- a) El derecho a la vida;
- b) El derecho a no ser sometido a torturas o a tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes;
- c) El derecho a protección en condiciones de igualdad con arreglo a normas humanitarias en tiempo de conflicto armado internacional o interno;
- d) El derecho a la libertad y a la seguridad personales;
- e) El derecho a igualdad ante la ley;
- f) El derecho a igualdad en la familia;
- g) El derecho al más alto nivel posible de salud física y mental;
- h) El derecho a condiciones de empleo justas y favorables (...)²⁷

²⁴ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Resolución 1/17. Derechos Humanos y lucha contra la Impunidad y la Corrupción, 12 de septiembre de 2017, pp. 1 y 2. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/resolucion-1-17-es.pdf>

²⁵ Véase Luis Daniel Vázquez, *Impunidad y derechos humanos: ¿por dónde empezar la estrategia anti impunidad?*, IJ-UNAM, México, 2021, p. 261. Disponible en: <https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv/detalle-libro/6447-impunidad-y-derechos-humanos>

²⁶ Artículo 1º de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. Disponible en: <https://www.oas.org/es/mesecvi/docs/folleto-belemdopara-es-web.pdf>

²⁷ Comité CEDAW, Recomendación General No. 19, 11º periodo de sesiones (1992). Disponible en: https://tbineternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/1_Global/INT_CEDAW_GEC_3731_S.pdf

En el ámbito nacional, la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia define a la violencia de género como “cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público”.²⁸ La violencia que se desarrolla en espacios privados es toda aquella que sucede en los hogares y en el contexto de las relaciones familiares (matrimonio, concubinato, noviazgo, familia). Por su parte, la violencia que sucede en espacios públicos es la que se manifiesta en cualquier otro espacio fuera de los hogares y el contexto de las relaciones de pareja (laboral, docente, comunitario, institucional, entre otros).²⁹ En ambos escenarios, la violencia de género se puede manifestar de forma sexual, física, psicológica, patrimonial o económica.

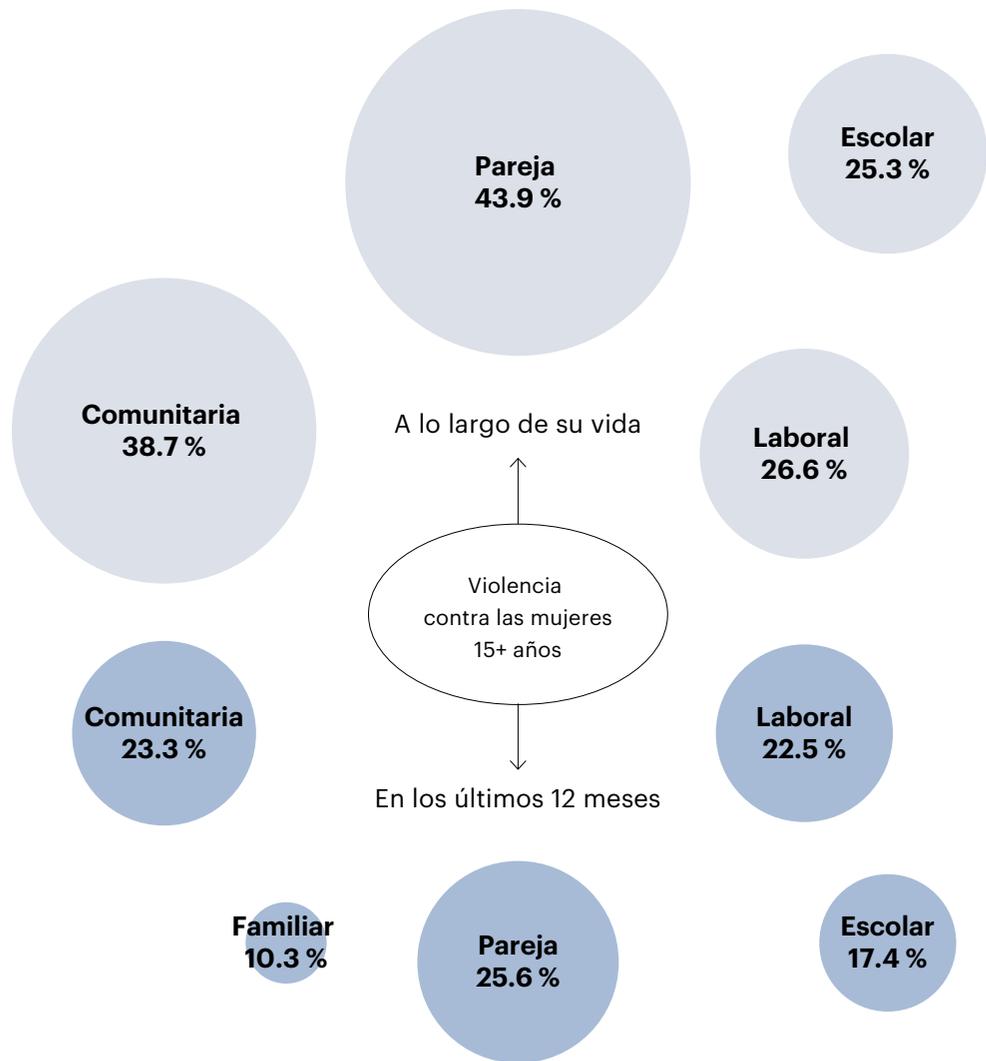
De acuerdo con la *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones de los Hogares (ENDIREH)* del año 2016, la violencia de género en México es sistémica, ya que 66.1 por ciento de las mujeres han sufrido a lo largo de su vida al menos algún incidente de violencia psicológica, económica, física, sexual o algún tipo de discriminación.³⁰ Dichas violencias tuvieron lugar en espacios escolares (25.3 por ciento), laborales (26.6 por ciento), comunitarios (38.7 por ciento), familiares (10.3 por ciento) así como en sus relaciones de pareja (43.9 por ciento).³¹

²⁸ Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, Artículo 5 fracción IV. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209278/Ley_General_de_Acceso_de_las_Mujeres_a_una_Vida_Libre_de_Violencia.pdf

²⁹ Véase Equis Justicia para las Mujeres, “Violencia contra las mujeres e impunidad: ¿más allá del punitivismo?”, diciembre 2019, p. 9. Disponible en: https://equis.org.mx/wp-content/uploads/2020/05/Informe_Impunidad_Y_Violencia.pdf

³⁰ INEGI, *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016*. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2016/doc/endireh2016_presentacion_ejecutiva.pdf

³¹ Impunidad Cero, “Sistemática e impune: la violencia de género en gráficas”, *Este País*, mayo 2009, p. 45. Disponible en: <https://www.impunidadcero.org/uploads/app/articulo/110/contenido/1557508933Y33.pdf>



Fuente: INEGI, ENDIREH 2016

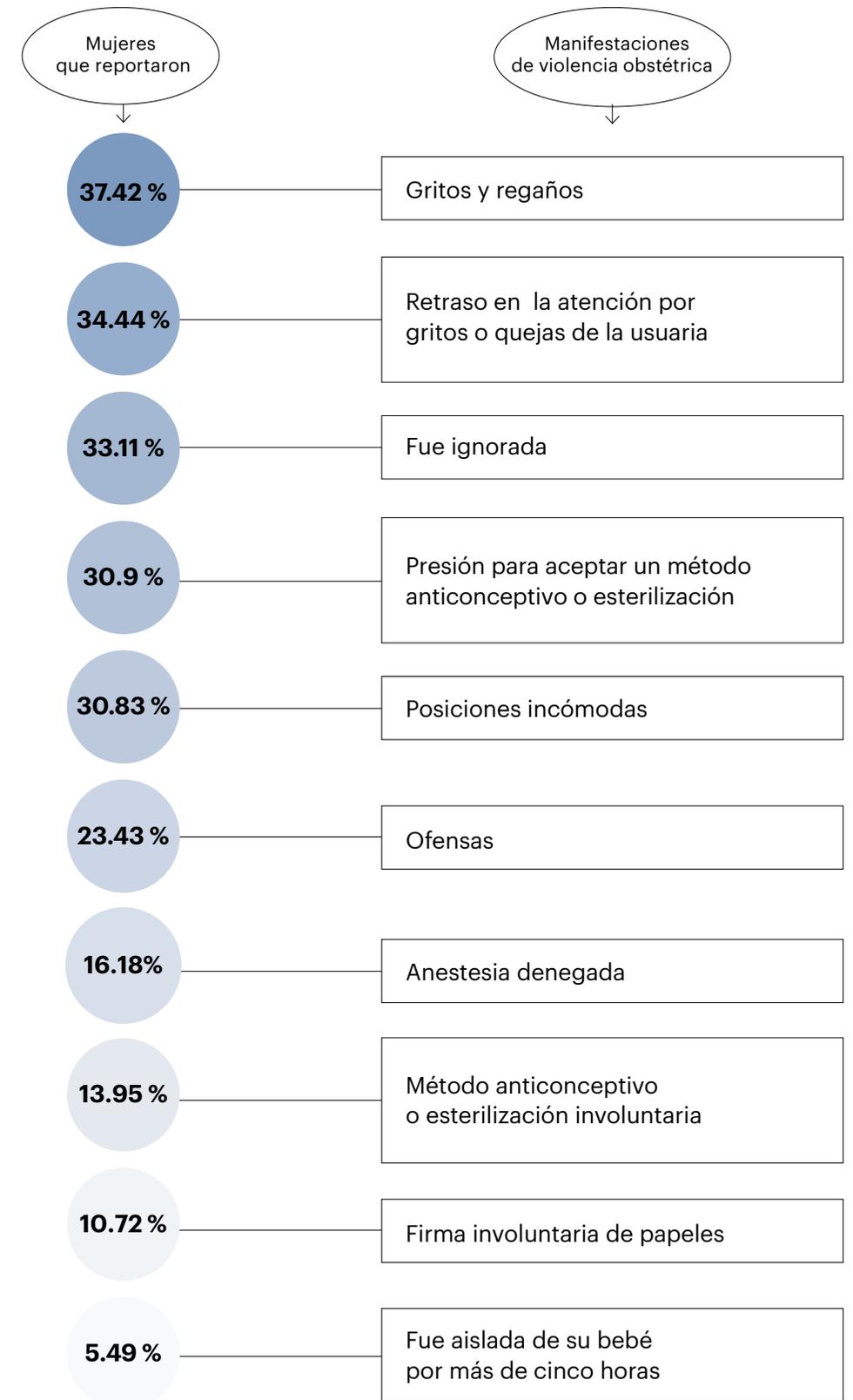
En 2016, la **ENDIREH** incorporó por primera vez preguntas dirigidas a evaluar aspectos de la experiencia de las mujeres durante su último parto. De acuerdo con la encuesta, de 8.7 millones de mujeres que tuvieron al menos un parto entre 2011 y 2016 en México, 33.4 por ciento refirieron haber sufrido maltrato por parte de quienes las atendieron.³²

En el ámbito de la atención obstétrica, los datos reflejados por la **ENDIREH** 2016, así como por investigaciones previas, indican que estamos frente a un problema de violaciones de los derechos humanos de las mujeres y las personas con capacidad de gestar en el espacio de los servicios de salud, y no de una situación excepcional o esporádica.³³

³² **ENDIREH** 2016. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2016/doc/endireh2016_presentacion_ejecutiva.pdf

³³ **GIRE**, *La pieza faltante. Justicia Reproductiva*, 2018, pp. 87-141 y **GIRE**, *El camino hacia la justicia reproductiva: Una década de avances y pendientes*, 2021. Disponibles en: <https://gire.org.mx/tipo/informes/>

Mujeres que reportaron sufrir al menos un tipo de violencia obstétrica en México 2016



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

Además de la naturaleza sistémica de las violencias, la impunidad —al enviar un mensaje que normaliza dichas violencias y violaciones de derechos humanos— también tiene un patrón sistémico y estructural que se traduce en obstáculos al acceso a la justicia. Este fenómeno comienza con la indiferencia de las autoridades ante las denuncias de violencia en el ámbito familiar. Por ejemplo, en el caso *María da Penha Maia Fernandes*,³⁴ la Comisión IDH señaló que el Estado brasileño, al actuar sin la debida diligencia, perpetuó la impunidad; consideró que no solo se violó la obligación de procesar y condenar, sino también la de prevenir tales prácticas degradantes. Esa ineffectividad judicial, general y discriminatoria, contribuye a facilitar el ejercicio de la violencia en espacios privados.

Con relación a la violencia obstétrica y, en específico, al consentimiento informado en procesos de esterilización o métodos anticonceptivos permanentes, en el caso *I. V. vs. Bolivia*,³⁵ la Corte IDH estableció la responsabilidad del Estado de Bolivia por la ligadura de las trompas de Falopio (método anticonceptivo definitivo) a la que fue sometida la señora I. V. en un hospital público, sin su consentimiento informado.

En este caso, la Corte IDH reiteró que

la ineficacia judicial frente a casos individuales de violencia contra las mujeres propicia un ambiente de impunidad que facilita y promueve la repetición de los hechos de violencia en general y envía un mensaje según el cual la violencia contra las mujeres puede ser tolerada y aceptada, lo que favorece su perpetuación y la aceptación social del fenómeno, el sentimiento y la sensación de inseguridad de las mujeres, así como una persistente desconfianza de estas en el sistema de administración de justicia. Dicha ineficacia o indiferencia constituye, en sí misma, una discriminación de la mujer en el acceso a la justicia.³⁶

³⁴ El 20 de agosto de 1998, la Comisión IDH recibió la denuncia de María da Penha Maia Fernandes, en la que alegó la tolerancia y negligencia ante las denuncias presentadas por la violencia física ejercida por su entonces esposo, que culminó en una tentativa de homicidio. Producto de dicha agresión, María padece paraplejía irreversible y otras dolencias desde el año 1983. Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe No. 54/01, Caso 12.051, *María Da Penha Maia Fernandes vs. Brasil*, 16 de octubre de 2001. Disponible en: <https://www.cidh.oas.org/annualrep/2000sp/CapituloIII/Fondo/Brasil12.051.htm>

³⁵ Por solicitud expresa de la víctima, se mantiene la confidencialidad de su nombre y se utilizan las siglas I.V. para referirse a la misma. La sobreviviente del caso fue sometida a una cesárea en el Hospital de la Mujer de La Paz, en julio de 2000. Después del nacimiento de su hija, se le practicó una ligadura de las trompas de Falopio, sin haber sido consultada de manera previa y de forma libre, plena e informada en relación con este procedimiento de esterilización.

³⁶ Véase Corte IDH, *Caso I. V. vs. Bolivia*, excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas. Sentencia del 30 de noviembre de 2016, párr. 317 (el resaltado es nuestro). Disponible en: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_329_esp.pdf

Otra característica de la impunidad en los casos de violencia de género es su relación con la discriminación. En el caso *González y otras vs. México (Campo Algodonero)*, la Corte IDH observó que la impunidad se encontraba relacionada con la discriminación hacia las mujeres, pues confirma que la violencia y la discriminación son aceptables.³⁷ En ese mismo orden de ideas, la Corte IDH señaló que el deber de investigar es una obligación de medio y no de resultado, que debe cumplirse de forma diligente para evitar la impunidad y la repetición de este tipo de hechos, debido a que la impunidad fomenta la repetición de violaciones de derechos humanos.³⁸

Sumado a lo anterior, el hecho de que exista impunidad en cualquiera de los canales habilitados por el Estado para el acceso a la justicia promueve escenarios de violencia institucional. En el caso *V. R. P., V. P. C. y otros vs. Nicaragua*, la Corte IDH, con base en la definición de violencia contra la mujer de la Convención de Belém do Pará, consideró que, al tolerar o realizar cualquier conducta relacionada con el género que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual y psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado, los Estados pueden convertirse en segundos agresores.³⁹

La violencia institucional se refiere a la violación de derechos por parte de personas funcionarias pertenecientes a las fuerzas de seguridad, las fuerzas armadas, los servicios penitenciarios y los establecimientos de salud en contextos de restricción de la autonomía y/o la libertad (detención, encierro, custodia, guarda, internación, etc.) practicada de forma estructurada.⁴⁰ Si bien este tipo de violencia vulnera los derechos de todas las personas, se pone énfasis en los casos que afectan de forma directa y particular a las mujeres y disidencias sexogéneras. Ello debido a que estas lógicas discriminatorias encarnan criterios que delimitan la pertenencia a la sociedad; es decir, establecen un “nosotros” en contraposición a un “otros”. De esta manera, establecen prejuicios que se traducen en transgresiones sistemáticas cuyo origen se encuentra en el propio accionar público.⁴¹

³⁷ Corte IDH, *Caso González y otras (“Campo Algodonero”) vs. México*. *op. cit.*, párr. 166.

³⁸ *Cfr. Ibid.*, párr. 289.

³⁹ Corte IDH, *Caso V. R. P., V. P. C. y otros vs. México*. Excepción preliminar, fondo, reparaciones y costas. Sentencia del 8 de marzo de 2018. Serie C No. 350, párr. 297. Disponible en: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_350_esp.pdf

⁴⁰ Véase Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Secretaría de Derechos Humanos, *Los derechos humanos frente a la violencia institucional*, Ministerio de Educación de la Argentina, p. 6. Disponible en: <http://www.bnm.me.gov.ar/giga1/documentos/EL005061.pdf>

⁴¹ *Ibid.*, p 16.



1.4

El vínculo entre la impunidad y la justicia reproductiva

Como ya se estableció en apartados anteriores, además de constituir un fenómeno que no se limita a la ausencia de sanciones ante un delito, la impunidad se identifica como un problema tanto jurídico como político-institucional, de hecho y de derecho, cuyas consecuencias tienen un carácter multifactorial.⁴² Cuando se produce una violación de derechos humanos, las personas que la han sufrido tienen derecho a que se investigue la violación, se sancione a las personas responsables y se repare el daño de manera integral.

GIRE entiende por justicia reproductiva el conjunto de factores sociales, políticos y económicos que permiten a las mujeres y a otras personas con capacidad de gestar tener el poder y la autodeterminación sobre su destino reproductivo. Para ello es indispensable garantizar sus derechos humanos tomando en cuenta la discriminación y las desigualdades estructurales que afectan su salud, sus derechos y el control de su vida. Incluye también la obligación del Estado de generar las condiciones óptimas para la toma de decisiones.

En la actualidad, hablar de derechos reproductivos y de la libertad de reproducirse o no resulta insuficiente. Este discurso se limita a una visión jurídica e individual de los derechos, sin profundizar en otras barreras a las que ciertas poblaciones se enfrentan para su acceso efectivo. Por ello, se alude a la justicia reproductiva como un marco de referencia más amplio e inclusivo que contempla formas de discriminación cruzadas, además de aquella relacionada con el sexo o el género de las personas, tales como el racismo, el capacitismo, la lgbt-fobia y la xenofobia, entre otras.

La concepción de la justicia reproductiva⁴³ va más allá de los derechos reproductivos. La justicia reproductiva vincula los derechos reproductivos con las desigualdades sociales, políticas y económicas que afectan el acceso a los servicios de salud reproductiva por parte de las personas, así como la garantía de sus derechos reproductivos. Es decir, toma en cuenta todo lo relativo a la autonomía de las mujeres y personas con capacidad de gestar frente a la vida reproductiva.

⁴² Le Clercq, "México en la medición de la impunidad del Índice Global de Impunidad 2020", *op. cit.*, y Le Clercq, "La relación impunidad-desigualdad en México", *op. cit.*, pp. 237-252.

⁴³ El concepto de justicia reproductiva fue propuesto por colectivos de mujeres negras en Estados Unidos. Para ellas, los derechos reproductivos se enfocaban en reconocer la privacidad, la autonomía y el aborto, pero no se reconocía la problemática de las personas inmigrantes y las mujeres negras. Esta coalición conecta los derechos reproductivos con otros temas de justicia social, como la justicia económica, la educación, los derechos de las personas inmigrantes, la justicia ambiental, los derechos sexuales y la globalización. Véase, por ejemplo: Loretta Ross, "Understanding reproductive justice: Transforming the Pro-Choice Movement, off our backs", vol. 36, núm. 4, 2006. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/420838687> y Loretta Ross y Rickie Solinger, "A reproductive justice history", en *Reproductive Justice. An introduction*, Berkeley: University of California Press, 2017, p. 54 y siguientes.

En México, las personas que padecen mayor opresión social en su vida cotidiana a causa de sus identidades interseccionales —ser indígena o afrodescendiente, tener una discapacidad, ser migrante, habitar en una comunidad rural o vivir en situación de pobreza, por ejemplo— también enfrentan mayores obstáculos para decidir de manera autónoma sobre su vida reproductiva. Esto significa que, a menudo, estos grupos poblacionales enfrentan mayores dificultades para acceder a la atención de sus necesidades reproductivas debido a factores como la educación, la condición socioeconómica, la ubicación geográfica, las barreras del idioma, entre otros.

De regreso al fenómeno de la impunidad, en México, la falta de acceso a la justicia se traduce en un patrón de impunidad sistémica. Si bien hay estudios que muestran que no existe una relación entre el tamaño de la economía, la riqueza o la pobreza de los estados y la impunidad, también ponen de manifiesto que la desigualdad socioeconómica se relaciona con menores niveles de cumplimiento de la ley y castigo a las personas responsables de infringirla.⁴⁴ A pesar de la dificultad de establecer una relación lineal entre ambos factores —impunidad y desigualdad socioeconómica— la desigualdad favorece la no rendición de cuentas por parte de las autoridades, lo cual, a su vez, limita la capacidad de la ciudadanía para exigir el acceso a bienes públicos, como la justicia, a través de las instituciones formales, o bien, la protección de sus derechos humanos.⁴⁵ Así, la impunidad encuentra un espacio adecuado para su reproducción en aquellas entidades o regiones que presentan altos niveles de desigualdad socioeconómica. Si bien, en términos generales, la impunidad afecta la calidad de vida de todas las personas, aumenta en mayor medida la vulnerabilidad de aquellas que se encuentran en situaciones de marginación y pobreza.⁴⁶ En este sentido, México está dentro del 25 por ciento de los países con niveles más altos de desigualdad en el mundo.⁴⁷

44 Algunas investigaciones señalan que en los estados donde hay mayor movilidad social la procuración de justicia es más efectiva. Véase, por ejemplo, Arturo Ramírez y Roberto Durán, “Presupuesto Estatal para el combate a la impunidad: Cuánto gastan los estados y qué impacto tiene en la seguridad y la justicia”, 2021. Disponible en: <https://www.impunidadcero.org/uploads/app/articulo/157/contenido/1632842893Y53.pdf>

45 Le Clerq, “La relación impunidad-desigualdad en México”, *op. cit.*, p. 237.

46 Le Clerq, *IGI 2020*, *op. cit.*, p. 37 y Le Clerq, “La relación impunidad-desigualdad en México”, *op. cit.*, p. 237.

47 Gerardo Esquivel Hernández, *Desigualdad Extrema en México. Concentración del Poder Económico y Político*, OXFAM. Disponible en: https://www.oxfamMexico.org/sites/default/files/desigualdadextrema_informe.pdf

De acuerdo con el *Índice Global de Impunidad 2020 (IGI 2020)*, México destaca por ser uno de los países con niveles de impunidad más altos, al ocupar el lugar 60 de los 69 países donde fue posible medirla, con 49.66 puntos de 100.⁴⁸ Este estudio global refleja tanto la fragilidad de las instituciones de justicia del país, como su falta de capacidades y sus problemas de funcionamiento. En la evaluación de las capacidades que involucran la estructura⁴⁹ del sistema de justicia, México se ubica en la posición 60, y cae a la posición 63 cuando se analiza su funcionamiento.⁵⁰ Un ejemplo de la debilidad estructural del sistema de justicia en México es que la cantidad de personas juzgadoras es cuatro veces menor (2.17 jueces para atender a cada 100 mil habitantes) que en el resto del mundo, donde el promedio global es de 17.83 personas juzgadoras por cada 100 mil habitantes.⁵¹ Es poco probable que un aparato de justicia débil y sin recursos humanos, técnicos y científicos pueda ofrecer una respuesta óptima para garantizar el acceso a la justicia.

Aunado a esto, nuestro país atraviesa una situación grave y compleja de violaciones sistemáticas de los derechos humanos, lo cual se traduce en la existencia de impunidad y falta de acceso a la justicia, que afecta de manera particular a las mujeres.⁵² En México, el sistema de justicia permite la impunidad de quienes infringen la ley y tienen los medios para pagar una buena defensa, al tiempo que condena a las mujeres en situación de mayor marginación a pasar años de su vida en prisión. Aunado a un sistema de justicia débil, el sistema de salud también es deficiente y desigual y permite que las niñas, adolescentes y mujeres vivan situaciones de violencia y muerte prevenible de forma cotidiana.

Para reducir la impunidad, es necesario fortalecer las capacidades de las instituciones de justicia y vincularlas a procesos de rendición de cuentas. Sin embargo, en los hechos, tanto a nivel federal como estatal, la tendencia es engrosar los códigos penales y exigir penas más fuertes y prisión preventiva oficiosa como una supuesta solución a la crisis de seguridad y violencia que sufre el país.

48 Los lugares con un menor índice de impunidad los ocupan Eslovenia (20.26 puntos) y Croacia (20.46 puntos) y los países con los índices más altos de impunidad son Honduras (59.69 puntos) y Tailandia (62.82 puntos), *IGI 2020*, *op.cit.* p. 54.

49 La dimensión estructural se refiere a las capacidades instaladas del Estado para procurar e impartir justicia acorde a las reglas del proceso; como una medida del compromiso de los Estados para combatir la impunidad.

50 La dimensión funcional nos habla de los resultados sociales que, de hecho, arrojan el funcionamiento y acomodo institucional de cada país. Es decir, mide el desempeño de las instituciones de procuración e impartición de justicia, de justicia con independencia de su marco normativo.

51 Le Clercq y Rodríguez Sánchez Lara, *Índice Global de Impunidad México 2018. La impunidad subnacional en México y sus dimensiones (IGI-MEX 2018)*, UDLAP-Centro de Estudios de Impunidad y Justicia, 2018, p. 7. Disponible en: https://www.udlap.mx/cesij/files/indices-globales/7-IGIMEX_2018_ESP-UDLAP.pdf Y Le Clercq y Rodríguez Sánchez Lara, *Índice Global de Impunidad 2020*, *op. cit.*, p. 14.

52 *ENDIREH 2016*.



2. La situación de la violencia obstétrica y la muerte materna en México

La violencia obstétrica es una forma específica de violencia contra las mujeres y otras personas con capacidad de gestar que constituye una violación de derechos humanos.

Esta violencia se genera en el ámbito de la atención obstétrica en los servicios de salud públicos y privados, y consiste en cualquier acción u omisión por parte del personal del Sistema Nacional de Salud que cause un daño físico o psicológico durante el embarazo, parto y puerperio, que se exprese en la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, un trato cruel, inhumano o degradante, o un abuso de medicalización, menoscabando la capacidad de decidir de manera libre e informada sobre dichos procesos reproductivos.⁵³

Por su parte, la muerte materna es aquella que ocurre durante el embarazo, parto o puerperio por cualquier causa relacionada o agravada por estas condiciones o su manejo, a excepción de las causas accidentales.⁵⁴ Su carácter estructural y prevenible convierte a la muerte materna en una violación de derechos humanos que es responsabilidad del Estado.

La violencia obstétrica y las muertes maternas prevenibles en México guardan una estrecha relación con las deficiencias estructurales que aquejan al Sistema Nacional de Salud y que constituyen un obstáculo para la atención médica de las mujeres y personas con capacidad de gestar durante el embarazo, parto y puerperio.⁵⁵ Las deficiencias en la atención de la salud obstétrica tienen efectos diferenciados en ciertas poblaciones, sobre todo en el caso de poblaciones indígenas, personas con discapacidad y personas con rezago social y económico. Por este motivo, no solo constituyen un asunto de igualdad de género y derechos humanos, sino de justicia reproductiva.⁵⁶

⁵³ GIRE, *Violencia obstétrica: Un enfoque de derechos humanos*, 2015. Disponible en: <https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2019/11/informeviolenciaobstetrica2015.pdf>

⁵⁴ 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 mujeres que mueren durante el embarazo, parto o puerperio por cada cien mil nacimientos con vida en un año.

⁵⁵ Sobre las deficiencias en el Sistema Nacional de Salud, véase GIRE, *El camino hacia la justicia reproductiva: Una década de avances y pendientes*, 2021, pp. 105, 106 y 173. Disponible en: https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2021/11/GIRE_INFORME_2021.pdf

⁵⁶ GIRE, *La pieza faltante*, op. cit., pp. 116 y 117.

Millones de mujeres y personas con capacidad de gestar en México experimentan violencia obstétrica. Como ya se mencionó, de acuerdo con la ENDIREH 2016, una tercera parte de las mujeres que parieron entre 2011 y 2016 en México sufrió maltrato por parte del personal de salud. Además de poner en evidencia que estamos frente a un problema de violaciones de derechos humanos en el ámbito de los servicios de salud y no de una situación excepcional, los datos de esta encuesta también muestran variaciones importantes, tanto en el perfil de las personas que la enfrentan como en su distribución geográfica.⁵⁷

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

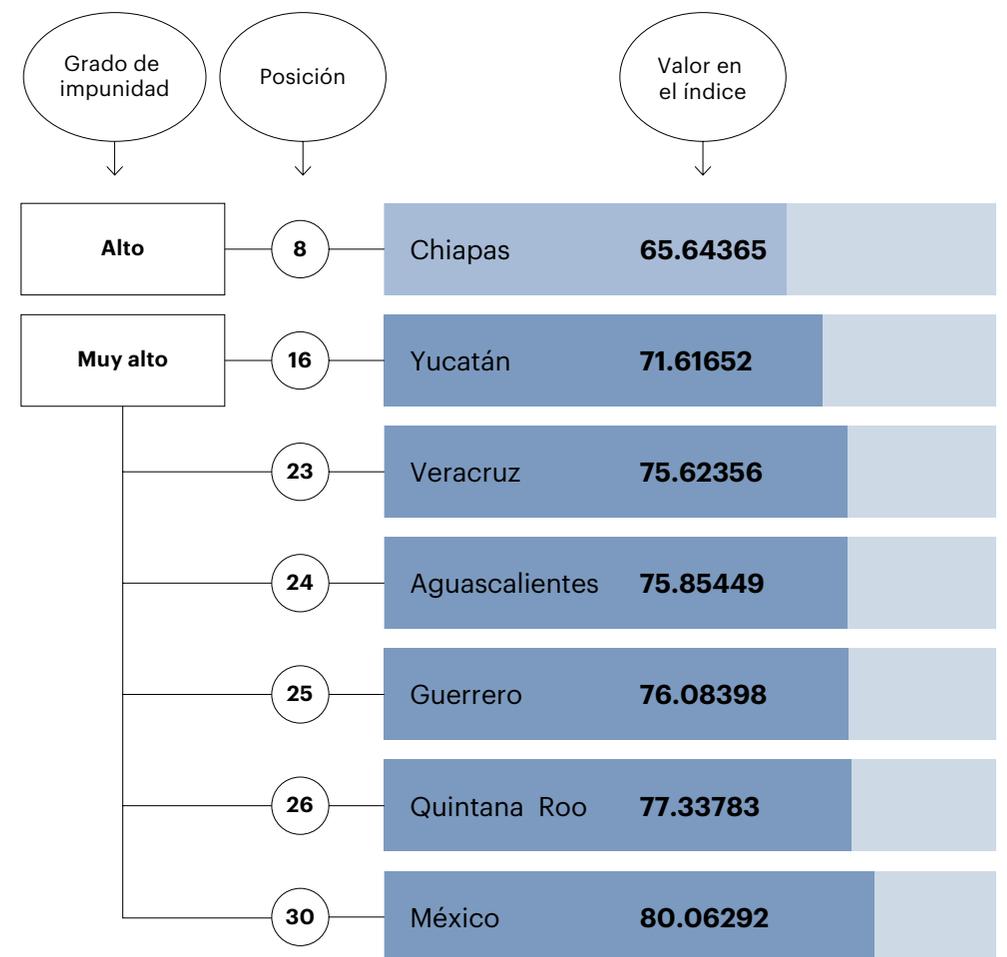
La incidencia de casos de violencia obstétrica y muerte materna guarda una estrecha relación con un contexto específico caracterizado por problemas estructurales. Se trata de un país desbordado por la demanda de servicios sanitarios, en el que la inversión en salud es insuficiente y el sistema de justicia es débil y se encuentra rebasado. Ambos fenómenos —la violencia obstétrica y la muerte materna— deberían atenderse a través de la implementación de medidas estructurales dirigidas a resolver la falta de personal médico y su consecuente sobrecarga laboral, así como la insuficiencia de insumos y de infraestructura adecuada. Asimismo, es necesario ubicar las unidades médicas en lugares más accesibles y atender la necesidad de transformar las actitudes, los prejuicios y las rutinas dañinas que forman parte de la dinámica en la que se capacita y educa al personal de salud.

El impacto de las fallas estructurales de los sistemas de salud en las mujeres y personas con capacidad de gestar provenientes de comunidades indígenas o de zonas rurales alejadas y marginadas es de particular importancia. Con frecuencia, dichas personas deben recorrer largos trayectos a centros de salud que se encuentran en malas condiciones, no cuentan con personal médico de base ni con personas intérpretes de lenguas indígenas y donde, además, suelen enfrentar actitudes discriminatorias por parte del personal de salud.

57 GIRE, *La pieza faltante*, op. cit. pp. 84–89 y GIRE, *El camino hacia la justicia reproductiva*, op. cit., pp. 83–152.

Como se adelantó, el derecho penal no constituye una vía para solucionar problemas sociales. Pese a ello, hasta el momento, los códigos penales de los estados de Aguascalientes, Chiapas, México, Guerrero, Quintana Roo, Yucatán y Veracruz han tipificado la violencia obstétrica⁵⁸ como una “medida de solución”.⁵⁹ Llama la atención que, de acuerdo con el IGI-MEX 2018, los estados de Yucatán, Veracruz, Aguascalientes, Guerrero, Quintana Roo y México forman parte de las entidades con índices de impunidad muy altos; mientras que el grado de impunidad de Chiapas es alto. Por otra parte, de las 32 entidades federativas, solo Campeche fue evaluado con un bajo índice de impunidad y la Ciudad de México con un grado de impunidad medio.⁶⁰ Estos datos permiten suponer que los casos de violencia obstétrica que sí se denuncian en estos estados quedan impunes desde el punto de vista penal.

Entidades con mayor índice de impunidad



Fuente: Elaboración propia con datos del IGI-MEX 2018.

58 En el segundo capítulo se analizan con más detalle las descripciones penales.

59 Sobre la fecha en que fueron reformados los códigos penales en estas entidades federativas, se sugiere ver: GIRE, *El camino hacia la justicia reproductiva*, op. cit., p. 113.

60 IGI-MEX 2018, op. cit., p. 40.

La ausencia de determinación de responsabilidades y de reparación integral a las víctimas promueve un contexto institucional en el que las violaciones de derechos humanos se reproducen sin ningún tipo de contrapeso, lo cual, a la vez, incentiva su repetición sistemática. Revertir esta tendencia es uno de los desafíos del Estado mexicano.

Es importante reiterar que **dar solución a la falta de recursos humanos, físicos y presupuestales no va a reducir el fenómeno de la impunidad vinculado con la violencia obstétrica y la muerte materna. También es necesario atender la falta de capital humano calificado que, en muchas ocasiones, constituye un obstáculo para la debida implementación del marco normativo y las políticas públicas.**

2.1 Algunas manifestaciones de la violencia obstétrica

La práctica de cesáreas injustificadas es una de las expresiones de la violencia obstétrica. En el caso de México, el alto porcentaje de cesáreas que se realizan resulta preocupante. De acuerdo con datos de la **ENDIREH 2016**, 42.8 por ciento de las mujeres encuestadas informaron que el nacimiento de su último hijo o hija fue por cesárea. De ellas, 10.3 por ciento mencionó no haber sido informada de la razón para la cesárea y 9.7 por ciento afirmó que no le pidieron autorización para realizarla. En el año 2017 hubo 2,064,507 nacimientos, de los cuales 45.5 por ciento fueron por cesárea.⁶¹ Estas cifras tan elevadas sugieren la prevalencia de cesáreas injustificadas en el país.

Otra manifestación frecuente de la violencia obstétrica es la imposición de algún método anticonceptivo —temporal o permanente— sin un consentimiento previo, libre e informado. La **ENDIREH 2016** reportó que 13.95 por ciento de las mujeres que sufrieron algún tipo de violencia obstétrica informaron que les colocaron algún método anticonceptivo o las operaron o esterilizaron de forma permanente sin su consentimiento.

Por otra parte, las personas con discapacidad suelen enfrentar mayores obstáculos para acceder a servicios de salud reproductiva. La violencia obstétrica hacia mujeres con discapacidad intelectual y psicosocial es frecuente; en muchas ocasiones, incluso son forzadas a interrumpir sus embarazos —por ser consideradas incapaces para ser madres—, obligadas a utilizar algún método de anticoncepción temporal o permanente y sometidas de manera desproporcionada a procedimientos de esterilización forzada.⁶² A esta situación se suman las normas incluidas en el marco jurídico nacional, como la **NOM-005-SSA2-1993**, “De los servicios de planificación familiar”, que refiere el “retraso mental” como una indicación para practicar un método de

⁶¹ **GIRE**, *El camino hacia la justicia reproductiva*, op. cit., p. 118

⁶² Colectivo Chuhcán A.C., DRI, Equis, **GIRE**, Transversal y Redim, *Informe alternativo ante el Comité de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad 2014-2019*, 2019. Disponible en: https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CRPD/Shared%20Documents/MEX/INT_CRPD_ICO_MEX_35705_S.pdf. Naciones Unidas, *Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, La salud y los derechos en materia sexual y reproductiva de las niñas y las jóvenes con discapacidad*, A/72/133, (14 de julio de 2017), párr. 29. Disponible en: <https://www.refworld.org/es/pdfid/59b6de1c4.pdf>.

esterilización permanente conocido como oclusión tubaria bilateral (**OTB**).⁶³ Afirmar que las discapacidades intelectuales o psicosociales son un “indicador” para la esterilización supone que las mujeres con discapacidad no deben reproducirse, lo cual es claramente contrario a la Constitución y a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

El 26 de mayo de 2021, la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (**SCJN**) resolvió el caso de Sonia, acompañado por **GIRE**.⁶⁴ La **SCJN** concluyó que Sonia fue víctima de una esterilización no consentida como una forma de tortura, y fue víctima también de violencia de género, violencia obstétrica y de tratos crueles, inhumanos y degradantes. La Corte señaló que ni Sonia ni sus familiares dieron su consentimiento libre, pleno e informado para que se le practicara una **OTB** y, por ello, se vulneraron sus derechos a la salud, a la integridad personal, a la libertad y la autonomía reproductivas, a determinar su proyecto de vida, a tener una vida libre de violencia y a recibir información relativa al acceso a los servicios de salud reproductiva.

Este caso constituye un precedente importante para el acceso a la justicia reproductiva, pues no solo ejemplifica la posibilidad de juzgar con perspectiva de género, sino la relevancia de buscar vías alternas para la defensa de los derechos reproductivos.

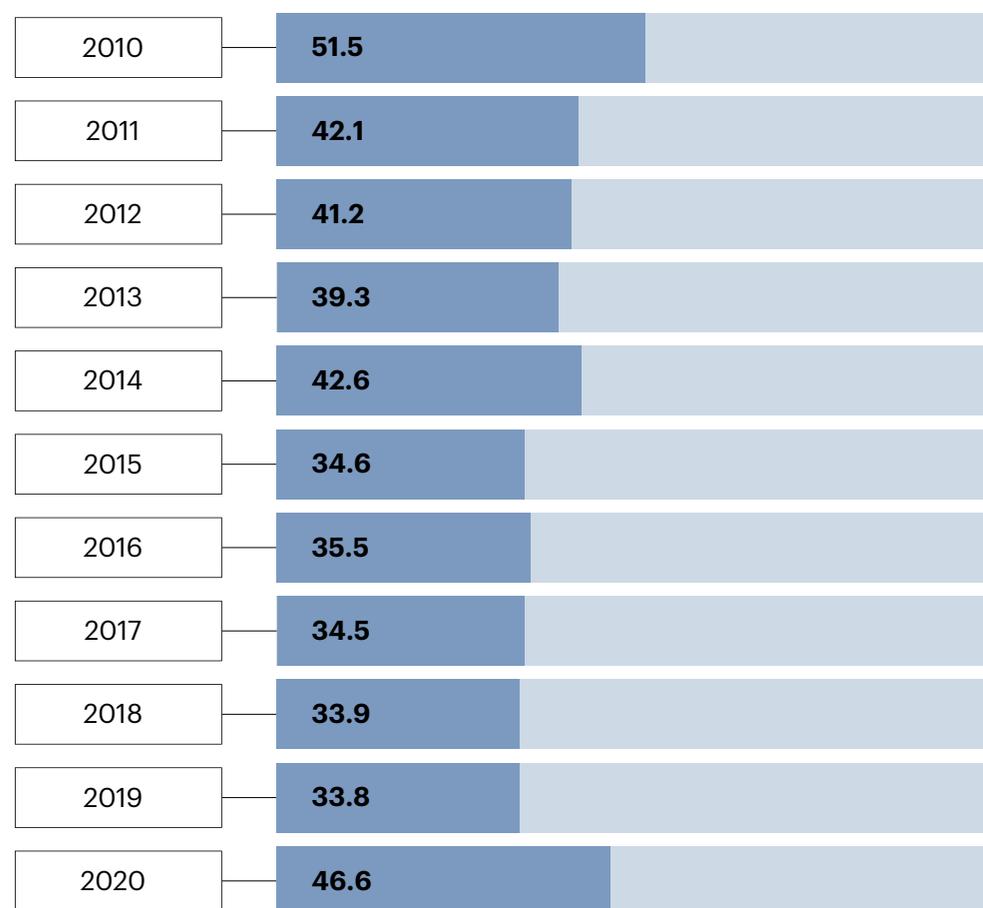
⁶³ La oclusión tubaria bilateral (**OTB**) o salpingoclasia es un método anticonceptivo, permanente o definitivo, que se realiza en las mujeres después del parto, aborto, cesárea o en cualquier momento en el que la mujer decida ya no embarazarse. Véase Salud en Línea, Planificación Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/planificacion-familiar/occlusion-tubaria-bilateral>.

⁶⁴ Este caso fue acompañado por **GIRE** y se refiere a la serie de violencias que vivió Sonia por parte del personal de salud de la Unidad Médica Familiar (**UMF**) 33 del IMSS durante su parto. El caso se encuentra explicado a detalle en el apartado dedicado a los análisis de casos.

2.2 La muerte materna en México

Los altos niveles de muertes maternas en México son motivo de preocupación.⁶⁵ En el año 2000, México se comprometió con los Objetivos de Desarrollo del Milenio a reducir la razón de muerte materna (RMM) nacional a 22.3 para el año 2015. A pesar de que en la primera mitad de la década pasada hubo una disminución de la RMM nacional, para 2015 la cifra fue de 34.6, lejos de lograr el objetivo establecido. Hacia finales de la década (2018), la incidencia de muerte materna fue de 33.9, una cifra muy semejante a la de 2015.⁶⁶

Razón de muerte materna nacional 2010 – 2020



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

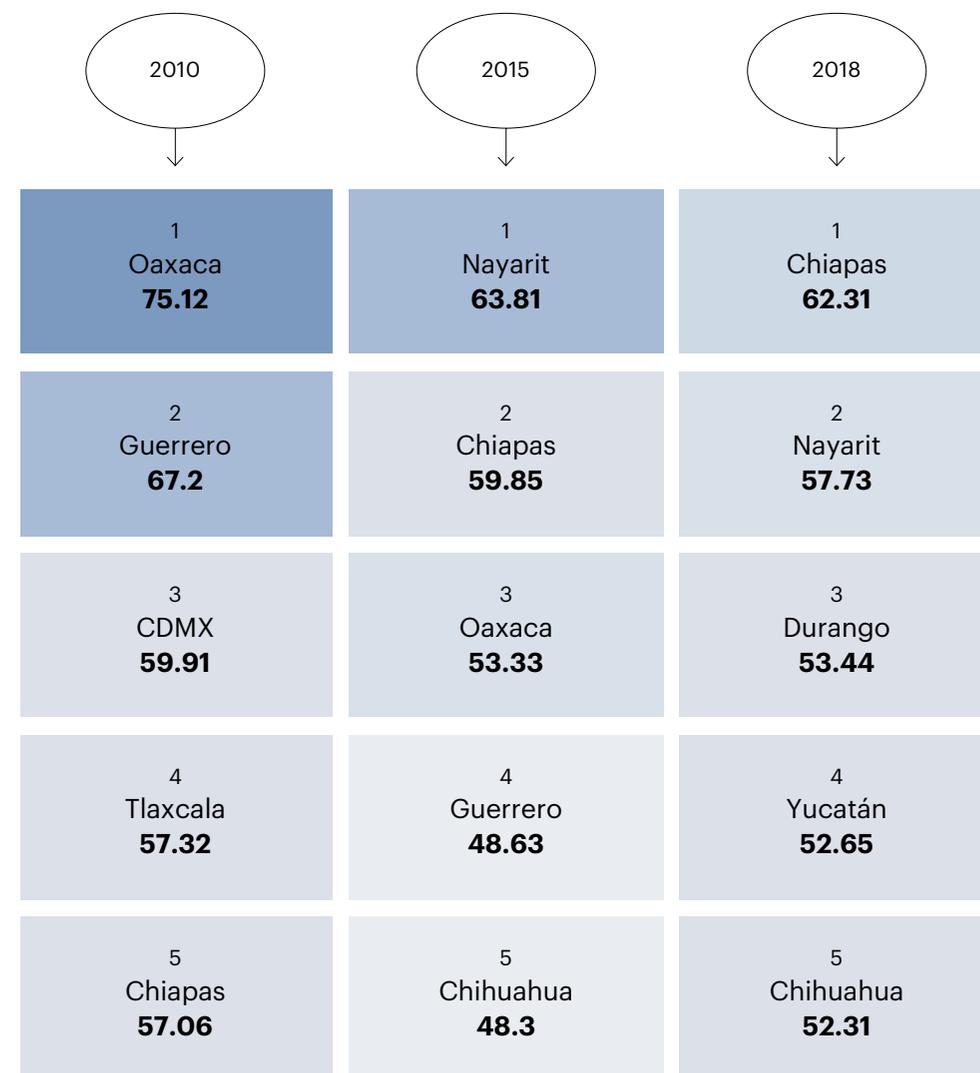
⁶⁵ En el ámbito internacional, la muerte materna —máxima expresión de la violencia obstétrica— se mide a través de la razón de muerte materna (RMM), que indica cuántas mujeres mueren por causas prevenibles relacionadas con un proceso obstétrico por cada 100 mil nacimientos con vida.

⁶⁶ GIRE, *El camino hacia la justicia reproductiva*, op. cit., p. 175.

Resulta aún más preocupante que, en 2020, la RMM repuntara a 46.6 defunciones por cada 100 mil nacimientos estimados. Este incremento aleja todavía más al Estado mexicano del compromiso, derivado de la Declaración de Nairobi, de lograr cero muertes maternas prevenibles en 2030.⁶⁷

En los últimos diez años, Oaxaca, Guerrero, Nayarit y Chiapas han ocupado los primeros lugares en cuanto a RMM. Es importante tomar en cuenta que los índices de rezago social de estas entidades son muy altos y que un gran porcentaje de su población está conformado por personas indígenas. Este dato es una muestra de que la muerte materna tiene efectos diferenciados en ciertas poblaciones, entre ellas, la población de origen indígena.

Entidades con más alta razón de muerte materna



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

⁶⁷ *Ibid.*

El aumento de muertes maternas en México durante la pandemia ha acentuado las grandes desigualdades persistentes en el país. Es posible que a los problemas derivados de las fallas estructurales del Sistema Nacional de Salud se hayan sumado efectos relacionados con la pandemia de Covid-19. A través de la publicación de los Informes Semanales para la Vigilancia Epidemiológica de Muertes Maternas, ha sido posible advertir el notable incremento en la **RMM** durante la pandemia, con la Covid-19 como la primera causa de defunción. En enero de 2021, la **RMM** fue de 80.5. Este incremento “se traduce en una regresión respecto a la tendencia precedente: mientras que la **RMM** calculada hasta la semana epidemiológica 16 de 2021 es de 50.8, 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”.⁶⁸

La violencia obstétrica y la muerte materna afectan de manera particular a quienes ya viven en condiciones de vulnerabilidad, como las mujeres indígenas y las personas que no cuentan con seguridad social. La situación se agrava por el hecho de que este incremento se ha traducido en una regresión de cerca de una década; es decir, ahora México se encuentra en una situación similar a la que estaba hace diez años.

2.3 Una aproximación al marco normativo respecto a la violencia obstétrica y la muerte materna

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, entre otros aspectos, el rango constitucional de toda norma de derechos humanos contenida en tratados internacionales en los que el Estado mexicano sea parte. De aquí se desprende la necesidad de poner atención a la interpretación que de tales normas hagan los órganos autorizados para ello.⁶⁹

En concreto, la violencia obstétrica y la muerte materna representan una violación del 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 y artículo 12 de la **CEDAW**), a la no discriminación contra las mujeres en la esfera de la atención médica (artículo 12 de la **CEDAW**) y a la información (artículo 13 de la **CADH**).

⁶⁸ GIRE, *El camino hacia la justicia reproductiva*, op. cit., p. 178 y 179.

⁶⁹ GIRE, *Ni un paso atrás, la garantía del acceso al aborto legal en México y las consultas populares*, 2021, pp. 35-46. Disponible en: <https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2021/08/Ni-un-paso-atrás-HD.pdf>

2.3.1. Sistema Universal de Derechos Humanos

En el ámbito universal, los órganos encargados de la vigilancia de los tratados han emitido recomendaciones al Estado mexicano en relación con la violencia obstétrica y la muerte materna. A continuación, se describen algunas de estas recomendaciones, así como casos internacionales importantes en la materia.

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer

El Comité **CEDAW** es el órgano encargado de supervisar la aplicación de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Sus decisiones han sido claves para el abordaje de la violencia obstétrica y la muerte materna más allá de los márgenes jurisdiccionales.

Caso S. F. M. vs. España: sobre violencia obstétrica

En febrero de 2020, al analizar el caso S. F. M. vs. España, el Comité **CEDAW** adoptó por vez primera una decisión relacionada con un caso de violencia obstétrica. La señora S. F. M. manifestó la patologización de su parto. El Comité concluyó que existían alternativas para la situación denunciada; el embarazo de la señora S. F. M. se desarrolló sin complicaciones, no había una emergencia cuando acudió al hospital y, aun así, el personal médico decidió no informar de las intervenciones que le realizarían. En la resolución, el Comité recomendó al Estado español garantizar los derechos de las mujeres a una maternidad sin riesgo y el acceso a una atención obstétrica adecuada. En particular, recomendó proporcionar información oportuna en cada etapa del parto y requerir el consentimiento libre, previo e informado en todos los tratamientos invasivos durante la atención del parto, excepto en situaciones en las cuales la vida de la mujer o del producto esté en riesgo, respetando la autonomía de la mujer y su capacidad para tomar decisiones informadas sobre su salud reproductiva.

Entre las recomendaciones del Comité **CEDAW** al Estado español se encuentran la realización de estudios sobre violencia obstétrica que permitan visibilizar la situación y orientar las políticas públicas contra dicha violencia; la capacitación profesional del personal de salud en materia de derechos de salud reproductiva; la garantía del acceso a recursos eficaces en los casos en que los derechos de salud reproductiva hayan sido violados, incluso en casos de violencia obstétrica; y la capacitación del personal judicial y del personal encargado de velar por el cumplimiento de la ley.⁷⁰

⁷⁰ Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, **CEDAW/C/75/D/138/2018**, 28 de febrero de 2020. Disponible en: <https://undocs.org/es/cedaw/C/75/D/138/2018>

Caso Alyne Da Silva Pimentel vs. Brasil: la responsabilidad del Estado en una muerte materna

El primer caso resuelto por un órgano internacional de protección de derechos humanos relacionado con una muerte materna fue el de Alyne da Silva Pimentel; una mujer afrodescendiente que provenía de una comunidad marginada en Río de Janeiro, Brasil.⁷¹ 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, por lo que regresó al centro de salud. Tuvo que esperar horas para ser atendida y, cuando la revisaron, el médico 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 empeoró, por lo que requería atención médica especializada de urgencia. Sin embargo, 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. 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, por tratarse de una clínica privada, no estableció la responsabilidad del Estado por su muerte. Su madre llevó el caso al Comité CEDAW, donde alegó una violación del Estado brasileño al derecho a la vida y a la salud protegidos por dicho Comité.

En 2011, al resolver el caso, el Comité CEDAW señaló la responsabilidad del Estado brasileño, al reconocer que la muerte de Alyne había sido una muerte materna;⁷² que el Estado tenía la obligación de monitorear y regular la prestación de servicios de salud, incluidos los privados; que debía garantizar el 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.**⁷³

En suma, el Comité señaló que la falta de acceso a servicios de salud materna que satisfagan las necesidades de las mujeres no solo representa una violación al derecho a acceder a servicios de salud reproductiva, sino que también implica una discriminación de género y una violación del 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.⁷⁴

⁷¹ 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 (2011). Disponible en: https://www2.ohchr.org/english/law/docs/CEDAW-C-49-D-17-2008_sp.pdf

⁷² *Ibid.*, párr. 7.3.

⁷³ *Ibid.*, párr. 7.8.

⁷⁴ *Ibid.*, párr. 8.

Recomendaciones del Comité CEDAW a México

En julio de 2018, el Comité CEDAW expresó su preocupación por los incidentes de violencia obstétrica relacionados con el personal de salud reportados en México, así como por los informes sobre la esterilización forzada de mujeres y niñas y el acceso limitado a servicios de salud reproductiva, en especial por parte de mujeres y niñas con discapacidad. El Comité recomendó al Estado armonizar las leyes federales y estatales para calificar la violencia obstétrica como una forma de violencia institucional y por razón de género, de conformidad con la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, y **garantizar el acceso efectivo a la justicia y a medidas integrales de reparación a todas las víctimas de violencia obstétrica.** Asimismo, recomendó velar porque el personal médico solicite el consentimiento pleno e informado antes de realizar esterilizaciones, sancionar a las y los profesionales que realicen esterilizaciones sin dicho consentimiento y ofrecer reparaciones e indemnizaciones monetarias a las víctimas de esterilizaciones no consentidas.

El Comité CEDAW manifestó también su preocupación por las tasas tan altas de mortalidad materna entre mujeres provenientes de comunidades indígenas. En ese sentido, recomendó incentivar la colaboración de parteras tradicionales y la capacitación del personal de salud, sobre todo en las zonas rurales, como una medida para garantizar que todos los partos cuenten con la asistencia necesaria para evitar situaciones de violencia obstétrica y muerte materna, al mismo tiempo que se garantice una atención de calidad.⁷⁵

Informe de la Relatora Especial de las Naciones Unidas sobre la violencia contra la mujer

En julio de 2019, la Relatora Especial del Consejo de Derechos Humanos sobre la violencia contra la mujer presentó en la Asamblea General de la ONU el informe *Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica.*⁷⁶ En este informe, la ONU reconoce por primera vez la existencia y gravedad de la violencia obstétrica y analiza sus causas y consecuencias. La Relatora identifica la violencia obstétrica como una práctica generalizada y arraigada en los sistemas de salud y, para atenderla y erradicarla, hace diversas recomendaciones relacionadas con el reconocimiento de fallas estructurales en estos. Entre las recomendaciones se encuentran el respeto a la autonomía de las mujeres y el

⁷⁵ Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Observaciones finales sobre el noveno informe periódico de México, [CEDAW/C/MEX/CO/9], 70 periodo de sesiones, 2018, párr. 42, incisos d y f. Disponible en: https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/igualdad-genero/2018-11/observaciones_finales.pdf

⁷⁶ Naciones Unidas, Asamblea General, Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, 11 de julio de 2019, *Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica.* Disponible en: <http://undocs.org/es/A/74/137>. GIRE envió a la Relatora un informe sobre el trabajo que ha realizado para visibilizar situaciones que constituyen este tipo de violencia, el cual puede consultarse en: <https://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/SRWomen/Pages/Mistreatment.aspx>

reconocimiento a su capacidad para la toma de decisiones sobre su salud reproductiva; el establecimiento de mecanismos para la rendición de cuentas, a fin de garantizar la reparación integral a las víctimas; la garantía del acceso a la justicia; la revisión del marco normativo integral para hacer frente a las diversas situaciones que constituyen violencia obstétrica, y la prevención.

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC), en la Observación General 14, determinó cuatro estándares respecto a la salud sexual y reproductiva, basados en la disponibilidad, aceptabilidad, calidad y accesibilidad exigibles a los Estados para garantizarlos. Al respecto, determinó que los Estados deben disponer de un número adecuado de establecimientos, servicios, bienes y programas en funcionamiento de atención de la salud para proporcionar a la población el conjunto más completo posible de servicios de salud sexual y reproductiva.⁷⁷

Recomendaciones del Comité DESC a México

En marzo de 2018, el Comité DESC se manifestó sobre la insuficiencia estructural y los problemas de acceso a los servicios de salud en México. Señaló las disparidades significativas que existen entre las diferentes regiones en cuanto a la accesibilidad, disponibilidad y calidad de los servicios de salud; ello, en parte, debido a la falta de infraestructura y equipo médico adecuados, el desabastecimiento de medicamentos y la carencia de personal médico suficiente.

El Comité DESC recomendó al Estado mexicano redoblar esfuerzos para asegurar que toda la población, en especial las personas con bajos ingresos, tenga acceso a servicios de salud adecuados, asequibles y de calidad. Recomendó también asignar recursos suficientes al sector de salud y continuar los esfuerzos para garantizar la accesibilidad, disponibilidad y calidad de la atención de la salud en todas las regiones, en particular en las zonas rurales y remotas; por ejemplo, mediante la mejora de la infraestructura del sistema de atención primaria. Asimismo, sus recomendaciones incluyen asegurarse de que los hospitales dispongan de personal médico, infraestructura y suministros médicos adecuados y suficientes, además de los medicamentos de urgencia necesarios.⁷⁸

⁷⁷ Centro de Derechos Reproductivos, Solicitud de Opinión Consultiva presentada por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en relación con "Aproximaciones al Trato Diferenciado a Personas Privadas de la Libertad", p. 6. Disponible en: https://www.corteidh.or.cr/sitios/observaciones/OC-29/34_Centro_DR.pdf

⁷⁸ Naciones Unidas, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observaciones finales a los informes periódicos quinto y sexto combinados de México, E/C.12/MEX/CO/5-6, 2018, párr. 59, inciso b. Disponible en: https://hchr.org.mx/wp/wp-content/themes/hchr/images/doc_pub/E_C-12_MEX_CO_5-6_30800_S.pdf

2.3.2. Sistema Interamericano de Derechos Humanos

El Sistema Interamericano de Derechos Humanos está integrado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (Comisión IDH) y la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH). Dicho sistema ha desarrollado, de manera paulatina, estándares de interpretación y análisis del derecho a la salud y a la integridad personal en el contexto de las diferentes formas de maltrato que pueden experimentar las mujeres y personas con capacidad de gestar durante los diferentes procesos de atención. Para ello, ha establecido la obligación de los Estados de garantizar que disfruten, sin discriminación, del más alto nivel posible de salud física y mental.

Caso comunidad indígena Xákmok Kásek vs. Paraguay

Xákmok Kásek es una comunidad indígena que fue expulsada de sus tierras a causa del proceso de privatización del Chaco, en Paraguay.⁷⁹ Debido a la falta de acceso a sus tierras durante décadas, esta comunidad se encuentra en una situación de vulnerabilidad alimentaria, sanitaria y médica extrema que ha ocasionado la muerte de muchas personas por causas prevenibles de haber recibido asistencia periódica o control adecuado de su salud. Una de esas personas fue Remigia Ruiz, una mujer embarazada que no recibió atención médica y cuyo fallecimiento durante el parto pone en evidencia varias de las características que los casos de muerte materna tienen en común: la falta de acceso a servicios de salud, partos sin la atención médica adecuada, la falta de documentación sobre la causa de la muerte y situaciones de exclusión y pobreza extremas.⁸⁰

La Corte IDH resaltó el deber de los Estados de implementar políticas de salud que permitan ofrecer atención médica con personal capacitado para la atención de los partos, así como políticas de prevención de la mortalidad materna e instrumentos legales y administrativos para documentar todos los casos relacionados con esta. Ello habida cuenta de que las mujeres en estado de embarazo requieren medidas de protección especiales.⁸¹

Caso I. V. vs. Bolivia: esterilización no consentida

El 30 de noviembre de 2016, al resolver el caso I. V. vs. Bolivia, la Corte IDH estableció la responsabilidad internacional del Estado de Bolivia por la ligadura de trompas de Falopio a la que fue sometida la señora I. V. en un hospital público sin su consentimiento informado. La Corte IDH señaló que, en un proceso de este tipo, la persona debe contar con toda la información necesaria para poder tomar esa decisión y que el personal de salud debe adoptar

⁷⁹ Corte IDH, *Caso Comunidad Indígena Xákmok Kásek vs. Paraguay*. Fondo, reparaciones y costas. Sentencia del 24 de agosto de 2010. Serie C, No. 214, párr. 231. Disponible en: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_214_esp.pdf

⁸⁰ *Ibid.*, párr. 232.

⁸¹ *Ibid.*, párrs. 233 y 234.

medidas para garantizar que la decisión no está sometida a amenaza o coacción. La Corte IDH determinó que este procedimiento, al constituir un método anticonceptivo permanente, debe contar con controles más estrictos para asegurar el consentimiento libre e informado.⁸²

Dicha Corte señaló que “un consentimiento no podrá reputarse libre si es solicitado a la mujer cuando no se encuentra en condiciones de tomar una decisión plenamente informada, por encontrarse en situaciones de estrés y vulnerabilidad”.⁸³ Precisó que, para que la información sea comprendida de forma cabal y se tome una decisión con conocimiento de causa, se debe garantizar un plazo razonable de reflexión, el cual puede variar en función de cada caso y las circunstancias de cada persona.⁸⁴ Además, en el caso de que un embarazo en el futuro pudiera poner en riesgo la vida y salud de la mujer, dado que no sería posible que quedara embarazada de inmediato, hay tiempo suficiente para tomar esa decisión. Por ello, la esterilización no puede ser considerada como un procedimiento de emergencia médica.⁸⁵

Caso Manuela y otros vs. El Salvador: criminalización ante una emergencia obstétrica

El 28 de febrero de 2008, Manuela fue detenida en el hospital al que acudió por una emergencia obstétrica.⁸⁶ El 11 de agosto del mismo año, el Tribunal de Sentencia de San Francisco Gotera la condenó a treinta años de prisión por el delito de homicidio agravado. Finalmente, tras padecer linfoma de Hodkin, Manuela falleció el 30 de abril de 2010, mientras se encontraba privada de su libertad y sin claridad en relación con su muerte bajo custodia del Estado.⁸⁷

En este caso, la Corte IDH consideró que en la situación de Manuela confluyeron distintas desventajas estructurales que repercutieron en la victimización ejercida por parte del Estado. Entre los aspectos destacados por la Corte se encuentra que Manuela era una mujer precarizada, analfabeta y que vivía en una zona rural; todos ellos, factores que incrementaron las desventajas que derivaron en una forma específica de discriminación.⁸⁸

⁸² Caso I. V. vs. Bolivia, *op. cit.*, párr. 122.

⁸³ *Ibid.*, párr. 183.

⁸⁴ *Ibid.*, párr. 192.

⁸⁵ *Ibid.*, párr. 178.

⁸⁶ Fundación para el Debido Proceso, *Amicus Curiae ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el Caso Manuela y otros vs. El Salvador*, marzo 2021, p. 4. Disponible en: https://www.dplf.org/sites/default/files/dplf-amicus_corte_idh-caso_manuela_y_otros_vs_el_salvador_final_18_de_marzo_final_para_publicar.pdf

⁸⁷ Corte IDH, *Caso Manuela y otros vs. El Salvador*. Fondo, reparaciones y costas. Sentencia del 2 de noviembre de 2021. Serie C, No. 441, párr. 19. Disponible en: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_441_esp.pdf

⁸⁸ *Ibid.*, párr. 253.

2.4

El marco jurídico y la política pública para atender la violencia obstétrica y la muerte materna en México

En este apartado se expone el marco normativo vigente para reconocer y avanzar en la disminución de casos de violencia obstétrica y muerte materna en México.

2.4.1. Ley General de Salud

La Ley General de Salud (LGS) reglamenta el derecho humano a la protección de la salud, previsto en el artículo 4º constitucional, de acuerdo con el 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. [...]

De acuerdo con el capítulo V de la LGS, la atención integral de la salud materno-infantil tiene carácter prioritario. Dicha ley establece que la Secretaría de Salud federal tiene la responsabilidad de impulsar acciones para identificar y erradicar los factores de riesgo en las personas embarazadas, así como para la mejora en el acceso y la 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).

En noviembre de 2015 se hicieron reformas a la LGS,⁸⁹ a la Ley del Seguro Social⁹⁰ y a la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).⁹¹ En las reformas, se dispuso que los servicios de salud deberán atender de manera expedita a las mujeres embarazadas que presenten una urgencia obstétrica, sin importar su afiliación a cualquier esquema de aseguramiento.

⁸⁹ Ley General de Salud, art. 64 Bis.

⁹⁰ Ley del Seguro Social, art. 89 fracción V.

⁹¹ Ley del ISSSTE, art. 31 Bis. En mayo de 2009, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el ISSSTE y la Secretaría de Salud suscribieron el Convenio Interinstitucional para la Atención Universal de la Emergencia Obstétrica. Con la emisión de este instrumento se buscó garantizar la admisión y la atención urgente con base en la capacidad resolutoria, o bien la referencia oportuna, sin condicionar la atención a la afiliación a un esquema de seguridad social o derechohabiencia. Posterior a la celebración de este convenio, se realizó esta reforma. Véase GIRE, *El camino hacia la justicia reproductiva, op. cit.*, p. 107.

2.4.2. Leyes de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia

A nivel federal, la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV) no define de forma explícita a la violencia obstétrica como una forma de violencia de género; sin embargo, otras figuras contempladas, como la violencia psicológica, física e institucional, proporcionan un marco adecuado para el encuadre de las conductas que la constituyen. A nivel local, hasta el momento, 28 entidades federativas han incorporado definiciones de violencia obstétrica en sus respectivas leyes de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia.⁹²

⁹² GIRE, *El camino hacia la justicia reproductiva: Una década de avances y pendientes*, 2021, p. 98.

Violencia obstétrica en leyes de acceso a una vida libre de violencia Entidades que contemplan la violencia obstétrica en su normativa

Aguascalientes 2016	Morelos 2015
Baja California 2016	Nayarit 2016
Baja California Sur 2018	Nuevo León 2019
Campeche 2015	Oaxaca 2019
Coahuila 2017	Puebla* 2015
Colima 2015	Querétaro 2015
Chiapas 2009	Quintana Roo* 2014
Chihuahua 2014	San Luis Potosí 2015
Ciudad de México 2017	Sinaloa 2017
Durango* 2007	Sonora 2019
Guanajuato 2009	Tabasco
Guerrero	Tamaulipas 2014
Hidalgo* 2013	Tlaxcala* 2016
Jalisco	Veracruz 2008
México 2015	Yucatán* 2016
Michoacán	Zacatecas 2018

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

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

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

La incorporación expresa de la definición de violencia obstétrica en las leyes de acceso a una vida libre de violencia puede contribuir al reconocimiento de que, además de ser una violación de los derechos humanos, se trata de una forma específica de violencia institucional contra las mujeres y las personas con capacidad de gestar. Sin embargo, si no se considera que la respuesta ante este tipo de violencia implica la transformación de las condiciones estructurales del sistema de salud en todos sus niveles, no será posible zanjar el fenómeno de la violencia obstétrica y la muerte materna, sobre todo si se consideran los obstáculos a los que se enfrenta el personal de salud para realizar su trabajo en condiciones óptimas.

2.4.3. La violencia obstétrica en los códigos penales

Algunas legislaturas locales han optado por reformar los códigos penales para tipificar la violencia obstétrica como un delito e incluir sanciones privativas de la libertad y multas para el personal de salud que incurra en estas prácticas. Los estados que han reformado sus códigos penales para tipificar la violencia obstétrica son Aguascalientes,⁹³ Chiapas, México, Guerrero, Quintana Roo, Yucatán y Veracruz.⁹⁴

⁹³ El código penal de Aguascalientes incorpora conductas que constituyen violencia obstétrica, aunque no se nombra al concepto como tal. Véase GIRE, *La pieza faltante*, op. cit., p. 100.

⁹⁴ GIRE, *El camino hacia la justicia reproductiva*, op. cit., pp. 111-113.

Criminalización de la violencia obstétrica

Entidades que contemplan el delito en su legislación

Aguascalientes 06 – 2018	Morelos
Baja California	Nayarit
Baja California Sur	Nuevo León
Campeche	Oaxaca
Coahuila	Puebla
Colima	Querétaro
Chiapas 12 – 2014	Quintana Roo 07 – 2017
Chihuahua	San Luis Potosí
Ciudad de México	Sinaloa
Durango	Sonora
Guanajuato	Tabasco
Guerrero 08 – 2014	Tamaulipas
Hidalgo	Tlaxcala
Jalisco	Veracruz 04 – 2010
México 03 – 2016	Yucatán 07 – 2019
Michoacán	Zacatecas

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

2.4.4. Normas oficiales

Norma oficial NOM-007-SSA-2016.

Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida

La NOM 007 es una norma de aplicación obligatoria en todas las unidades de salud de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud. En ella se establece el protocolo de atención médica y los criterios mínimos para la atención en la etapa preconcepcional y durante el embarazo, el parto y el puerperio. El objetivo es garantizar una atención de calidad, evitar prácticas que las pongan en riesgo o que no respondan a los más altos estándares de calidad, así como reducir la mortalidad materna y neonatal.⁹⁵

A pesar de que el objetivo de la NOM 007 es proteger los derechos reproductivos de las mujeres y otras personas con capacidad de gestar, las circunstancias en que viven sus embarazos, partos y puerperios en México aún resultan preocupantes. En este sentido, la implementación de dicha norma es un pendiente esencial para garantizar el acceso a servicios obstétricos de calidad en el país.

Norma oficial NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico

La NOM 004 establece los criterios para la elaboración, integración y confidencialidad de los registros médicos. Se trata de una herramienta fundamental para proteger la salud e incluso la vida de las personas usuarias de los servicios de salud. Entre sus disposiciones más relevantes se encuentran que el personal médico tiene la obligación de brindar información verbal, tanto a la usuaria como a sus familiares (5.6); las notas médicas y los reportes deben incluir la fecha, la hora, el nombre completo de quien la elabora y su firma; asimismo, deben incluir el nombre completo de la usuaria, así como su edad, sexo, número de cama y de expediente (5.9 y 5.10); y los documentos que integran el expediente clínico deben ser considerados información confidencial (5.7).

Una 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 del derecho a la privacidad, la intimidad y la protección de datos personales.⁹⁶

2.4.5. 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. Entre sus atribuciones se encuentran la de proponer políticas nacionales en materia de salud reproductiva 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 servicios de salud en las áreas de su competencia.

El Lineamiento para la mitigación de la Covid-19 en la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida, emitido por la Secretaría de Salud Federal en abril de 2020, así como sus posteriores actualizaciones, en julio de 2020 y mayo de 2021, se formularon con el propósito de garantizar la continuidad de los servicios esenciales durante la pandemia y el acceso a servicios de calidad para personas embarazadas y recién nacidas. Estos lineamientos representaron la antesala de la publicación por parte del CNEGSR, el 7 de junio de 2021, del Programa de Acción Específico para la Salud Sexual y Reproductiva 2020–2024 (PAESSR 2020–2024),⁹⁷ la política pública nacional que rige el acceso a la salud reproductiva en todo el país. En el PAESSR 2020–2024 se reconoce la necesidad de garantizar los derechos sexuales y reproductivos desde una perspectiva interseccional. Uno de sus seis componentes principales se refiere a la salud materna, cuyo objetivo es incrementar el acceso a la atención oportuna, integral y segura de la misma, desde la etapa pregestacional hasta el puerperio. En este programa se reconoce la desproporcionada representación de la muerte materna en comunidades indígenas; el preocupante porcentaje de cesáreas que se realizan en México; así como la necesidad de incluir personal capacitado proveniente de ámbitos diferentes al médico en la atención de la salud materna y de contratar intérpretes de lengua de señas mexicana y de lenguas indígenas.

⁹⁵ NOM-007-SSA-2016. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, DOF 7/04/2016. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016. Sobre disposiciones de la NOM 007 véase GIRE, Atención a la salud reproductiva. Disponible en: <https://gire.org.mx/otros-documentos/atencion-de-la-salud-reproductiva/>

⁹⁶ NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico, DOF 15/10/2012. Disponible en: <http://diariooficial.segob.gob.mx/normasOficiales.php?codp=4909&view=si>

⁹⁷ Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproductiva 2020–2024, 7 junio 2021. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/programa-de-accion-especifico>

2.4.6. Recomendaciones generales emitidas por las comisiones de derechos humanos

Recomendación General 31/2017, sobre violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud

En julio de 2017, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) emitió la Recomendación General 31/2017 sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud (SNS).^{98,99} Su objetivo fue visibilizar la situación de discriminación que experimentan las mujeres y personas con capacidad de gestar en los servicios de salud y contribuir a la identificación y eliminación de esta práctica.

En noviembre de 2019, la CNDH presentó un estudio de seguimiento al cumplimiento de la Recomendación General 31/2017.¹⁰⁰ Este estudio revela que su implementación ha sido insuficiente. En este sentido, es necesario que la CNDH continúe con la difusión y el seguimiento al cumplimiento de la misma, pero también que las autoridades a las que fue dirigida cumplan a cabalidad con las recomendaciones.

Recomendación General 07/2015 de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Yucatán

En diciembre de 2015, la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Yucatán (CODHEY) emitió la Recomendación General 07/2015,¹⁰¹ sobre las prácticas médicas y administrativas que constituyen violaciones de los derechos humanos de las mujeres durante la atención del embarazo, parto y puerperio, así como acciones y omisiones que generaron deficiencias en la atención de niñas y niños recién nacidos en los hospitales y clínicas del sistema de salud público en el estado de Yucatán.¹⁰²

En esta recomendación general, la CODHEY expone diversos problemas estructurales que enfrentan las instituciones de salud en el estado. Es importante señalar que la recomendación no propone la tipificación de la violencia obstétrica como medida de solución; por el contrario, señala que su incidencia está vinculada a problemas estructurales. A pesar de esto, en julio de 2019, el Poder Legislativo local reformó su código penal para tipificar la violencia obstétrica.¹⁰³

Aunque la recomendación general se emitió en 2015, la incidencia de la violencia obstétrica persiste en Yucatán. En 2017, la CODHEY realizó visitas de revisión a hospitales y clínicas en el estado y observó que subsisten muchos de los problemas estructurales que fueron señalados en dicha recomendación.¹⁰⁴

En conclusión, en México se cuenta con un marco normativo y de política pública que, si fuera implementado de forma adecuada, permitiría avanzar en la disminución de la de violencia obstétrica y las muertes prevenibles durante el embarazo, parto y puerperio. Se trata de casos que representan una violación de los derechos humanos de las mujeres y otras personas gestantes, así como un asunto de justicia reproductiva que es responsabilidad del Estado.

⁹⁸ Las recomendaciones generales que emite la CNDH son instrumentos no vinculantes respecto de las autoridades a quienes se dirigen, ni motivados de manera directa como forma de resolución de quejas. A través de estas, la CNDH propone medidas y acciones orientadas a la prevención y el combate de violaciones de derechos humanos por parte de autoridades, así como a la protección de las víctimas. A diferencia de las recomendaciones particulares, las generales no requieren aceptación por parte de las autoridades a quienes van dirigidas. Con el fin de verificar su cumplimiento, la CNDH debe realizar estudios generales, cuyo propósito sea medir el grado de aceptación, implementación e impacto que producen en la sociedad.

⁹⁹ CNDH. Recomendación General 31/2017. Sobre la Violencia Obstétrica en el Sistema Nacional de Salud. Disponible en: https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-07/RecGral_031.pdf. Dirigida a los secretarios de Salud, de la Defensa Nacional y de Marina; gobernadores de las entidades federativas, jefe de Gobierno de la Ciudad de México, directores generales del IMSS, ISSSTE y PEMEX.

¹⁰⁰ Estudio sobre el cumplimiento e impacto de las recomendaciones generales, informes especiales y pronunciamientos de la CNDH 2001-2017, Tomo X, Derecho a la protección de la salud, UNAM-CNDH, 2019. Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/documento/estudio-sobre-el-cumplimiento-e-impacto-de-las-recomendaciones-generales-informes-2>

¹⁰¹ CODHEY, Recomendación General 07/2015. Disponible en: https://www.codhey.org/sites/all/documentos/Doctos/RecomendaGenerales/RecGral_2015_07.pdf

¹⁰² La elaboración de la Recomendación General tuvo como base el análisis de 22 expedientes abiertos entre 2005 y 2015, cinco recomendaciones particulares por violencia obstétrica emitidas en el mismo periodo, así como el diagnóstico realizado tras la supervisión a 99 centros de salud del estado. El diagnóstico está disponible en el informe anual 2015 de la CODHEY.

¹⁰³ Capítulo VIII Violencia obstétrica (Adicionado, D.O. 31 de julio de 2019) Art. 243 Quinquies.

¹⁰⁴ Centro de Supervisión Permanente a Organismos Públicos, "Informe sobre Centros de Salud y Hospitales del Estado de Yucatán", CODHEY, 2017, p. 7. Disponible en: https://www.codhey.org/sites/all/documentos/Doctos/Investigaciones/Salud_2017.pdf



3. La incidencia y el acceso a la justicia en casos de violencia obstétrica y muerte materna

El Estado tiene la obligación de promover un marco normativo y políticas públicas que busquen transformar el sistema de salud y garantizar una atención obstétrica de calidad. Asimismo, debe asegurar que las personas que sobreviven a este tipo de violencia tengan acceso a recursos efectivos que incluyan medidas de reparación integral.

Con el fin de conocer el uso de algunos mecanismos de acceso a la justicia para casos de violencia obstétrica y muerte materna, se realizaron solicitudes de acceso a la información a diversas instancias administrativas, tanto a nivel federal como local. Además, se enviaron solicitudes de acceso a la información a las instituciones de procuración e impartición de justicia de los estados en los que la violencia obstétrica está tipificada como delito. Ello con el objetivo de conocer el número de denuncias recibidas y atendidas por estas instancias, así como las carpetas judiciales finalizadas con alguna sentencia.

3.1 Solicitudes de acceso a la información

Para la elaboración de este trabajo se enviaron alrededor de 510 solicitudes de acceso a la información (SAI) a las siguientes instituciones:

- 3.1.1. Órganos internos de control de las secretarías de salud a nivel federal y locales y Secretaría de la Función Pública (SFP)
- 3.1.2. Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) y las comisiones de arbitraje médico locales
- 3.1.3. Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) y las comisiones locales de derechos humanos
- 3.1.4. Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV) y las comisiones locales de atención a víctimas o secretarías de Gobierno locales¹⁰⁵
- 3.1.5. Fiscalías generales y poderes judiciales locales

¹⁰⁵ Aguascalientes, Campeche, Hidalgo y Oaxaca son las entidades que no cuentan con una CEAV. En el caso de Baja California Sur, se envió a la Procuraduría General de Justicia y, en Campeche, al Instituto de Acceso a la Justicia.

Cabe resaltar que, durante el periodo de envío y registro de la información,¹⁰⁶ la Plataforma Nacional de Transparencia (PNT) cambió su sistema, lo que dificultó la descarga o visualización de algunas respuestas y resultó en que las solicitudes no fueran atendidas por el sujeto obligado, o que respondiera a la solicitud por otras vías, como el correo electrónico.

3.1.1. Órganos internos de control de las secretarías de salud y Secretaría de la Función Pública

Uno de los posibles recursos disponibles ante un caso de violencia obstétrica y/o muerte materna es presentar un escrito de queja ante las Unidades de Atención al Derechohabiente de las instituciones públicas de salud,¹⁰⁷ o ante su contraloría interna, para que se inicie una investigación del caso. Por esta razón, se solicitó información respecto al **número de quejas administrativas** presentadas ante el **Órgano Interno de Control (oic) de las instituciones de salud** federales y locales por casos de violencia obstétrica y muerte materna entre enero de 2015 y diciembre de 2020.

Respecto al número de quejas administrativas por violencia obstétrica dirigidas a los oic de las **secretarías de salud locales**, seis instituciones respondieron no tener registro de quejas por violencia obstétrica,¹⁰⁸ otras tres entidades informaron que no se encontraron quejas¹⁰⁹ y solo 13 manifestaron haber recibido al menos una queja administrativa. En estas últimas se recibieron **140 quejas administrativas por casos de violencia obstétrica** entre enero de 2015 y diciembre de 2020, las cuales se concentran en su mayoría en los estados de Guerrero (38), Querétaro (22), Jalisco (16) y Sonora (16).

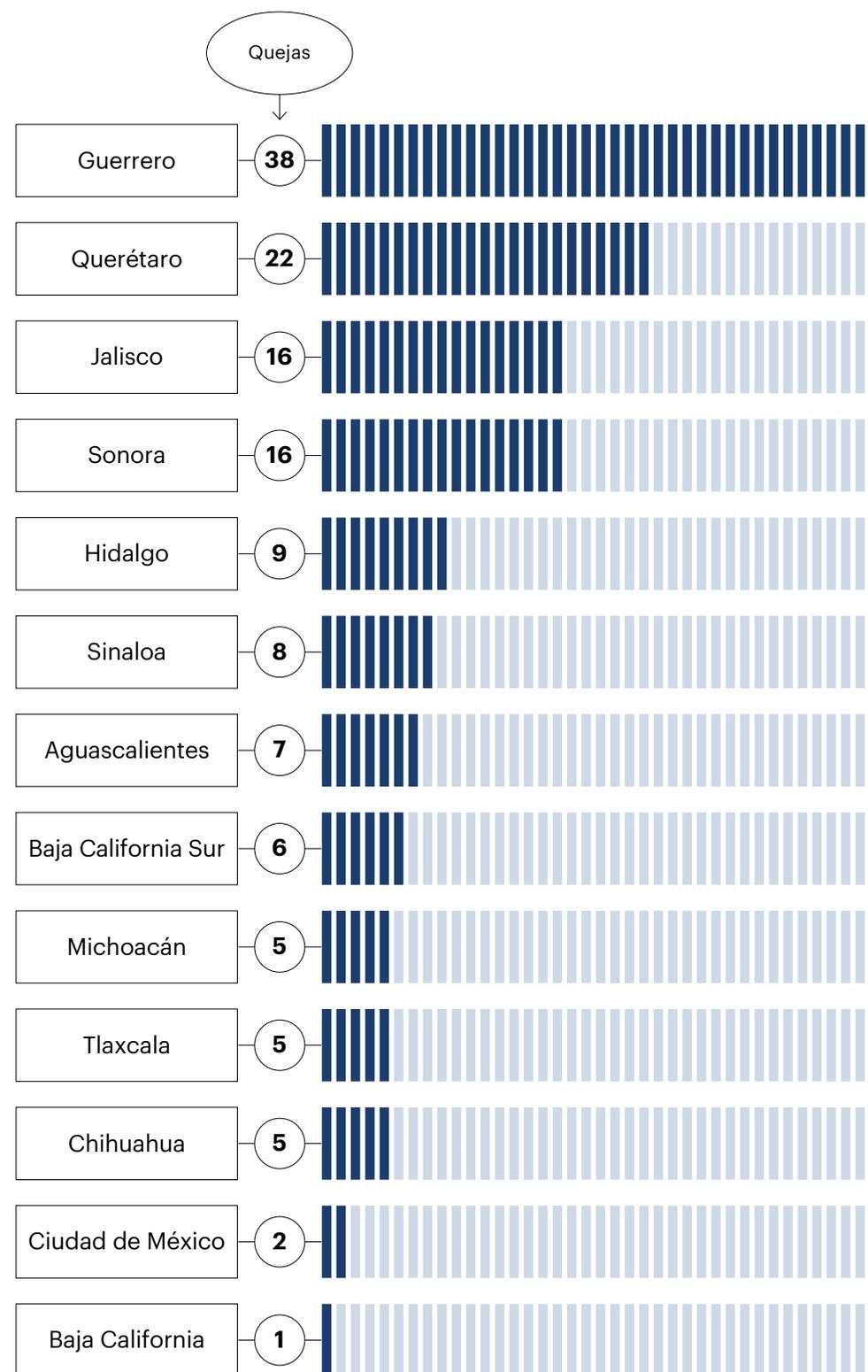
¹⁰⁶ La fecha de corte fue el 11 de octubre de 2021.

¹⁰⁷ 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.

¹⁰⁸ Campeche, Guanajuato, México, Nayarit, Tabasco y Zacatecas.

¹⁰⁹ Coahuila, Nuevo León y Oaxaca.

Quejas administrativas presentadas ante el Órgano Interno de Control de las secretarías de salud estatales por violencia obstétrica (enero 2015 a diciembre 2020)



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos a través de solicitudes de acceso a la información.

De estas 140 quejas administrativas recibidas, más de la mitad (61 por ciento) se encontraban concluidas y 39 por ciento se encuentran en proceso de investigación. En promedio, las quejas administrativas fueron resueltas en **426 días, desde su inicio hasta su conclusión**, por alguna vía. De las quejas resueltas, las principales formas de conclusión fueron por acuerdo de conclusión (32.9 por ciento) y por resolución (31.8 por ciento).

Formas de conclusión de quejas administrativas por violencia obstétrica registradas (enero 2015 a diciembre 2020)

	Quejas	%
Acuerdo de conclusión	28	32.9
Resolución	27	31.8
Oficio de notificación al ciudadano	6	7.1
Informe de presunta responsabilidad administrativa	5	5.9
Prescripción de la acción para disciplinar	4	4.7
Turnado a la Contraloría	4	4.7
En procedimiento de responsabilidad	4	4.7
Desechado por acuerdo	2	2.4
Acuerdo por falta de elementos	1	1.2
Acumulado en procedimiento de responsabilidad	1	1.2
Denuncia administrativa	1	1.2
Sanción administrativa	1	1.2
Sobreseimiento	1	1.2
Total	85	100

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos a través de solicitudes de acceso a la información.

Para conocer la incidencia de quejas en casos de muerte materna a nivel federal, se remitió una solicitud de acceso a la información a la **Secretaría de la Función Pública (sfp)**, la cual informó que en el periodo comprendido entre enero de 2015 y diciembre 2020 se presentaron **24 quejas**¹¹⁰ por casos de muerte materna.¹¹¹ De estas quejas, 75 por ciento fueron presentadas al oic del **ISSSTE** y 25 por ciento al oic del **IMSS**. La mayoría de estas quejas se encuentran **en archivo por falta de elementos (62.5 por ciento)**, 16.7 por ciento se encuentran en etapa de investigación, en 8.3 por ciento de los casos se impuso una sanción y **solo 4.2 por ciento se encuentran concluidas**. En promedio, el tiempo de conclusión de las quejas fue de **489 días**.

Quejas reportadas por la sfp en casos de muerte materna, de acuerdo con el estado de la queja (enero 2015 a diciembre 2020)



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos a través de solicitudes de acceso a la información.

¹¹⁰ La Secretaría de la Función Pública respondió que se presentaron 24 quejas por casos de muerte materna; sin embargo, anexaron una tabla en la que pueden contabilizarse hasta 29 quejas, por lo que no es claro el total de quejas presentadas. En este caso, solo se contabilizaron las 24 quejas que la Secretaría de la Función Pública reportó y se excluyeron las cinco quejas adicionales que pueden visibilizarse en la tabla adjunta a su respuesta. PNET, folio: 0002700278821.

¹¹¹ Se envió una solicitud de información a la Secretaría de Salud Federal, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la Secretaría de la Defensa (SEDENA), la Secretaría de la Marina (SEMAR), Petróleos de México (PEMEX), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM). Todas estas instituciones se declararon incompetentes, remitieron a la Secretaría de la Función Pública como sujeto obligado, o declararon la información como inexistente.



Respecto a las **instituciones de salud locales**, 14 reportaron no contar con ningún registro¹¹² y solo seis¹¹³ respondieron contar con al menos una queja por casos de muerte materna. En las instituciones que informaron contar con al menos una queja, se registraron **26 quejas administrativas por casos de muerte materna** entre enero de 2015 y diciembre de 2020. De estos casos, **la mayoría se encuentran en investigación (80.8 por ciento)**, en 15.4 por ciento de los casos no se proporcionó información sobre el estatus en el que se encontraba la queja y solo se registró una queja en resolución (3.8 por ciento). Ninguna queja fue desagregada por institución médica involucrada ni se menciona si la persona que interpuso la queja tenía alguna discapacidad o era hablante de alguna lengua indígena.

La ausencia de registros específicos por parte de las instancias de salud impide conocer la incidencia en casos de violencia obstétrica y muerte materna, las instituciones involucradas en ellos, así como el estado del proceso en el que se encuentran. Además, la falta de claridad en relación con los mecanismos para interponer estas quejas, así como el desconocimiento por parte de las personas que acceden a los servicios de salud sobre esta posibilidad, representan obstáculos adicionales para acceder a la justicia por esta vía.

¹¹² Aguascalientes, Baja California, Campeche, Coahuila, Guanajuato, Hidalgo, México, Michoacán, Nayarit, Nuevo León, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz y Yucatán.

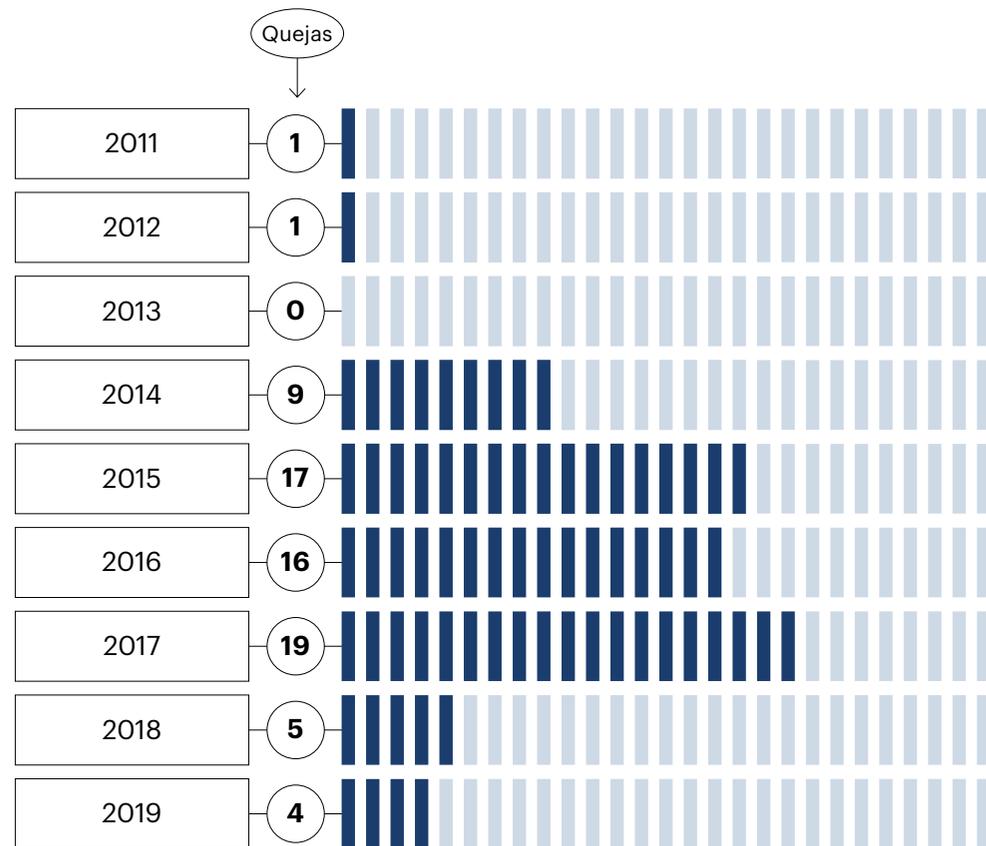
¹¹³ Chihuahua, Guerrero, Jalisco, Sinaloa, Tlaxcala y Zacatecas.

3.1.2. La CONAMED y las comisiones locales de arbitraje médico

La CONAMED, órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud federal, es una instancia que cuenta con autonomía técnica y con atribuciones para recibir quejas, investigar presuntas irregularidades en la prestación de servicios médicos y emitir opiniones, acuerdos y laudos. Cada entidad federativa cuenta con una comisión de arbitraje médico,¹¹⁴ que son organismos creados por las secretarías de salud de cada estado.

Entre 2011 y 2019,¹¹⁵ la CONAMED recibió 72 quejas por **maltrato por parte del personal de salud o administrativo, en la especialidad de obstetricia**; entre 2015 y 2017 se registró el mayor número de quejas. En más de la mitad de los casos, la institución involucrada fue el IMSS (55.6 por ciento), seguida de los servicios estatales de salud y el ISSSTE.

Quejas ante la CONAMED por maltrato por parte del personal de salud en la especialidad de obstetricia (2011 a 2019)



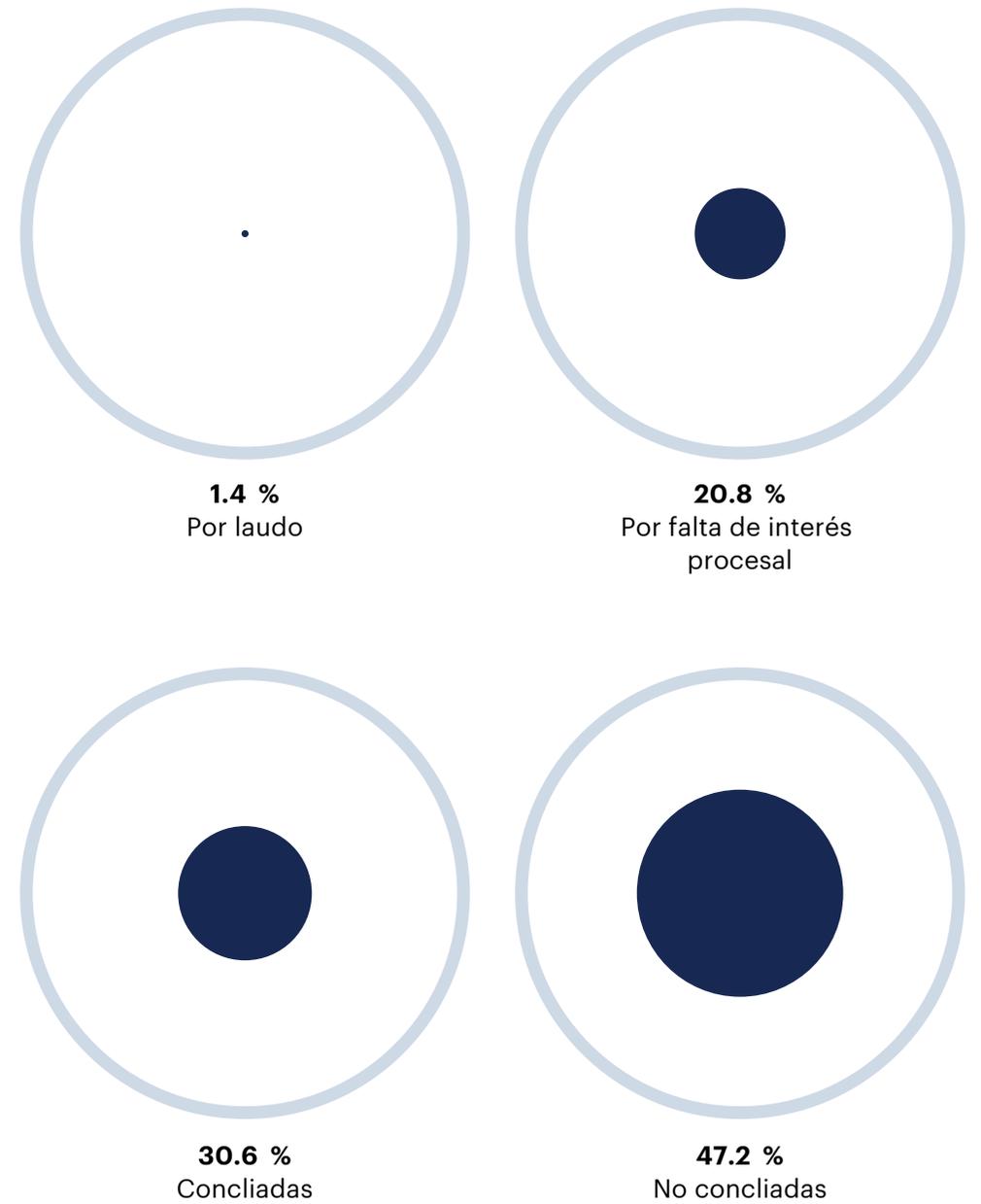
Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos a través de solicitudes de acceso a la información.

¹¹⁴ Directorio de Comisiones Estatales de Arbitraje Médico. Disponible en: <https://www.gob.mx/conamed/documentos/directorio-de-comisiones-estatales-de-arbitraje-medico> Además, en la Plataforma Nacional de Transparencia, las comisiones locales de arbitraje médico de la CDMX, Durango, Guanajuato, Hidalgo, Nuevo León, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sonora y Yucatán no aparecen como sujeto obligado, por lo que no es posible hacerles la solicitud de acceso a la información de manera directa.

¹¹⁵ La CONAMED proporcionó información de un periodo distinto al solicitado (2011 a 2019).

Respecto a la forma de conclusión de las quejas presentadas en la CONAMED, 47.2 por ciento no fueron conciliadas, 20.8 por ciento concluyeron por falta de interés procesal, **solo 30.6 por ciento han sido conciliadas** y 1.4 por ciento concluyó por laudo.

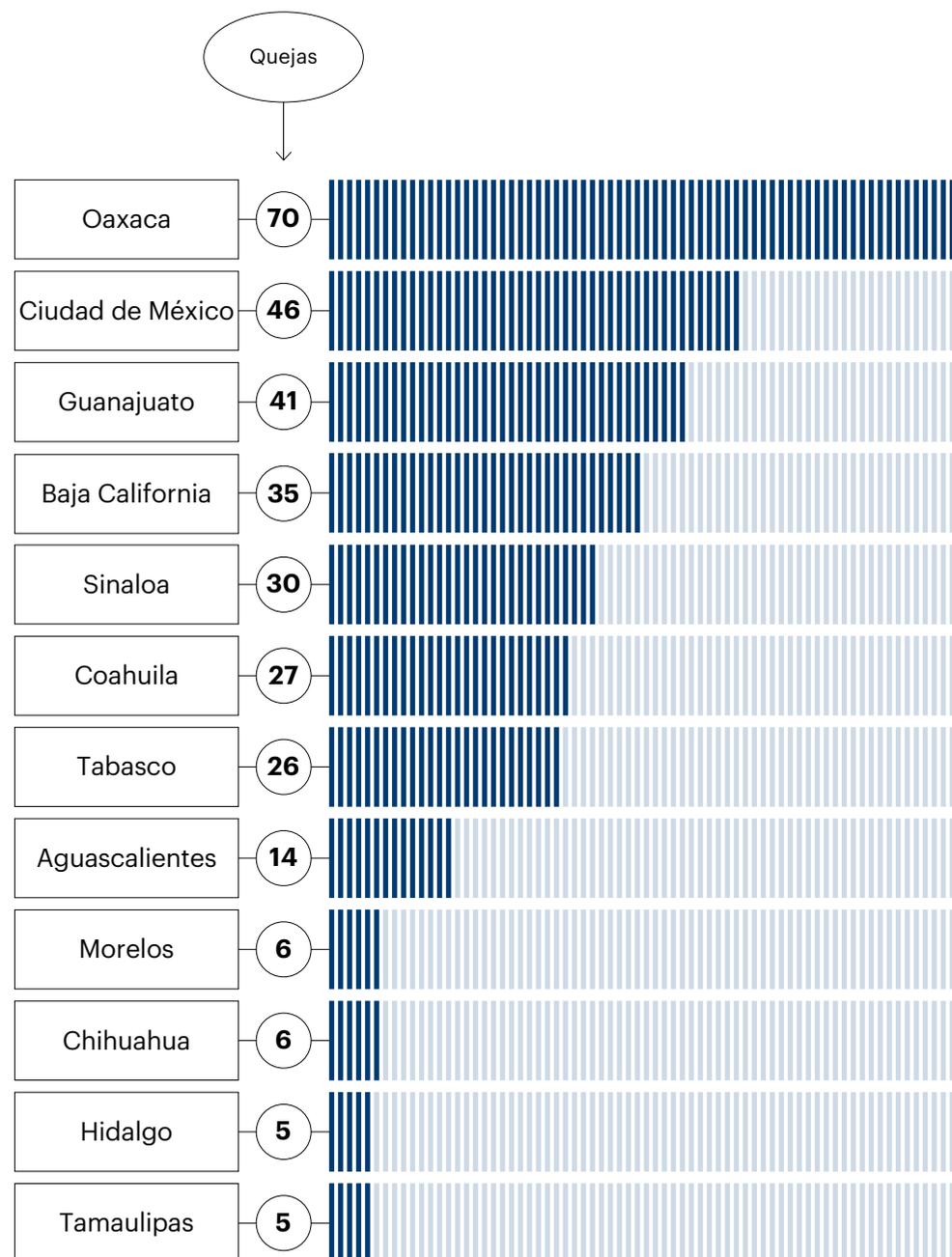
Quejas por violencia obstétrica reportadas por la CONAMED por tipo de conclusión (2011 y 2019)



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos a través de solicitudes de acceso a la información.

Respecto a las quejas recibidas por las **comisiones de arbitraje médico locales** por casos de **violencia obstétrica**, entre enero de 2015 y diciembre de 2020 solo 12 estados informaron contar con algún registro, en los que se reportan **309 quejas**. La Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Oaxaca es la que más quejas reportó en este periodo (70), seguida de la Ciudad de México (46) y Guanajuato (41).

Número de quejas por violencia obstétrica reportadas por comisiones de arbitraje médico locales (enero 2015 a diciembre 2020)



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos a través de solicitudes de acceso a la información.

Las instituciones médicas involucradas en estas quejas fueron en su mayoría los **servicios de salud locales** (32.8 por ciento), 15.4 por ciento el **IMSS**, 14.8 por ciento declararon que enfrentaron violencia obstétrica en algún hospital, clínica o consultorio, 7.1 por ciento por particulares, 2.3 por ciento en el **ISSSTE**, mientras que en el 24.4 por ciento de los casos no se proporcionó la información y 3.2 por ciento fueron otras instituciones.

Además, del total de las quejas reportadas, **68.5 por ciento fueron concluidas**, 7.1 por ciento se encontraban en trámite y 24.4 por ciento no proporcionaron información sobre el estatus en el que se encontraban. A pesar de que en las comisiones de arbitraje médico locales más de la mitad de las quejas registradas fueron concluidas, la mayoría (32.9 por ciento) se turnaron a otra autoridad competente, mientras que solo 25.4 por ciento fueron conciliadas. En las comisiones locales, las quejas en casos de violencia obstétrica concluyeron en un tiempo promedio **de 111 días** desde su registro, mientras que **a nivel federal** el tiempo promedio fue de **268 días**.

Quejas por violencia obstétrica reportadas por las comisiones locales de arbitraje médico, por tipo de conclusión (enero 2015 a diciembre 2020)

	Quejas	%
Remitido a autoridad competente	70	32.9
Conciliada	54	25.4
No conciliada	32	15
Falta de interés procesal	19	8.9
Otra	14	6.6
Improcedente	7	3.3
Falta de elementos	6	2.8
Desistimiento	6	2.8
Falta de voluntad de la persona prestadora de los servicios médicos	5	2.3
Total	213	100

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos a través de solicitudes de acceso a la información.



A diferencia de las quejas por violencia obstétrica, las comisiones de arbitraje médico, tanto federal como locales, cuentan con **menos registros de casos por muerte materna**. Esto no significa por fuerza que la incidencia sea menor; también puede deberse a la falta de sistematización de estos casos en particular, lo que dificulta su consulta y reporte.

A nivel federal, entre 2011 y 2020, la CONAMED registró **27 quejas por casos de muerte materna** debido a negligencia médica relacionada con la atención del control prenatal, embarazo, parto o puerperio.¹¹⁶ La edad promedio de las afectadas fue de **29 años** y el tiempo promedio desde que se inició la queja hasta su conclusión fue de **333 días**. De estas quejas, **48 por ciento no fueron conciliadas**, 26 por ciento terminaron por conciliación y 26 por ciento concluyeron por falta de interés procesal. Además, en 37 por ciento de los casos la institución médica involucrada fue el IMSS, seguido de hospitales (18.5 por ciento)¹¹⁷ y en 14.8 por ciento de los casos, el ISSSTE.

Quejas por casos de muerte materna reportadas por la CONAMED por institución médica involucrada (2011 a 2020)



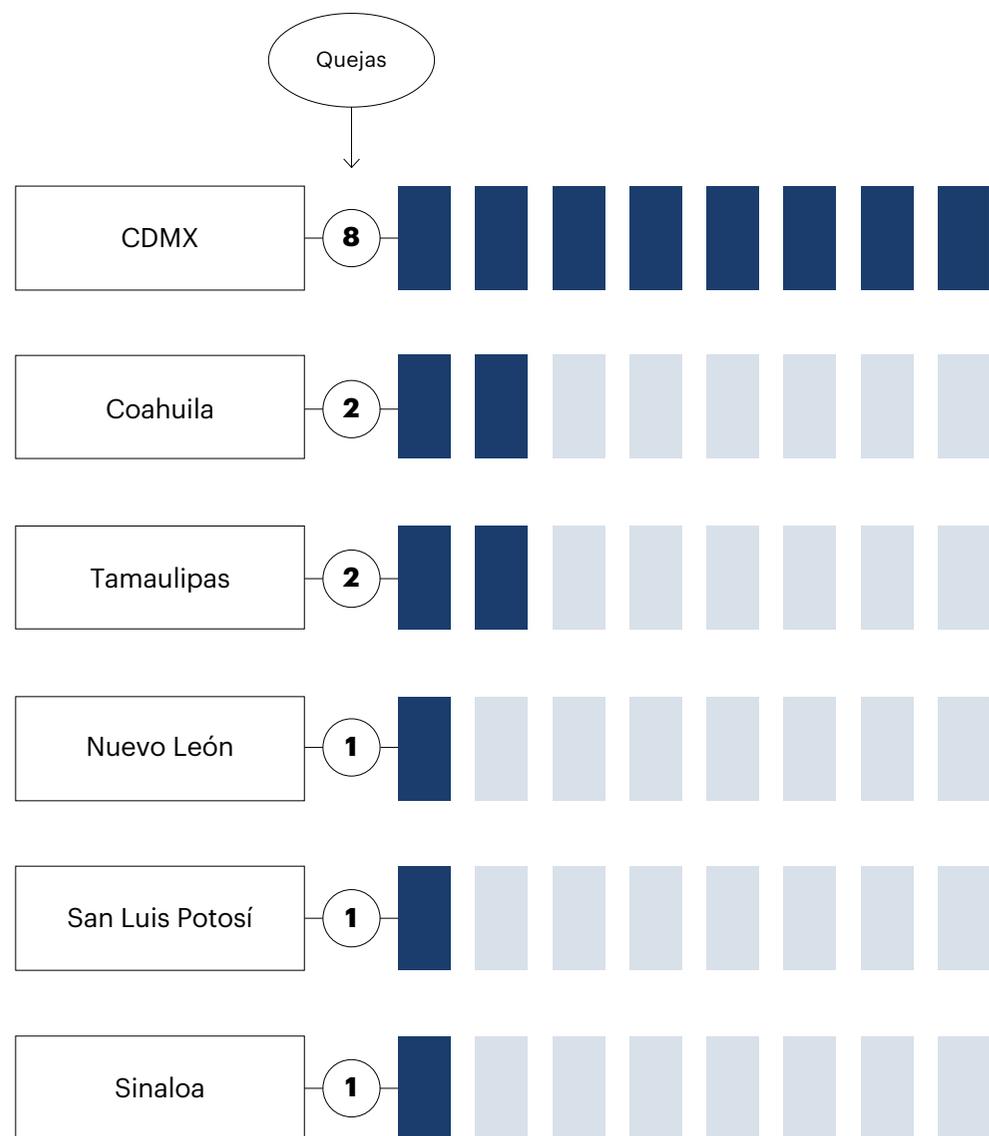
Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos a través de solicitudes de acceso a la información.

¹¹⁶ La CONAMED proporcionó información de un periodo más amplio al solicitado (2011 a 2020)

¹¹⁷ La CONAMED no precisa si son hospitales privados o públicos.

Por su parte, de las solicitudes de información enviadas a las **comisiones de arbitraje médico locales en relación con** las quejas por casos de muerte materna, en seis entidades no se encontraron asuntos relacionados,¹¹⁸ en otras seis¹¹⁹ no se encontró ninguna queja o no se ha atendido/presentado ninguna queja y solo seis estados reportaron al menos una queja por este motivo. Dichos estados reportaron **15 quejas en total**, concentradas en la Ciudad de México (8), Coahuila (2), Tamaulipas (2), Nuevo León (1), San Luis Potosí (1) y Sinaloa (1).

Número de quejas por muerte materna reportadas por las comisiones de arbitraje médico locales (enero 2015 a diciembre 2020)



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos a través de solicitudes de acceso a la información.

¹¹⁸ Puebla, Querétaro, Quintana Roo, Sonora, Yucatán y Zacatecas.

¹¹⁹ Aguascalientes, Baja California Sur, Chihuahua, Durango, Morelos y Nayarit.

Además, **40 por ciento de las quejas no están conciliadas**, 33.3 por ciento están conciliadas, en 13 por ciento de los casos se determinó la falta de interés procesal y el resto fueron enviadas a la autoridad competente o se determinó la improcedencia por existir una averiguación previa. En promedio, estas quejas tardaron **232 días en tener alguna conclusión**.

Respecto a la institución médica involucrada, **46.7 por ciento de los casos fue el IMSS**, seguido de hospitales privados (20 por ciento), el ISSSTE (13.3 por ciento), 6.7 por ciento la Secretaría de Salud y en 13.3 por ciento de los casos no se proporcionó esta información.

La mayoría de las comisiones locales respondieron que sus bases de datos no cuentan con información desagregada por edad, condición de discapacidad o si la persona es hablante de alguna lengua indígena. De todas las quejas reportadas relativas a casos de violencia obstétrica, solo se registraron siete casos en los que la persona tenía alguna discapacidad y ninguna incluía información sobre si la persona era hablante de alguna lengua indígena. Para las quejas relativas a muerte materna, en ningún caso se desagregó por edad, condición socioeconómica, condición de discapacidad o si la persona era hablante de alguna lengua indígena. Por su parte, la **CONAMED** respondió que la condición de discapacidad y el hablar alguna lengua indígena no son requisitos obligatorios para la presentación de una queja, por lo que la estadística recabada por la institución no cuenta con ese nivel de desagregación.

3.1.3. La CNDH y las comisiones locales de derechos humanos

En casos de violencia obstétrica y muerte materna, las personas tienen la posibilidad de presentar quejas ante las comisiones de derechos humanos, tanto nacional como locales. A través de la emisión de recomendaciones con perspectiva de género, interseccional y de derechos humanos, estas pueden constituir un mecanismo de acceso a la justicia y contribuir a establecer medidas de reparación integral que incluyan la implementación de garantías de no repetición. Para conocer el número de quejas recibidas y recomendaciones emitidas por casos de violencia obstétrica y muerte materna, se enviaron solicitudes de información a la Comisión Nacional de Derechos Humanos (**CNDH**) y a las comisiones locales.

En relación con casos de violencia obstétrica, durante el periodo comprendido entre enero de 2015 y diciembre de 2020, la **CNDH reportó 710 quejas** por diversos hechos relacionados con este tema.¹²⁰ Además, informó haber emitido **47 recomendaciones**

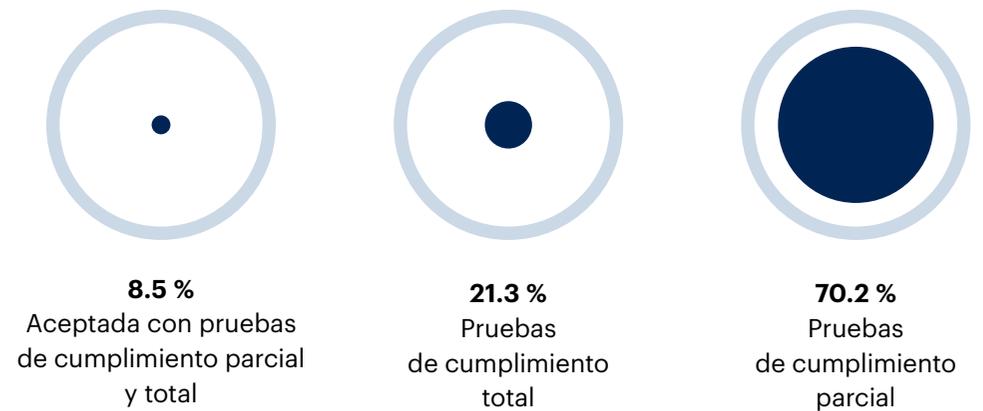
¹²⁰ Folio 35100000079821. La **CNDH** informó que la selección de búsqueda la realizó utilizando los siguientes filtros: Narración de hechos: "violencia obstétrica" (13); Hechos violatorios: Contracepción forzada (7); Obstaculizar la decisión sobre el número y espaciamiento de los hijos (6); Omitir u obstaculizar el ejercicio del derecho a la libertad de procreación (16); Inducir a la mujer a la pérdida del producto de la concepción (1); Omitir prestar asistencia médica especial, en caso de maternidad e infancia (114); Privación de la vida del producto de la concepción (22); Negligencia médica (narración de hechos); Embarazo (261); Parto (267) y Puerperio (3).

*Nota. Un mismo expediente puede ser calificado con uno o más hechos violatorios.



relativas a estos casos en el mismo periodo.¹²¹ De estas, **55.3** por ciento **fueron dirigidas al IMSS**, mientras que 44.7 por ciento fueron dirigidas a otras instancias, como los gobiernos estatales, las fiscalías generales de los estados y la SEDENA. En cuanto a su cumplimiento, **la mayoría (70.2 por ciento) se encuentran aceptadas con pruebas de cumplimiento parcial**, 21.3 por ciento con pruebas de cumplimiento total y 8.5 por ciento aceptadas con pruebas de cumplimiento tanto total como parcial.

Recomendaciones emitidas por la CNMH en casos de violencia obstétrica por grado de cumplimiento (enero 2015 a diciembre 2020)



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos a través de solicitudes de acceso a la información.

Por su parte, las **comisiones locales de derechos humanos** reportaron haber recibido **712 quejas en total y haber emitido 195 recomendaciones** para **casos de violencia obstétrica** entre enero de 2015 y diciembre de 2020.

Las comisiones locales que reportaron un mayor número de quejas por casos de violencia obstétrica fueron Durango (81), Oaxaca (70), Ciudad de México (58) y Baja California (52), mientras que las que reportaron un mayor número de recomendaciones fueron Guanajuato (27), Guerrero (23) y San Luis Potosí (20).

¹²¹ En las 47 recomendaciones emitidas por esta institución se consideraron los filtros para hecho violatorio: "Contracepción forzada", "Obstaculizar la decisión sobre el número y espaciamiento de los hijos", "Omitir u obstaculizar el ejercicio del derecho a la libertad de procreación", "Inducir a la mujer a la pérdida del producto de la concepción", "Omitir prestar asistencia médica especial, en caso de maternidad e infancia" y "Privación de la vida del producto de la concepción", así como en Síntesis de la Recomendación la frase "Violencia obstétrica"; y el filtro de Hecho Violatorio "Negligencia médica".

Quejas y recomendaciones por violencia obstétrica ante comisiones locales de derechos humanos (enero 2015 a diciembre 2020)

Entidad	Quejas	Recomendaciones
Aguascalientes	0	0
Baja California	52	5
Baja California Sur	No respondió lo solicitado ¹²²	No se encontraron recomendaciones ¹²³
Campeche	0	0
Coahuila	21	5
Colima	4	0
Chiapas	17	2
Chihuahua	33	7
Ciudad de México	58	4
Durango	81	2
Guanajuato	51	27
Guerrero	Sin respuesta ¹²⁴	23
Hidalgo	10	1
Jalisco	24	13 ¹²⁵
México	40	6
Michoacán	Sin respuesta	8

¹²² La Comisión Estatal de Baja California Sur respondió que la información solicitada está disponible en la página web institucional.

¹²³ La Comisión Estatal de Baja California Sur respondió que la información solicitada está disponible en la página web institucional. Después de revisar los links de la respuesta, no se encontró ninguna recomendación por violencia obstétrica y/o malos tratos y/o negligencia médica a mujeres, con motivo de atención del control prenatal, embarazo, parto o puerperio.

¹²⁴ En aquellos casos en los que se reporta "sin respuesta", a pesar de que la solicitud de acceso a la información aparece como terminada en la Plataforma Nacional de Transparencia (PNT), no hay respuesta o bien, derivado de la migración al sistema SISA I 2.0, en la PNT no hay registro de la solicitud.

Entidad	Quejas	Recomendaciones
Morelos	Sin respuesta	Sin respuesta
Nayarit	11	4
Nuevo León	13	1
Oaxaca	70	4
Puebla	16	4
Querétaro	24	4
Quintana Roo	40	0
San Luis Potosí	Sin desagregación conforme a lo solicitado ¹²⁶	20
Sinaloa	27	8
Sonora	7	3
Tabasco	21	15
Tamaulipas	18	1
Tlaxcala	1	0
Veracruz	30	16
Yucatán	17	3
Zacatecas	26	9
Total	712	195

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos a través de solicitudes de acceso a la información.

¹²⁵ La Comisión Estatal de Derechos Humanos de Jalisco respondió que sus resoluciones son de carácter público y proporcionó la liga electrónica en la que se encuentran procesadas (cedhj.org.mx). Después de un rastreo del número de recomendaciones en casos de violencia obstétrica y/o malos tratos y/o negligencia médica a mujeres, con motivo de atención del control prenatal, embarazo, parto o puerperio del periodo comprendido entre el 1 de enero de 2015 al 1 de enero de 2021, fueron encontradas un total de 13. PNT, folio 06236421.

¹²⁶ PNT, folio 00625421. Reportaron 237 casos, que corresponden al número de quejas por distintas violaciones del derecho a la salud en general, sin especificar cuántos de ellos corresponden a violencia obstétrica.

De las 195 recomendaciones emitidas por las comisiones locales de derechos humanos, 36.4 por ciento fueron aceptadas con pruebas de cumplimiento parcial, **solo 26.7 por ciento se han cumplido totalmente**, 16.9 por ciento se encuentran en proceso de cumplimiento, 6.2 por ciento fueron cumplidas de forma parcial y 11.8 por ciento no desagregaron el estado de cumplimiento.

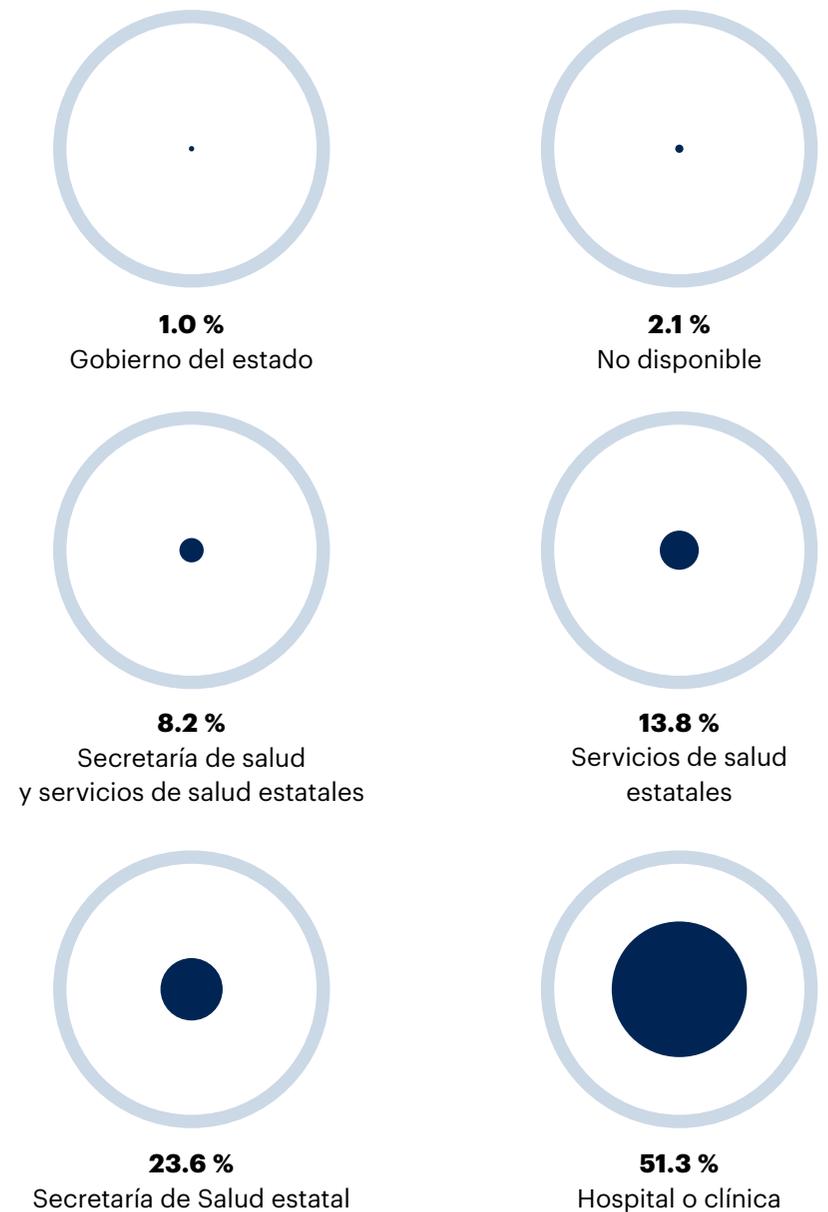
Recomendaciones emitidas por las comisiones locales de derechos humanos en casos de violencia obstétrica, por nivel de cumplimiento (enero 2015 a diciembre 2020)



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos a través de solicitudes de acceso a la información.

Respecto a la autoridad señalada como responsable en las recomendaciones emitidas, **51.3 por ciento fueron hospitales o clínicas**,¹²⁷ 23.6 por ciento secretarías de salud estatales, 13.8% servicios de salud estatales, 8.2 por ciento secretarías de salud y servicios de salud estatales, 2.1 por ciento no reportó esta desagregación y en dos casos (uno por ciento) fueron dirigidas al Gobierno del estado.

Recomendaciones emitidas por las comisiones locales de derechos humanos en casos de violencia obstétrica, por tipo de institución involucrada (enero de 2015 a diciembre de 2020)



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos a través de solicitudes de acceso a la información.

¹²⁷ No se especifica de qué institución.



El tiempo promedio desde la fecha de presentación de la queja hasta la emisión de la recomendación para los casos de violencia obstétrica en las **comisiones locales de derechos humanos fue de 606 días**, aunque hay quejas que tardaron más de mil días en ser concluidas. A nivel federal, el promedio de tiempo para su resolución, con la emisión de una recomendación, fue de **665 días**.

Respecto a los casos de muerte materna registrados entre enero de 2015 y diciembre de 2020, a nivel federal, **la CNDH reportó solo 25 quejas**. En cuanto a las recomendaciones emitidas por esta institución, el filtro de búsqueda aplicado por la **CNDH arrojó cinco recomendaciones** para casos de muerte materna en el periodo considerado. Por su parte, las comisiones de derechos humanos locales, en el mismo periodo, reportaron haber recibido **134 quejas por casos de muerte materna y haber emitido 52 recomendaciones**. Es importante señalar que seis comisiones locales no respondieron a la **SAI** sobre quejas y recomendaciones. Los estados con mayor número de quejas por muerte materna registradas fueron la Ciudad de México (47), Jalisco (21) y Chiapas (10), mientras que los que reportan un mayor número de recomendaciones fueron Tabasco (14), Veracruz (6) y Baja California (5).

Quejas y recomendaciones reportadas por las comisiones locales de derechos humanos en casos de muerte materna (enero 2015 a diciembre 2020)

Entidad	Quejas	Recomendaciones
Aguascalientes	0	0
Baja California	No se tiene información	5
Baja California Sur	Sin respuesta	Sin respuesta
Campeche	0	0
Coahuila	3	2
Colima	No respondió lo solicitado ¹²⁸	0
Chiapas	10	1
Chihuahua	2	2
Ciudad de México	47	2
Durango	5 ₁₂₉	2
Guanajuato	7	3
Guerrero	Sin respuesta	Sin respuesta
Hidalgo	2	1
Jalisco	21	1
México	1	Sin respuesta
Michoacán	9	1

¹²⁸ La comisión Estatal del Estado de Colima respondió el número de quejas por violencia obstétrica. Folio: 00382121.

¹²⁹ La Comisión Estatal de Derechos Humanos de Durango proporcionó un documento con un total de 80 quejas recibidas en contra de personas prestadoras de servicios de salud en el marco de la atención gineco-obstétrica de las cuales marcaron las cinco que corresponden a muerte materna. Por lo tanto, fueron estas últimas las que se contabilizaron. Folio: 00487821.

¹³⁰ La Comisión Estatal de Derechos Humanos de Puebla respondió el número de quejas por violencia obstétrica. Folio: 01489221.

Entidad	Quejas	Recomendaciones
Morelos	Sin respuesta	Sin respuesta
Nayarit	7	3
Nuevo León	0	0
Oaxaca	9	2
Puebla	No respondió lo solicitado ¹³⁰	No respondió lo solicitado ¹³¹
Querétaro	Sin respuesta	Sin respuesta
Quintana Roo	0	0
San Luis Potosí	1	3
Sinaloa	2	No respondió lo solicitado ¹³²
Sonora	2	2
Tabasco	Sin respuesta	14
Tamaulipas	No respondió lo solicitado ¹³³	0
Tlaxcala	Sin respuesta	0
Veracruz	3	6
Yucatán	2	2
Zacatecas	1	0
Total	134	52

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos a través de solicitudes de acceso a la información.

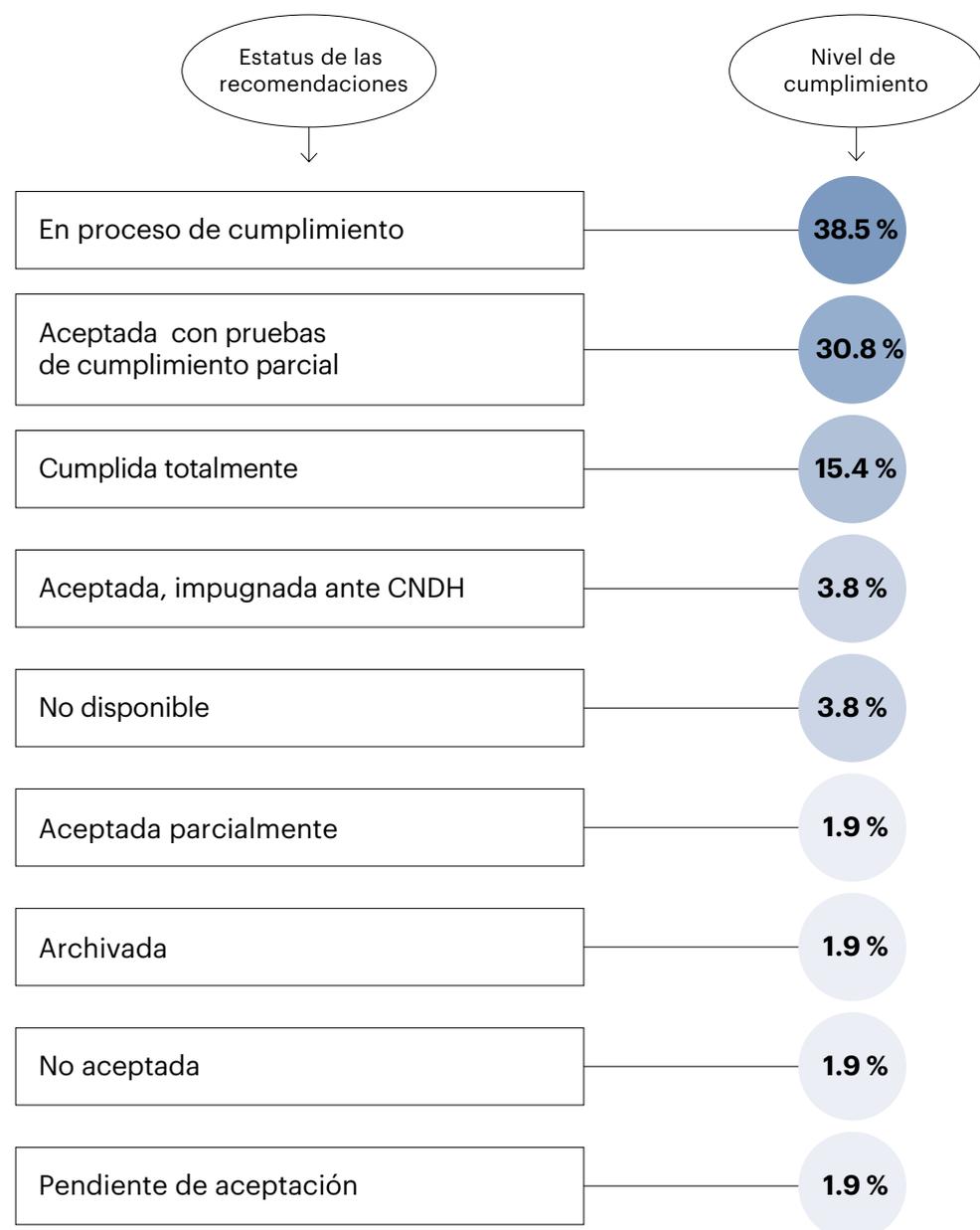
¹³¹ La Comisión Estatal de Derechos Humanos de Puebla respondió una recomendación por violencia obstétrica. Folio: 01508821.

¹³² La Comisión Estatal de Derechos Humanos de Sinaloa proporcionó el enlace a través del cual es posible acceder a las recomendaciones emitidas (<https://www.cedhsinaloa.org.mx/index.php/recomendaciones/2008-2020>); sin embargo, no respondió el número de recomendaciones por muerte materna. Folio: 01031321

¹³³ La Comisión Estatal de Derechos Humanos de Tamaulipas respondió el número de quejas por violencia obstétrica.

Del total de recomendaciones emitidas por las comisiones locales de derechos humanos por casos de muerte materna, **38.5** por ciento **se encuentran en proceso de cumplimiento**, 30.8 por ciento se encuentran aceptadas con pruebas de cumplimiento parcial, 15.4 por ciento se encuentran cumplidas en su totalidad y 3.8 por ciento fueron aceptadas e impugnadas ante la CNDH. El resto de las recomendaciones han sido aceptadas de forma parcial, archivadas, no aceptadas, se encuentran pendientes de aceptación o no hubo respuesta en relación con el estado en el que se encuentran.

Recomendaciones emitidas en casos de muerte materna por estatus (enero 2015 a diciembre 2020)



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos a través de solicitudes de acceso a la información.

Además, **42.3** por ciento **de las instituciones involucradas en las recomendaciones fueron hospitales o clínicas**,¹³⁴ 32.7 por ciento secretarías de salud estatales, 9.6 por ciento servicios de salud estatales, 7.7 por ciento secretarías de salud y servicios de salud estatales y en el 7.7 por ciento restante se involucraron otras instituciones como el Tribunal Superior de Justicia y el Consejo de la Judicatura del Estado; la Fiscalía General del Estado y la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia estatal; la Asamblea Legislativa, y la Secretaría de Seguridad Pública. Por último, las recomendaciones tardaron **728 días en promedio** desde la fecha de presentación de las quejas hasta la emisión de una recomendación.

Si bien las comisiones de derechos humanos —federal y locales— pueden constituir un mecanismo clave para obtener acceso a la justicia, el proceso desde la presentación de una queja hasta la emisión de una recomendación es, en general, sumamente largo. En los casos de violencia obstétrica, el tiempo promedio desde el registro de la queja hasta la emisión de una recomendación fue de 606 días, mientras que para los casos de muerte materna fue de 728 días. Por su parte, la CNDH tardó 665 días, en promedio, desde la presentación de una queja por violencia obstétrica hasta su conclusión, para la emisión de una recomendación.

Asimismo, se observó que varias comisiones locales de derechos humanos no incluyen en sus catálogos ni en sus filtros de búsqueda la violencia obstétrica ni la muerte materna como hechos violatorios, lo que compromete la calidad de la información reportada. Para poder conocer la prevalencia en estos casos, es conveniente que se incluyan de manera explícita la violencia obstétrica y la muerte materna en los catálogos, o bien registrar que se trata de acciones y omisiones en el ámbito de la atención del embarazo, parto y puerperio.

3.1.4. Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV) y comisiones de atención a víctimas locales

El acceso a una reparación integral constituye el último componente del derecho de toda persona a acceder a la justicia y el Estado está obligado a reparar de manera integral a las personas cuyos derechos humanos han sido violados. La reparación integral es el mecanismo de acceso a la justicia previsto en la Ley General de Víctimas. Este mecanismo comprende medidas de restitución, compensación, rehabilitación, satisfacción y de no repetición con el objetivo de restablecer, en la medida de lo posible, la situación anterior al hecho delictivo o a las violaciones de derechos humanos. Asimismo, incluye medidas de reparación a las víctimas —materiales e inmateriales, físicas y psicológicas— y tiene el objetivo de evitar que hechos similares queden impunes y se repitan en el futuro.¹³⁵

¹³⁴ No se especifica de qué institución.

¹³⁵ Sobre la descripción del mecanismo de acceso a la reparación integral se sugiere ver GIRE, *Sin reparación no hay justicia. Obstáculos para la reparación integral por violaciones a derechos humanos en México*, 2021. Disponible: <https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2022/01/Informe-CEAV.pdf>

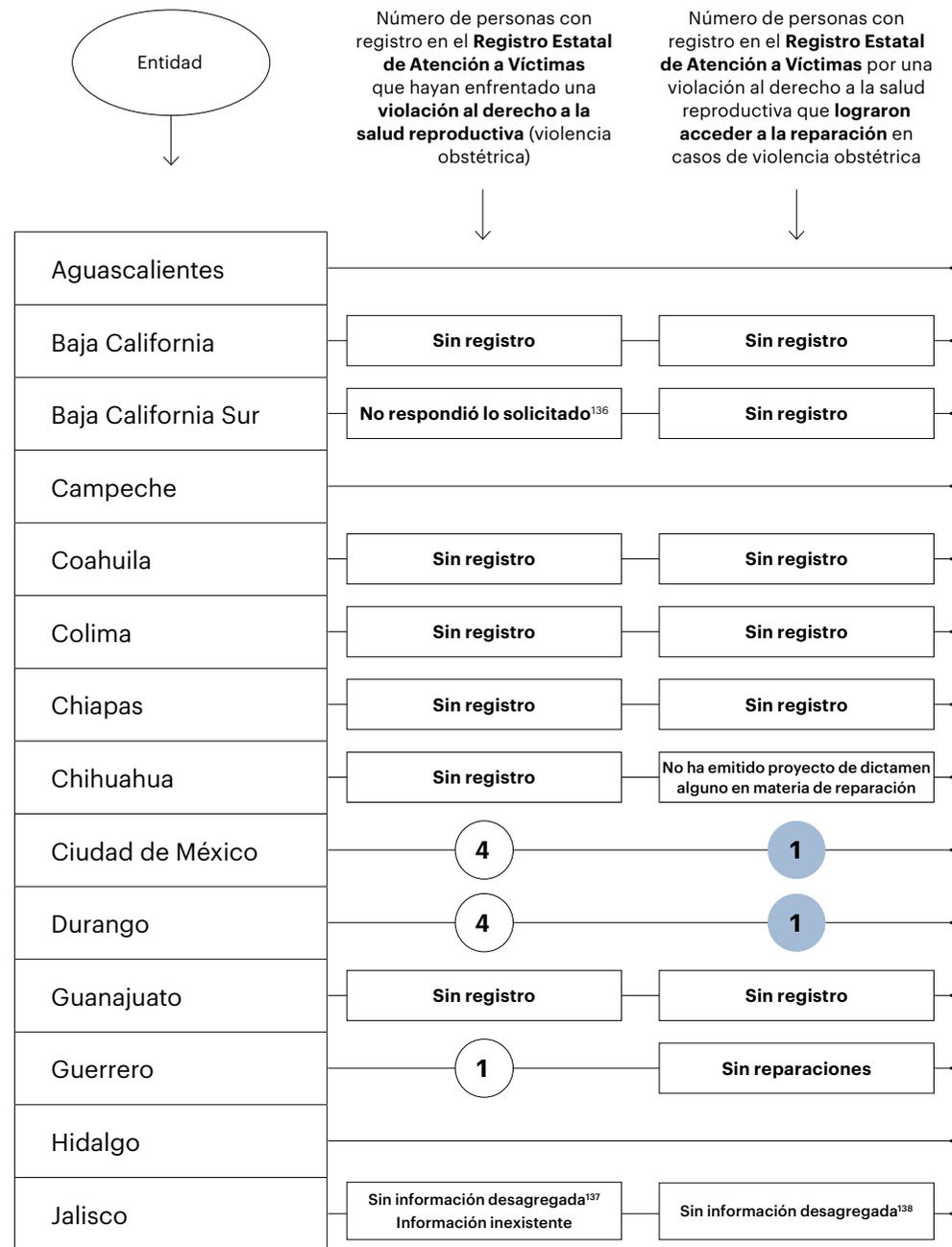


Se enviaron solicitudes de acceso a la información a la **CEAV** y a las comisiones locales de atención a víctimas sobre el número de personas incluidas en el Registro Nacional de Atención a Víctimas (**RENAVI**), así como a los registros estatales de atención a víctimas en relación con casos registrados relacionados con violaciones al derecho a la salud reproductiva (violencia obstétrica). Asimismo, se les solicitó información en relación con el número que logró acceder a la reparación en el periodo comprendido entre enero de 2015 y diciembre de 2020.

Al respecto, la **CEAV** contestó que, con base en la información sistematizada en el **RENAVI**, **no es posible detallar si las violaciones al derecho a la salud reproductiva se refieren a violencia obstétrica**. Por ello, declararon no estar obligados a procesar información ni generar documentos *ad hoc* y no respondieron a la solicitud. Sin embargo, en el periodo comprendido entre enero de 2015 y diciembre de 2020, la **CEAV** reportó un total de **18 reparaciones** en favor de las víctimas por violaciones a derechos sexuales y reproductivos; a la vida y a la salud en un contexto de violencia obstétrica; y a una vida libre de violencia obstétrica y autonomía reproductiva, sin proporcionar más detalles de estos casos. También se solicitó información a la **CEAV** en relación con los tiempos en los que lograron acceder a la reparación, así como los tipos de reparaciones o, en su caso, los montos de la reparación. Su respuesta fue que cada caso tiene un tratamiento especializado de acuerdo con las circunstancias particulares del mismo, por lo que los tiempos, desde la recepción de la solicitud hasta la emisión de la determinación de su proceso, varían.

Por su parte, las comisiones locales de atención a víctimas que registraron al menos una víctima, reportaron un total de **54 personas en el Registro Estatal de Víctimas** por violaciones a su salud reproductiva, de las cuales solo **24 lograron acceder a la reparación**.

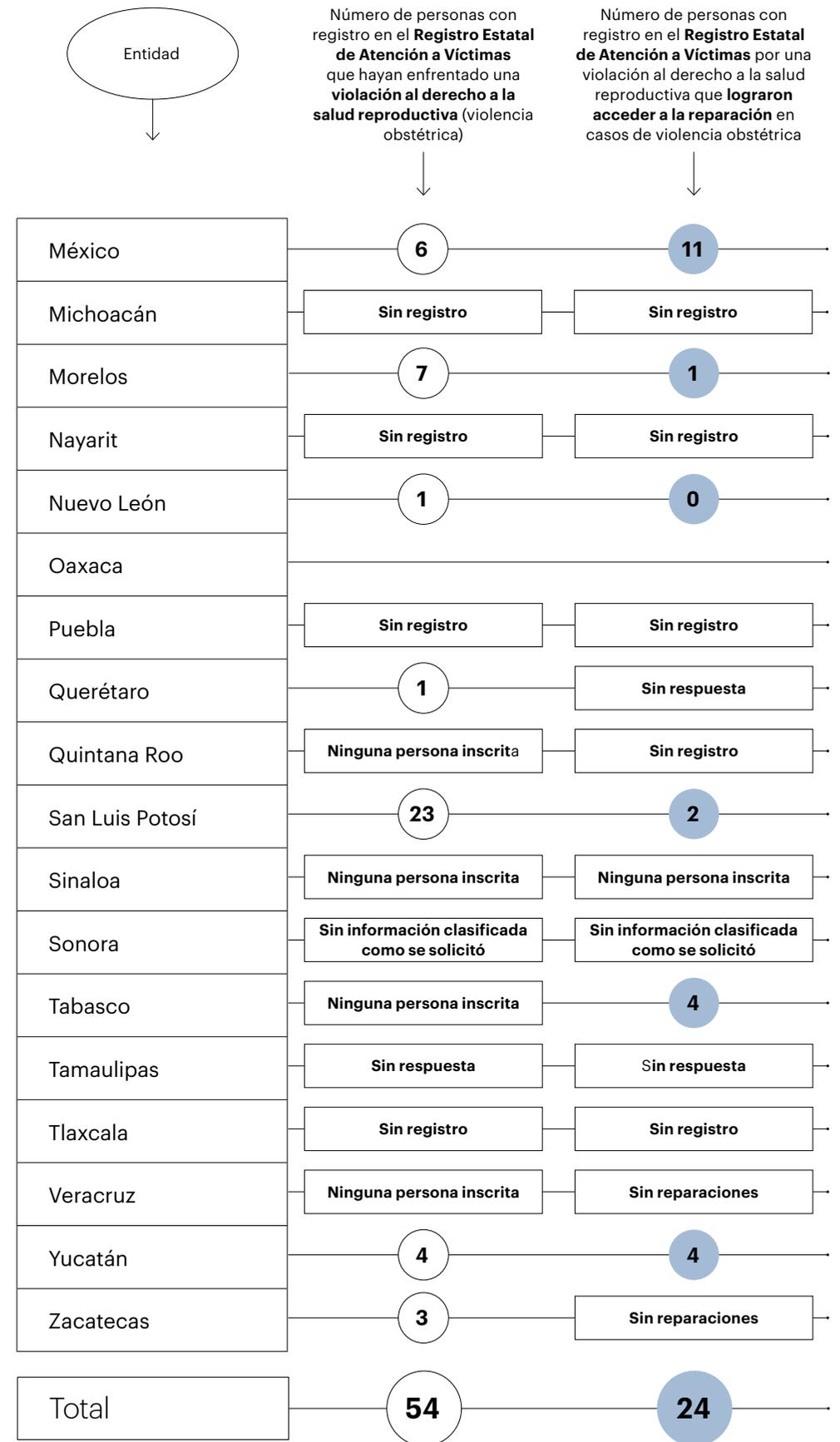
Casos de violencia obstétrica registrados por las comisiones locales de atención a víctimas (enero 2015 a diciembre 2020)



¹³⁶ La Procuraduría General de Justicia, al igual que la Secretaría de Gobierno de Baja California Sur, respondió a una pregunta distinta a la solicitada. Folio 030075421000018.

¹³⁷ La Comisión Estatal de Atención a Víctimas de Jalisco reportó el número total de personas inscritas en el Registro Estatal de Víctimas (1070), sin especificar cuáles correspondían a violencia obstétrica. Por lo tanto, dicha cifra no fue cuantificada. Folio 07118421.

¹³⁸ La Comisión Estatal de Atención a Víctimas de Jalisco reportó el número total de personas que han accedido a una reparación integral (257), sin especificar cuáles corresponden a violencia obstétrica. Por lo tanto, dicha cifra no fue cuantificada. Folio 07122121.



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos a través de solicitudes de acceso a la información.

Los estados de Aguascalientes, Campeche, Hidalgo y Oaxaca no cuentan con una Comisión Estatal de Atención a Víctimas; por lo tanto, las **SAI** fueron enviadas a las secretarías de gobierno locales. Destaca el caso de Aguascalientes, ya que la Fiscalía respondió que la Secretaría de Gobierno es competente para atender la solicitud, mientras que esta última informó que la Fiscalía es la autoridad competente. Así, no queda claro quién tiene la responsabilidad de reportar esta información.

En el caso de Campeche, la Secretaría de Gobierno señaló al Instituto de Acceso a la Justicia como sujeto obligado, mismo que respondió que no tiene registro de personas inscritas en el Registro Estatal de Víctimas, ni registro de las personas que lograron acceder a la reparación. Por su parte, la Secretaría de Gobierno de Oaxaca respondió que en el Registro Estatal de Víctimas hay una persona que enfrentó una violación al derecho a la salud reproductiva y que no existe registro de personas que hayan logrado acceder a la reparación. Por último, en el caso de Hidalgo, las **SAI** que se hicieron a la Secretaría de Gobierno aún están en proceso, a pesar de que el plazo máximo de respuesta ya transcurrió.¹³⁹ Por lo tanto, no hay respuesta por parte de dicha entidad.

De acuerdo con las **SAI**, solo 44.4 por ciento de las personas registradas en el Registro Estatal de Víctimas por algún caso de violencia obstétrica lograron acceder a la reparación. En la mayoría de los casos, el acceso a la reparación integral implica un proceso largo y complejo. Aun en aquellos casos en los que se logra que la **CEAV** (ante violaciones de derechos humanos por autoridades federales) o una comisión local de víctimas (ante violaciones de derechos humanos por autoridades de una entidad federativa) emita dictámenes en los que se ordenen medidas de reparación integral, no hay garantía de que estas se realicen. Ello se debe a que varias de las medidas de reparación corresponden a otras autoridades, sin que se cuente con la capacidad institucional para garantizar su cumplimiento. Por este motivo, dichas reparaciones quedan sujetas a su disposición o suficiencia de recursos y no siempre se llevan a cabo.

3.1.5. Fiscalías generales y poderes judiciales estatales

En el caso de los estados que tienen tipificado el delito de violencia obstétrica, se enviaron **SAI** a las fiscalías generales de justicia y a los poderes judiciales estatales. Recurrir de manera desproporcionada al derecho penal para el tratamiento de problemas sociales estructurales, como la violencia obstétrica y la muerte materna, es incompatible con un Estado democrático de derecho. La vía penal individualiza el problema hacia el personal de salud, el cual con frecuencia desempeña su trabajo en condiciones que comprometen su capacidad y la calidad de la atención que brindan. Por ello, esta vía difícilmente contribuirá a evitar prácticas de violencia obstétrica y muerte materna, cuyo carácter es estructural.

¹³⁹ Folios: 00617421 y 00605521.

A pesar de lo anterior, en algunos estados en los que la violencia obstétrica está tipificada como delito, la vía penal funciona como un mecanismo para denunciar este tipo de casos. Para conocer el uso de este mecanismo, se hicieron solicitudes de acceso a la información sobre el número de denuncias y de carpetas judiciales, así como sobre las sentencias por violencia obstétrica en función de la fecha en la que se tipificó como delito en sus códigos penales, como se describe en la siguiente tabla.

En este periodo, las fiscalías de los estados reportaron **46 denuncias** o carpetas de investigación iniciadas por el delito de violencia obstétrica, mientras que los poderes judiciales respondieron **no haber emitido o no tener registro alguno de sentencias por dicho delito**.

Denuncias y sentencias relativas a violencia obstétrica

Entidad	Fecha en la que se tipificó como delito en sus códigos penales	Número de denuncias	Número de carpetas judiciales	Número de sentencias
Chiapas	diciembre 2014 a diciembre 2020	2	0	0
Guerrero	agosto 2014 a diciembre 2020	0	0	0
México	marzo 2016 a diciembre 2020	No se procesa información al grado de detalle que se solicita	0	0
Quintana Roo	julio 2017 a diciembre 2020	16	0	0
Veracruz	abril 2010 a diciembre 2020	28	Incompetencia	0
Yucatán	julio 2019 a diciembre 2020	Inexistencia	Incompetencia	0

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos a través de solicitudes de acceso a la información.

Por su parte, en el estado de Aguascalientes está tipificado el delito de **responsabilidad profesional médica**.¹⁴⁰ En esta entidad, la Fiscalía General reportó tener registradas **42 denuncias** por responsabilidad profesional médica y 68 denuncias por responsabilidad médica y asistencial, de las cuales no se emitió ninguna sentencia en el periodo de junio de 2018 a diciembre de 2020.

Con relación a la vía penal como mecanismo de acceso a la justicia, uno de los hallazgos derivados de las respuestas obtenidas a las SA es que, a pesar de existir denuncias por violencia obstétrica en los estados en los que esta conducta se encuentra tipificada como delito, no se ha emitido ninguna sentencia por estos delitos en los últimos cinco años. Si bien este dato puede ser indicativo de las debilidades del sistema de justicia penal en México, es importante reiterar que la incidencia de la violencia obstétrica y la muerte materna está relacionada con problemas estructurales que escapan por completo a la misión del derecho penal. Esto, sobre todo, en un país desbordado por la demanda de servicios sanitarios y en el que la inversión en salud es insuficiente. En este escenario, la penalización podría incluso profundizar los problemas existentes, más que contribuir a prevenir este tipo de violencia.

Además de no resolver el problema, el proceso penal puede ser revictimizante y representar costos para las víctimas asociados al proceso, con frecuencia, durante un tiempo prolongado; entre ellos, la transportación a tribunales, juzgados u oficinas públicas alejados de su lugar de residencia o el pago de honorarios por la representación legal. Así, una perspectiva punitivista no garantiza que el Estado cumpla con la obligación de crear condiciones óptimas para que las mujeres y personas con capacidad de gestar tomen decisiones libres, informadas y sin violencia sobre su destino reproductivo.

¹⁴⁰ ARTÍCULO 157.- Responsabilidad profesional médica. La Responsabilidad Profesional Médica consiste en:

- ix. Incumplir o dejar de realizar los actos o los protocolos necesarios para la atención médica a la mujer durante el embarazo, parto, puerperio o emergencias obstétricas;
- x. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario de la mujer o ante su imposibilidad el consentimiento de quien esté facultado legalmente para otorgarlo;
- xi. Practicar una cesárea, existiendo condiciones para el parto natural y sin obtener el consentimiento voluntario de la mujer o ante su imposibilidad el consentimiento de quien esté facultado legalmente para otorgarlo;
- xii. Imponer cualquier método anticonceptivo, realice esterilización o cualquier intervención quirúrgica que impida la concepción, sin justificación médica de emergencia o sin consentimiento expreso de la mujer o ante su imposibilidad el consentimiento de quien esté facultado legalmente para otorgarlo; o
- xiii. Practicar un procedimiento médico quirúrgico de especialidad sin contar con los requisitos establecidos en la Ley General de Salud.

Al responsable de la comisión de la presente figura típica se le aplicarán de 1 a 3 años de prisión, de 50 a 200 días multa, al pago total de la reparación de los daños y perjuicios ocasionados y de 6 meses a 3 años de inhabilitación para ejercer su profesión.

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

- i. Impidan la salida del paciente o retengan sin necesidad a un recién nacido, cuando aquél o sus familiares lo soliciten, aduciendo adeudos de cualquier índole;
- iii. Nieguen o restrinjan el acceso al hospital o centro de salud, a una mujer embarazada, cuando haya riesgo de afectación a su salud o integridad física, así como del producto de la concepción; o
- iv. Proporcionen sin causa justificada un lugar inapropiado a la mujer embarazada para realizarle el parto.

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

Conclusiones sobre las solicitudes de 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 accesible. El acceso a dicha información representa un mecanismo fundamental para la rendición de cuentas.

Por otra parte, el Estado tiene la obligación de adoptar medidas para generar y procesar información debidamente desagregada. Asimismo, debe entregar esa información de forma oportuna, completa, accesible, fidedigna y oficiosa. Esto es esencial para conocer el nivel de cumplimiento por parte del Estado tanto de sus obligaciones, como de los retos y las rutas para lograr un cambio hacia la justicia reproductiva en México.

A pesar de esta obligación, es frecuente que las comisiones de derechos humanos proporcionan información sobre negligencia médica sin especificar si esta corresponde a hechos ocurridos durante la atención del embarazo, parto o puerperio. Asimismo, reportan no contar con quejas por violencia obstétrica o muerte materna por no constar esta clasificación, lo cual puede ser indicio de la deficiencia en el registro de las mismas. Es fundamental que las comisiones de derechos humanos —tanto la nacional como las locales— generen registros completos, desagregados y con información precisa acerca de las quejas presentadas y las recomendaciones emitidas.

Además, se advirtió que son muy pocos los sujetos obligados que registran características desagregadas de las personas que presentan las quejas, como su edad, condición socioeconómica, discapacidad o si hablan alguna lengua indígena. Es indispensable que las instituciones cuenten con sistemas de información que permitan la elaboración de bases de datos sobre la incidencia y el acceso a la justicia en el caso de situaciones de violencia obstétrica y muerte materna a nivel local y nacional, así como información sobre la incidencia en ciertas poblaciones en situación de vulnerabilidad, como las personas con discapacidad o indígenas.

3.2 Análisis de casos

Entre enero de 2010 y enero de 2022, GIRE registró 50 casos de violencia obstétrica y muerte materna, documentó 23 y dio acompañamiento a 87 más. El acompañamiento de GIRE en estos casos incluye también el seguimiento para el acceso a una reparación integral, pues esta constituye el último componente del derecho de toda persona a acceder a la justicia. Hasta enero de 2022, GIRE acompaña 16 casos de violencia obstétrica y nueve casos de muerte materna en etapa de reparación integral.¹⁴¹

¹⁴¹ GIRE decidió emprender la estrategia de seguimiento para el acceso a una reparación integral por violaciones a derechos humanos desde 2016 con el objeto de impulsar acciones, ya no solo ante autoridades federales y locales responsables de violaciones a derechos reproductivos y de su reparación, sino también ante la CEAV y las comisiones locales de atención a víctimas.



El impacto de la violencia obstétrica y la muerte materna

Para Impunidad Cero y para GIRE, un aspecto fundamental de este trabajo es que los casos analizados muestren la evolución o regresión de los criterios de interpretación de los derechos afectados por la violencia obstétrica y la muerte materna. Otro punto importante es hacer visibles las fallas estructurales de las instituciones del país que derivan en situaciones de violencia de género e impunidad y repercuten en el acceso a la justicia reproductiva.

Los casos de Sonia, Elizabeth, Liliana y Anita,¹⁴² todos ellos acompañados por GIRE, permiten tener una visión más amplia de lo que implica la impunidad, más allá de lo punitivo, y muestran la importancia del acceso a la justicia, incluida la reparación integral hacia las sobrevivientes.

En los cuatro casos se puede observar que las consecuencias de la violencia no se limitaron al plano individual, sino que afectaron diversos sectores y privaron a las víctimas de cualquier posibilidad de realizar sus proyectos de vida. Así, aunque algunos hayan obtenido un resultado legal, este no ha sido suficiente para proporcionarles una reparación integral.

Como ya se mencionó, la esterilización forzada o no consentida constituye una manifestación de la violencia obstétrica. Esta práctica afecta sobre todo a mujeres en condiciones de marginalidad y se presenta en escenarios en los que el personal de salud recaba su consentimiento para aceptar un método anticonceptivo cuando se encuentran en una situación de gran vulnerabilidad antes, durante o después del parto. En ocasiones, el consentimiento informado es recabado con violencia, a través de intimidaciones, regañones, humillaciones, e incluso del condicionamiento de la atención médica para que lo firmen.

El caso de Sonia es una muestra de este tipo de prácticas, en las que el personal de salud no toma en cuenta factores relevantes a la hora de obtener el consentimiento informado, en particular en procedimientos de emergencia obstétrica. Asimismo, muestra la complejidad y el largo camino que tienen que recorrer las sobrevivientes para lograr el reconocimiento de la violación de sus derechos humanos.

¹⁴² Los nombres de los casos de Sonia y Elizabeth han sido cambiados por respeto a su privacidad. La familia de Anita autorizó a GIRE utilizar su nombre en este informe. Liliana autorizó a GIRE utilizar su nombre en este informe.

SONIA

2016 NOVIEMBRE

Sonia, quien ya recibía atención médica, comenzó a presentar presión arterial alta en el séptimo mes de gestación. El personal de salud le indicó que no era hipertensa y que no existían problemas con su embarazo.

2017 ENERO

19 A las 38 semanas de gestación, comenzó a tener dolores de parto y acudió a la Unidad Médica Familiar, donde le tomaron la presión y le dijeron que la tenía elevada. Le dieron un pase al Hospital General de Zona No. 9 del IMSS, en Ciudad Guzmán, Jalisco.

29 Ingresó al hospital de Ciudad Guzmán con pocos dolores de parto.

30 La ginecóloga que le hizo el tacto le dijo que no tenía dilatación, por lo que le aplicaron un medicamento para que dilatara, el cual no hizo efecto.

31 Volvió a presentar presión alta y, una vez más, las enfermeras le dieron el medicamento para la presión.

Cuando la trasladaron a urgencias, le dijeron que solo tenía dos centímetros de dilatación.

FEBRERO

1 En la tarde fue trasladada al quirófano. La ginecóloga le indicó que le harían una cesárea urgente y le preguntó si ya había hablado con su esposo sobre no volver a embarazarse. Cuando Sonia le contestó que aún no había hablado de ese tema con su esposo, la ginecóloga salió a hablar con él y con su mamá.

La doctora dijo al esposo y a la mamá de Sonia que, por motivos de salud, no era conveniente que tuviera otro embarazo; que ella ya había hablado con Sonia y que estaba de acuerdo y había firmado para que le practicaran la oclusión tubaria bilateral (OTB). Ambos le creyeron y firmaron como testigos en el formato que les proporcionó.

Cuando la ginecóloga regresó con Sonia y le dijo que su esposo ya había firmado el consentimiento para que le realizaran la OTB, ella, cansada, después de cuatro días de parto, se sintió presionada e intimidada y firmó el consentimiento minutos antes de entrar al quirófano.

OCTUBRE

29 Con el acompañamiento de GIRE, Sonia presentó una queja ante la CNDH en contra del hospital por los actos violatorios de derechos humanos consistentes en la esterilización no consentida de la que fue víctima.

DICIEMBRE

18 El IMSS de Jalisco inició una investigación administrativa por el trato que recibió Sonia.

2018 FEBRERO

28 Con el acompañamiento de GIRE, Sonia presentó una demanda de amparo indirecto en contra del hospital por tratos crueles, inhumanos y degradantes, falta de atención médica adecuada y esterilización no consentida.

ABRIL

23 El juez sobreseyó el juicio por considerar que la existencia de un documento de consentimiento informado firmado por Sonia era suficiente para probar que le brindaron la atención médica adecuada.

MAYO

10 Se interpuso un recurso de revisión en contra de la resolución que sobreseyó el juicio.

JULIO

30 El IMSS determinó en la investigación administrativa que la queja no era procedente desde el punto de vista médico y que, por no existir responsabilidad civil, no había lugar a la indemnización.

SEPTIEMBRE

7 Se presentó un amparo indirecto en contra de la determinación de la investigación administrativa del IMSS.

2019 FEBRERO

6 La Primera Sala de la SCJN ejerció la facultad de atracción del recurso de revisión de la resolución que sobreseyó el juicio.

8 Se concedió el amparo contra la resolución de la investigación administrativa del IMSS para que la autoridad emitiera un nuevo acto. Con el nuevo oficio de autoridad, la sentencia se consideró cumplida, al no poder pronunciarse la juez de amparo en relación con la legalidad de este nuevo acto.

2021 MAYO

26 La Primera Sala de la SCJN resolvió, por unanimidad, otorgar el amparo a Sonia — presentado el 28 de febrero de 2018—, dado que se le practicó una esterilización sin contar con su consentimiento pleno, libre e informado, ya que fue obtenido en un ambiente de estrés, amenazas e intimidación.

SEPTIEMBRE

22 Recomendación 45/2021 dirigida al IMSS por la violación de los derechos a la protección de la salud, a una vida libre de violencia obstétrica, a la libertad y autonomía reproductiva con relación al consentimiento informado en servicios de anticoncepción, a elegir el número y espaciamiento de los hijos y al proyecto de vida.

2022

AL CIERRE DE ESTE INFORME La investigación administrativa del IMSS aún no ha sido concluida.

Para Sonia, el camino en la búsqueda de justicia para el reconocimiento de la violación de sus derechos ha sido largo y complejo. Sin embargo, con el acompañamiento de GIRE, logró que la SCJN reconociera que fue víctima de esterilización no consentida, como una forma de tortura, así como de violencia de género, violencia obstétrica y de tratos crueles, inhumanos y degradantes.

La sentencia ordena al hospital responsable prestar a Sonia atención médica quirúrgica sin costo, para que, en caso de ser viable desde el punto de vista médico y contar con su consentimiento informado, se revierta la esterilización. De no ser factible, instruye que se le ofrezca la posibilidad de acceder a un procedimiento de reproducción asistida practicada en el Instituto, o bien, en una institución privada de salud con cargo al IMSS. Además, ordenó al IMSS elaborar y difundir una guía para prevenir y erradicar conductas generadoras de violencia obstétrica institucional, centrada en la perspectiva de género y en la obtención y generación de un consentimiento libre, pleno, previo e informado de las usuarias sujetas a tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas derivadas de métodos anticonceptivos y planificación familiar.¹⁴³

Esta resolución del máximo tribunal de justicia en México constituye un precedente importante y representa un ejemplo de que juzgar con perspectiva de género es posible,¹⁴⁴ así como de la relevancia que puede tener el Poder Judicial en la defensa de los derechos reproductivos.

Por otra parte, en el caso de Sonia, la CNDH emitió la Recomendación 45/2021 por la violación de los derechos a la protección de la salud, a una vida libre de violencia obstétrica, a la libertad y autonomía reproductiva con relación al consentimiento informado en servicios de anticoncepción, a elegir el número y espaciamiento de los hijos y al proyecto de vida. La recomendación de la CNDH llegó casi cuatro años (46 meses) después de interpuesta la queja. Lo anterior es una muestra de que, en ocasiones, los procesos ante este tipo de instancias pueden alargarse durante varios años, lo que implica un retraso considerable en el acceso a la justicia para las personas sobrevivientes de violaciones a derechos humanos.

La Recomendación 45/2021 de la CNDH contienen once puntos recomendatorios.¹⁴⁵ Con la finalidad de garantizar la reparación integral, la Comisión especificó medidas de compensación, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición.

Medidas para garantizar la reparación integral solicitadas por la CNDH

Rehabilitación

- Brindar a Sonia y a su esposo atención psicológica gratuita, inmediata y en un lugar accesible por las afectaciones.

Satisfacción

- Colaboración del IMSS con la autoridad investigadora de la queja iniciada en el Órgano Interno de Control.
- Disculpa privada a Sonia y a su esposo.

Garantías de no repetición

- Cursos de capacitación al personal de salud encargado de la atención obstétrica.
- El envío de una circular al personal médico del área de tococirugía, ginecología y obstetricia del hospital en donde ocurrieron los hechos en la que se les exhorte a someterse al proceso de certificación y recertificación ante los consejos de especialidades médicas.
- La publicación de la recomendación en la página de internet del IMSS, con la finalidad de que el personal y las personas derechohabientes tengan conocimiento de este caso. Creación de un programa permanente para prevenir y atender casos de violencia obstétrica.
- La implementación de una campaña permanente de difusión en las clínicas y los hospitales del IMSS sobre los derechos de las usuarias en materia de salud reproductiva.

En los casos expuestos en este apartado, los daños derivados de la violencia institucional que originó la violencia obstétrica afectaron los proyectos de vida¹⁴⁶ de las personas sobrevivientes. En el caso de Elizabeth,¹⁴⁷ los efectos también repercutieron en su dificultad para insertarse en el ámbito laboral. Las lesiones físicas le impidieron realizar sus actividades y con las licencias médicas solo percibió 60 por ciento de su salario, que representaba un monto insuficiente para cubrir sus necesidades económicas básicas y las de su hija.

¹⁴³ SCJN, Primera Sala, Amparo en Revisión 1064/2019. Disponible en: https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/listas/documento_dos/2021-05/AR-1064-2019-20052021.pdf

¹⁴⁴ La SCJN ha incorporado la perspectiva de género al ámbito jurisdiccional como una forma de garantizar a las personas —sobre todo, a las mujeres, niñas y personas con expresiones de género e identidades sexuales no normativas— el acceso a la justicia de manera efectiva e igualitaria. El género produce impactos diferenciados en la vida de las personas, que deben ser tomadas en consideración al momento de apreciar los hechos, valorar las pruebas e interpretar y aplicar las normas jurídicas. SCJN, *Protocolo para Juzgar con Perspectiva de Género*, 2020, pp. 119 y 132. Disponible en: <https://www.scjn.gob.mx/derechos-humanos/sites/default/files/protocolos/archivos/2020-11/Protocolo%20para%20juzgar%20con%20perspectiva%20de%20g%C3%A9nero%20%28191120%29.pdf>

¹⁴⁵ CNDH. Recomendación 45/2021. Disponible en: https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2021-09/REC_2021_045.pdf

¹⁴⁶ La Corte IDH asoció al concepto por primera vez en la sentencia del caso Loayza Tamayo, en donde sostuvo que el “proyecto de vida” es la realización personal, que se vincula con las opciones que la persona puede tener para conducir su vida y alcanzar el destino que se propone. Por lo tanto, su cancelación o menoscabo implican la reducción objetiva de la libertad y la pérdida de un valor. Corte IDH, Caso Loayza Tamayo, Sentencia del 17 de septiembre de 1997, Serie C, párr. 149. Disponible en: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_33_esp.pdf

¹⁴⁷ Sobre el caso de Elizabeth también puede verse, GIRE, *La pieza faltante*, op. cit., p. 108.

ELIZABETH

2016 SEPTIEMBRE

18 Elizabeth, con 41 semanas de embarazo, acudió al Hospital General Regional con Unidad de Medicina Familiar (UMF) No.1 del IMSS, en Plan de Ayala, Cuernavaca con la fuente rota, sin dolores de parto y con una dilatación de dos centímetros. La internaron y le inyectaron una sustancia para inducir el parto, ya que no tenía contracciones.

Elizabeth menciona que, durante el parto, en una de las contracciones sintió un corte en la vagina. Su bebé nació sana.

19 Le realizaron tacto vaginal y rectal y, sin informarle su condición, le dieron a firmar una hoja para autorizar una operación. Por la tarde, un médico residente le dijo que tenía un desgarre de 4° grado.

21 Se le realizó una cirugía para solucionar un desgarre de 4° grado.

22 Le practicaron un enema evacuante y después le notificaron que tenía una fístula.

27 Fue dada de alta con una conexión recto-vaginal que requería una cirugía de reconstrucción que no fue atendida por el hospital.

NOVIEMBRE

4 Elizabeth acudió a la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Morelos y fue remitida, por razones de competencia, a la CNDH.

2017 MAYO

12 Le practicaron una cirugía reconstructiva en el Centro Médico Siglo XXI, donde tampoco le dieron información clara respecto a su padecimiento y diagnóstico a corto, mediano y largo plazo.

JULIO

11 Se presentó un escrito en la Delegación del IMSS de Morelos en el que se solicitó el pago del 40 por ciento del salario que dejó de percibir Elizabeth como consecuencia de la incapacidad por enfermedad general que cobró durante un año.

17 Con el acompañamiento de GIRE, presentó una demanda de amparo indirecto en contra del Hospital General Regional con UMF No. 1 del IMSS por tratos crueles, inhumanos y degradantes; por la deficiente atención médica recibida y la violación de su derecho a la información; y por la falta de un diagnóstico médico certero y veraz.

OCTUBRE

2 Se concedió el amparo indirecto y se obtuvo la atención médica para Elizabeth y su hija. Asimismo, se logró firmar un convenio para asegurar la indemnización.

2018 JULIO

26 Con el acompañamiento de GIRE, Elizabeth presentó una demanda de amparo por la falta de respuesta del IMSS al escrito donde se solicitó el pago retroactivo de su salario.

AGOSTO

20 Se sobreseyó el amparo presentado por la falta de respuesta del IMSS, porque durante el trámite del juicio el IMSS respondió.

2019 MAYO

6 El escrito enviado al IMSS se señaló como improcedente, ya que el subsidio que recibió del 60 por ciento había sido por enfermedad general y su padecimiento no había sido consecuencia de un riesgo de trabajo, por lo que no se le podía pagar el 100 por ciento de su salario.

AGOSTO

21 Con el acompañamiento de GIRE, Elizabeth presentó una solicitud de responsabilidad patrimonial del Estado, enviada en un principio a la Delegación Morelos del IMSS, la cual posteriormente fue enviada a la Coordinación de Asuntos Contenciosos de la Dirección Jurídica del IMSS por el daño material y moral derivado de la atención recibida.

NOVIEMBRE

27 Cierre del expediente ante la CNDH por acuerdo de conciliación.

2021 DICIEMBRE

7 Con la celebración del convenio se evitó el litigio y se obtuvo la indemnización por el daño solicitado. De esa manera, se dio por terminada la reclamación por responsabilidad patrimonial del Estado.



GIRE continúa dando apoyo a Elizabeth y a su hija para el acceso a terapias psicológicas. El caso de Elizabeth pone de manifiesto las dificultades que enfrenta nuestro país a la hora de garantizar la participación laboral y condiciones dignas de seguridad social para las mujeres. De acuerdo con datos del Banco Mundial, en México existe una brecha laboral entre mujeres y hombres del 32 por ciento.¹⁴⁸ Esto implica que los espacios laborales se encuentran condicionados a las responsabilidades del hogar, los cuidados, las maternidades, el acceso a la educación, la racialidad, entre otros.

En los casos de Elizabeth, Sonia y Liliana, el estrés, la amenaza y la intimidación que el personal de salud responsable de su atención les infligió durante sus partos y pospartos afectaron, entre otras cosas, su derecho a los cuidados y la asistencia especiales para la maternidad y la infancia. Ello debido a que las lesiones físicas y los daños psicológicos les imposibilitaron llevar a cabo los cuidados y las atenciones tanto propias como de sus bebés.

Por desgracia, quienes enfrentan situaciones de violencia obstétrica no siempre obtienen justicia por las violaciones de sus derechos humanos a través de mecanismos jurídicos. El caso de Liliana es muestra de ello.

¹⁴⁸ Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial, *La participación laboral de la mujer en México*, 2020, p. 7. Disponible en: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/753451607401938953/pdf/La-Participacion-Laboral-de-la-Mujer-en-Mexico.pdf>

LILIANA

2013 **NOVIEMBRE**

12 Liliana inició labor de parto en su domicilio y se dirigió al Hospital General de Zona Médica Familiar del **IMSS** que le correspondía. Pese a que desde su ingreso mostró una buena evolución y deseaba tener un parto natural, luego de revisar su expediente, el doctor decidió de manera tajante realizar una cesárea.

Por presentar fiebre y dolor abdominal, permaneció en la clínica durante los siguientes siete días, en los cuales solo le suministraron calmantes. Después de realizarle análisis, el médico responsable de la cesárea determinó que tenía una infección en vías urinarias.

20 Fue dada de alta, a pesar de continuar con dolor y febrícula. Salió del hospital al medio día y a las cuatro de la tarde tuvo que regresar por presentar un fuerte dolor y fiebre. Al saber que el médico que la había atendido y dejado en el estado en el que se encontraba sería el que la recibiría, decidieron acudir a una clínica privada.

En cuanto ingresó a la clínica privada, los médicos detectaron que Liliana presentaba salida de orina por la vagina (una fístula).

En los siguientes cinco días, Liliana fue sometida a tres intervenciones quirúrgicas, en una de las cuales se le extirpó el útero. Se le informó que durante la cesárea le habían perforado la vejiga y el útero, razón por la cual presentaba salida de orina por la vagina y ya no podría tener más hijos.

Después de las cirugías, Liliana permaneció 10 días más en el hospital, sin poder tener contacto con su hija recién nacida.

DICIEMBRE

31 Sin el acompañamiento de **GIRE**, Liliana interpuso una queja ante la **CNDH**.

2014 **MARZO**

27 La **CNDH** notificó a Liliana que, en su opinión, no se trataba de un tema de violación de derechos humanos, sino de una negligencia médica, y remitieron el expediente a la **CONAMED**.

JUNIO

3 Se llevó a cabo una audiencia de conciliación en la **CONAMED** y se resolvió que no se encontraban elementos de negligencia o responsabilidad por parte del personal médico, por lo que negaron el pago de la indemnización. Dado que no se logró la conciliación, se dio por concluido el procedimiento ante la **CONAMED**.

25 Con el acompañamiento de **GIRE**, Liliana presentó una ampliación y aclaración de queja en la **CNDH**, la cual no obtuvo respuesta.

2017 **ENERO**

17 Con el acompañamiento de **GIRE**, se presentó una ampliación de queja en la **CNDH**, cuya conclusión fue que el personal del hospital del **IMSS** no tenía responsabilidad, aunque era probable que el médico particular que la había atendido sí la tuviera.

2020 **DICIEMBRE**

2 La **CNDH** notificó el cierre del expediente de la queja por no haberse acreditado violaciones a derechos humanos.

Liliana tenía 26 años cuando, por negligencia médica, perdió el útero y, con él, su proyecto de vida. Desde 2013 ha recurrido a varias instancias en búsqueda de justicia. Han pasado casi ocho años desde que Liliana sufrió violencia obstétrica y aún continúa en la lucha porque se reconozca que sus derechos humanos fueron violados y se haga justicia. A pesar del largo y tortuoso camino recorrido, ha decidido no rendirse. A partir de su terrible experiencia, Liliana se convirtió en vocera de los derechos reproductivos de las mujeres.

No voy a rendirme. Con la fuerza que ahora tengo y con orgullo puedo decir que seguiré haciendo lo que pueda para que esta situación denigrante que vivimos día a día las mujeres cambie. Porque, a pesar de que hasta ahora pasan por alto las injusticias que nos han realizado, nos tenemos las unas a las otras y somos muchas las que no vamos a parar hasta que seamos escuchadas y respetadas.

En cada mujer que grita: ¡justicia! está inmersa mi voz y en cada que grito de justicia está inmersa la voz de todas las mujeres que no nos vamos a rendir.¹⁴⁹

En el caso específico de Anita, la violencia institucional provocó su muerte y la de su hijo.¹⁵⁰ De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la mortalidad materna es un indicador de la disparidad y desigualdad que experimentan las mujeres en la sociedad, el cual restringe su acceso a servicios sociales, de salud y nutrición, así como a oportunidades económicas.¹⁵¹

149 Liliana Macías Adame, "Mi lucha por la justicia", *Animal Político*, 6 de septiembre 2021. Disponible en: <https://www.animalpolitico.com/punto-gire/mi-lucha-por-la-justicia/>

150 Sonia D. Fernández Cantón, "Una visión renovada sobre las causas de la mortalidad materna: Propuesta de una nueva metodología para la medición de los incidentes adversos y la seguridad del paciente", *Boletín Conamed*, Vol. 5, No. 25, 2019, p. 18. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin25/numero_completo.pdf

151 Leidy Lozano-Avenidaño, et. al., "Implicaciones familiares y sociales de la muerte materna", *Universidad y Salud*, Colombia, 2016, p. 370. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v18n2/v18n2a16.pdf>



La mortalidad materna no solo es un grave problema de salud pública cuyo impacto se manifiesta de forma importante en los ámbitos social y económico. También afecta el ámbito familiar, dado que, al alterar la dinámica, se generan cambios en los roles, las responsabilidades y las actividades domésticas, así como un efecto adverso en la economía de los hogares.

Anita era una adolescente indígena que vivía a orillas de la carretera, a 20 minutos del centro de Huehuetla, Puebla. Estudiaba el bachillerato y trabajaba en una papejería que pertenecía a sus padrinos. 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.

ANITA

2018 AGOSTO

2

Anita, con 37 semanas de gestación, comenzó a sentirse mal y a presentar contracciones. Por ello, su mamá la acompañó al Hospital Comunitario de Huehuetla.

Cerca de las ocho de la mañana, la revisó una doctora que les dijo que aún faltaba tiempo y les pidió que regresaran más tarde.

A las cuatro de la tarde regresaron al hospital. La doctora, después de revisarla, les volvió a decir que aún faltaba tiempo y que debía caminar. Debido a que los dolores de Anita eran más fuertes, decidieron quedarse afuera del hospital.

Caminaron hasta casi las diez de la noche. Anita comenzó a presentar más molestias y regresaron al hospital. La doctora la volvió a revisar y en esa ocasión les dijo que permanecieran en el hospital porque su bebé ya estaba en la posición correcta y a punto de nacer.

3

Cerca de las cuatro de la mañana ingresaron a Anita a sala de expulsión.

A las cinco de la mañana comenzó a complicarse el parto. A partir de ese momento, no proporcionaron a la mamá de Anita más información sobre su estado.

A las ocho de la mañana, la doctora salió a decirle a los familiares de Anita que esta había fallecido; que “no había puesto de su voluntad” y que habían decidido no sacar al bebé porque se dieron cuenta que Anita no lo quería.

Más tarde entregaron su cuerpo, el cual fue trasladado al Servicio Médico Forense (SEMEFO) en Zacatlán para practicar una necropsia. Posteriormente, se entregaron por separado el cuerpo de Anita y el de su bebé.

2019 MAYO

17

Con el acompañamiento de GIRE, se presentó una queja ante la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Puebla en contra del Hospital Comunitario Huehuetla y el Hospital Integral de Huehuetla por violaciones de los derechos humanos de Anita, que derivaron en su muerte.

2022

AL CIERRE DE ESTE INFORME El expediente de queja sigue en trámite.

En este caso, 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 la pandemia de Covid-19. Por tal motivo, el avance del proceso ha sido lento y su resolución continúa pendiente.

Como se puede observar en estos cuatro casos, las sobrevivientes de este tipo de violencia han experimentado los alcances de la negligencia, discriminación y desigualdad estructurales. En ese sentido, las acciones legales han implicado otro proceso de exposición y revictimización por parte de las autoridades.

Durante casi ocho años, Liliana ha recurrido a distintas acciones jurídicas, sin que aún se reconozca que sus derechos humanos fueron vulnerados. A pesar de esta falta de reconocimiento por parte del Estado, Liliana tomó la decisión de compartir su arduo camino de lucha y exigencia como una forma de validar y resignificar lo que ha vivido. Su testimonio ha sido una vía para que otras personas, que han experimentado situaciones similares, conozcan y reconozcan la violencia obstétrica, y ha servido para visibilizar que se trata de un problema que impacta la vida de muchas mujeres y personas con capacidad de gestar.

Elizabeth, en cambio, tuvo que acudir a seis autoridades distintas para lograr el reconocimiento de que su acceso a la salud fue obstaculizado y, con ello, tener acceso a una reparación integral. Por otra parte, la violencia institucional que impidió a Anita acceder a servicios de salud básicos terminó con la vida de dos personas. Su familia lleva más de dos años en espera de que se haga justicia.

La reparación integral constituye una parte fundamental del acceso a la justicia. Por ello, las autoridades deben establecer garantías efectivas de no repetición encaminadas a modificar las causas estructurales que permitieron las violaciones de derechos humanos y afectaron la vida de las sobrevivientes y sus familiares. En este sentido, la identificación del tiempo que toma a las autoridades adoptar estos procesos y medidas también proporciona parámetros para comprender los obstáculos que enfrentan las personas afectadas para acceder a la reparación integral.

3.3

Rutas para mitigar la impunidad estructural en casos de violencia obstétrica y muerte materna

3.3.1 El punitivismo y la violencia obstétrica

Como se ha señalado a lo largo de esta investigación, establecer una sanción penal o endurecer las penas debería ser la última de las medidas para abordar problemas sociales estructurales como los que se encuentran en la raíz de los casos de violencia obstétrica y muerte materna.

Frente a este panorama, la penalización podría incluso profundizar los problemas existentes, más que contribuir a prevenir este tipo de violaciones a derechos humanos. Cabe mencionar que determinadas conductas constitutivas de violencia obstétrica

y muerte materna —atribuidas al personal médico en lo individual— pueden ser perseguidas por medio de tipos penales que ya se encuentran contemplados en la legislación; por ejemplo, la responsabilidad profesional y las lesiones.¹⁵² Además de no ser la vía idónea para abordar la violencia obstétrica y la muerte materna, GIRE, desde su experiencia en el acompañamiento de casos, ha detectado que el derecho penal en el acompañamiento de casos, ha detectado que el derecho penal tampoco contribuye al acceso a la justicia para las personas sobrevivientes a este tipo de violencia.

Aunado a lo anterior, en muchas ocasiones, las víctimas de delitos deciden no denunciar. En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública 2021 (ENVIPE), el porcentaje de delitos no denunciados se mantiene en un nivel muy alto, de 93.3 por ciento. Esto confirma que las personas en México aún no confían en las instituciones de justicia para denunciar los delitos de los cuales fueron víctimas.

GIRE también ha observado que la tipificación del delito no cubre las expectativas de las sobrevivientes de situaciones de violencia obstétrica en relación con sus procesos de acceso a la justicia. Ello porque, además de que puede ser revictimizante, no contempla la posibilidad de acceder a una reparación integral y requiere destinar recursos económicos y contar con un acompañamiento legal especializado. La mayoría de las personas que GIRE ha acompañado buscan que se garantice la no repetición de los actos constitutivos de violencia obstétrica que vivieron, que el personal de salud que las atendió cuente con capacidades adecuadas para llevar a cabo su trabajo, que los hospitales o centros de salud donde recibieron la atención médica tengan los insumos suficientes y que el Estado se haga responsable. Asimismo, les interesa poner fin a la violencia psicológica y emocional que ejercen tanto el personal de salud como el personal administrativo o de trabajo social de los hospitales.

En suma, quienes han enfrentado violencia obstétrica con frecuencia lo que buscan es una reparación integral y no una sanción penal. Para lograr estos objetivos, el Estado debe implementar vías de acceso a la justicia que no impliquen la revictimización ni otros obstáculos jurídicos y que atiendan las necesidades de cada sobreviviente de este tipo de violaciones. Asimismo, deberá realizar los cambios estructurales necesarios para garantizar que dichos casos no se repitan.

3.3.2 Mecanismos de acceso a la justicia y a la reparación integral

Hoy en día, quienes han enfrentado violencia obstétrica, muerte materna y otras violaciones de derechos humanos en México —incluso en un escenario favorable y con acompañamiento especializado— se enfrentan a barreras considerables para acceder a la justicia y a medidas de reparación integral. Lo anterior es consecuencia de la falta de una política nacional integral efectiva de atención, asistencia, protección y acceso a la justicia, a la verdad y a la reparación integral, así como de un entramado institucional coordinado que pueda atender a las sobrevivientes de violaciones de derechos humanos

¹⁵² GIRE, *El camino hacia la justicia reproductiva*, op. cit., p. 111.

o a sus familias conforme a estándares internacionales y al marco jurídico vigente.

Una constante que se ha detectado en los casos acompañados por GIRE en procesos de reparación es la dificultad para lograr la ejecución de algunas medidas, como las de no repetición. Este tipo de medidas, que requieren la modificación de las circunstancias que dieron pie a la violación de derechos humanos, aún representan un reto, pues con frecuencia implican una asignación presupuestal relevante. A pesar de que su atención supone un cierto grado de complejidad, no debe posponerse, ya que estas medidas proporcionan a las víctimas la seguridad jurídica de no volver a sufrir violaciones de derechos humanos en caso de encontrarse en una situación similar. Para ello, es necesario que el Estado impulse el fortalecimiento de las instituciones responsables de garantizar una reparación integral.¹⁵³

Otro obstáculo al acceso a las medidas de reparación es la falta de mecanismos administrativos que garanticen el cumplimiento de las autoridades responsables a nivel federal y local. Es frecuente que tanto las comisiones de derechos humanos como las personas juzgadoras den por cumplidas las medidas de reparación señaladas en las recomendaciones o en las sentencias sin una comprobación exhaustiva de que las autoridades responsables ejecutaron las acciones necesarias.

Esto se agrava en el caso de las comisiones de derechos humanos por la falta de mecanismos efectivos de seguimiento, lo que lleva a dar por cumplidas las medidas sin un análisis íntegro de las pruebas proporcionadas por las autoridades. Las medidas que consisten en la modificación o construcción de infraestructura suelen darse por cumplidas aun cuando no existe evidencia gráfica de la ejecución y terminación de la obra. En otro tipo de medidas, como las de rehabilitación, la sola presentación de un oficio por parte de la autoridad de salud en donde se afirme que se le proporcionó dicha atención a la víctima es suficiente para dar por cumplida la provisión de la atención médica.

El derecho de acceso a la justicia no debe entenderse como la sanción penal ni limitarse a ella, puesto que también implica que las personas sobrevivientes cuenten con instituciones eficaces que respeten, protejan y garanticen sus derechos, así como la obtención de una reparación integral cuando estos sean violados.¹⁵⁴ En este sentido, es necesario estudiar y medir la impunidad vinculada con la violencia de género desde una visión integral, que no se limite a la ausencia de castigo y tenga en cuenta la falta de acceso a la justicia en un sentido amplio, y no solo en lo relativo al sistema de justicia penal.

¹⁵³ El Estado mexicano ha tomado acciones que han debilitado a las instituciones en lugar de impulsar su fortalecimiento; por ejemplo, medidas de austeridad que eventualmente tendrán impacto en las actividades esenciales que realiza la CEAV. Se sugiere ver: GIRE, *El camino hacia la justicia reproductiva*, op. cit., pp. 148 y 149.

¹⁵⁴ Véase, Equis Justicia para las Mujeres, "Violencia contra las mujeres e impunidad: ¿más allá del punitivismo?", diciembre 2019, pp. 16–21. Disponible en: https://equis.org.mx/wp-content/uploads/2020/05/Informe_Impunidad_Y_Violencia.pdf

3.3.3 Quejas ante las comisiones de derechos humanos, uno de los medios de acceso a la justicia reproductiva

GIRE ha observado que el procedimiento de queja e investigación ante las comisiones de derechos humanos lleva mucho tiempo; las personas que presentan sus quejas tardan entre dos y tres meses en recibir una respuesta, la cual apenas informa si se inició la queja o si aún se buscan elementos. De no contar con apoyo legal para presentar otras pruebas —como una opinión técnica médica de su expediente clínico o un informe psicológico—, las personas peticionarias quedan en una situación de desventaja, ya que las comisiones por lo regular solicitan sus informes a instituciones como la Comisión Nacional de Arbitraje Médico o a sus peritos particulares, que no en todos los casos cuentan con una especialización en gineco-obstetricia o salud pública.

Además, a partir del acompañamiento de casos, GIRE ha documentado protocolos deficientes en la tramitación de quejas y acuerdos ante las autoridades que no toman en cuenta a la parte quejosa. Es necesario que las comisiones de derechos humanos las hagan partícipes de los procedimientos, practiquen los peritajes necesarios y les notifique de forma constante y completa.¹⁵⁵

La CNDH, en particular, suele llevar procesos de conciliación sin consultar a las personas peticionarias, quienes se enteran de estos ya que están pactados con las instituciones, sin posibilidad de solicitar medidas específicas. A ello se suma que la mayoría de las notificaciones se realizan vía correo postal, el cual puede demorar varios meses. La falta de comunicación entre la CNDH y las personas quejasas las hace sentir abandonadas e ignoradas por las autoridades, lo cual representa una forma de revictimización.

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

Aunado a esto, como ya se mencionó, **los procesos de investigación ante las comisiones de derechos humanos suelen ser muy largos**. Ello a pesar de que el marco normativo de la CNDH prevé que sus procedimientos deberán ser breves y sencillos.¹⁵⁶ A partir de las SAI se observó que, en promedio, la CNDH demoró entre 22 y 24 meses en la integración de los expedientes que fueron concluidos por recomendación en casos de violencia obstétrica y muerte materna.

¹⁵⁵ GIRE, "Protocolos deficientes y la complicidad de la CNDH", *Animal Político*, 4 de septiembre de 2017. Disponible en: <https://www.animalpolitico.com/punto-gire/protocolos-deficientes-la-complicidad-la-cndh/>

¹⁵⁶ Ley de la CNDH. Artículo 4o.- Para la defensa y promoción de los derechos humanos se observarán los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. **Los procedimientos de la Comisión deberán ser breves y sencillos**, y estarán sujetos sólo a formalidades esenciales que requiera la documentación de los expedientes respectivos; seguirán además los principios de inmediatez, concentración y rapidez. Se procurará, en la medida de lo posible, el contacto directo con quejosos, denunciantes y autoridades, para evitar la dilación de las comunicaciones escritas. (el resaltado es nuestro)

Aunque no sin limitaciones, los procedimientos ante las comisiones de derechos humanos —tanto federal como locales— permiten visibilizar el carácter estructural de esta problemática, ofrecer soluciones que no se centren en la culpa individual del personal médico, sino en las medidas estructurales y contemplar medidas de reparación integral para las personas sobrevivientes a este tipo de violencia.

El Censo Nacional de Derechos Humanos Estatal 2021 —instrumento que tiene como objetivo generar información estadística y geográfica sobre la gestión y el desempeño de las comisiones de derechos humanos— muestra que, al cierre de 2020, se reportaron 261 oficinas, 25 de ellas en la **CNDH** y 236 en las comisiones locales de derechos humanos. Las entidades federativas que concentraron el mayor número de oficinas fueron Jalisco, con 21 oficinas registradas y México, con 18.¹⁵⁷

Llama la atención que no son las comisiones locales ubicadas en los estados de la república con más municipios las que tienen el mayor número de oficinas centrales y foráneas. De las 32 entidades federativas, Oaxaca es la que tiene el mayor número de municipios (570), seguida por Puebla (217) y Veracruz (210).¹⁵⁸ Sin embargo, estos estados tienen tan solo 16, 6 y 9 oficinas de derechos humanos centrales y foráneas, respectivamente.

En este sentido, cabe señalar que el número de oficinas foráneas debería ser proporcional al número de municipios que tienen los estados. Ello facilitaría el acceso económico y geográfico, así como la provisión de personal suficiente y calificado para que realmente funcionen como mecanismos de acceso a la justicia para las personas que han sufrido violaciones de derechos humanos.

¹⁵⁷ Véase, **INEGI**, Censo Nacional de Derechos Humanos Federal y Estatal 2021. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/cndhe/2021/doc/cndhe_2021_resultados.pdf

¹⁵⁸ **INEGI**, Catálogo Único de Claves de Áreas Geoestadísticas Estatales, Municipales y Localidades. Septiembre 2021. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/servicios/catalogounico.html>

Oficinas centrales y foráneas con las que contaba la **CNDH** y las comisiones locales de derechos humanos por entidad federativa, 2020



Fuente: **INEGI**, Censo Nacional de Derechos Humanos Federal y Estatal 2021.

Las recomendaciones son instrumentos fundamentales en la defensa de los derechos humanos y un medio para buscar una reparación integral para las víctimas. De acuerdo con datos publicados por el Censo Nacional de Derechos Humanos Estatal 2021, durante 2020, la **CNDH** reportó 10,204 expedientes concluidos. En comparación con lo reportado en 2019, los expedientes concluidos disminuyeron 8.7 por ciento en 2020. Por su parte, las comisiones locales de derechos humanos reportaron 44,686 expedientes, de los cuales 99.8 por ciento fueron concluidos en su totalidad y 0.2 por ciento de forma parcial; respecto a la cifra registrada en 2019, los expedientes concluidos disminuyeron 25.4 por ciento en 2020.¹⁵⁹

En la **CNDH**, la principal forma de conclusión de los expedientes de queja fue la solución del expediente durante el trámite (5024), seguida por la orientación a la persona quejosa y/o agraviada (3341). A nivel local, la restitución de derechos y/o atención de la problemática planteada (11,533) ocupó el primer lugar, seguida por la acumulación de expedientes o por la reproducción de una queja (7846).¹⁶⁰

De acuerdo con este mismo censo, en 2020, la **CNDH** promovió 69 conciliaciones y emitió 101 recomendaciones. Por su parte, en el mismo periodo, las comisiones locales emitieron 1180 recomendaciones y promovieron 4749 conciliaciones.¹⁶¹ A nivel nacional, estas cifras representan 56 por ciento menos expedientes concluidos por recomendación o conciliación en 2020 respecto a 2019. A nivel local, se emitieron y/o promovieron 39 por ciento menos recomendaciones y conciliaciones en 2020 en comparación con 2019.

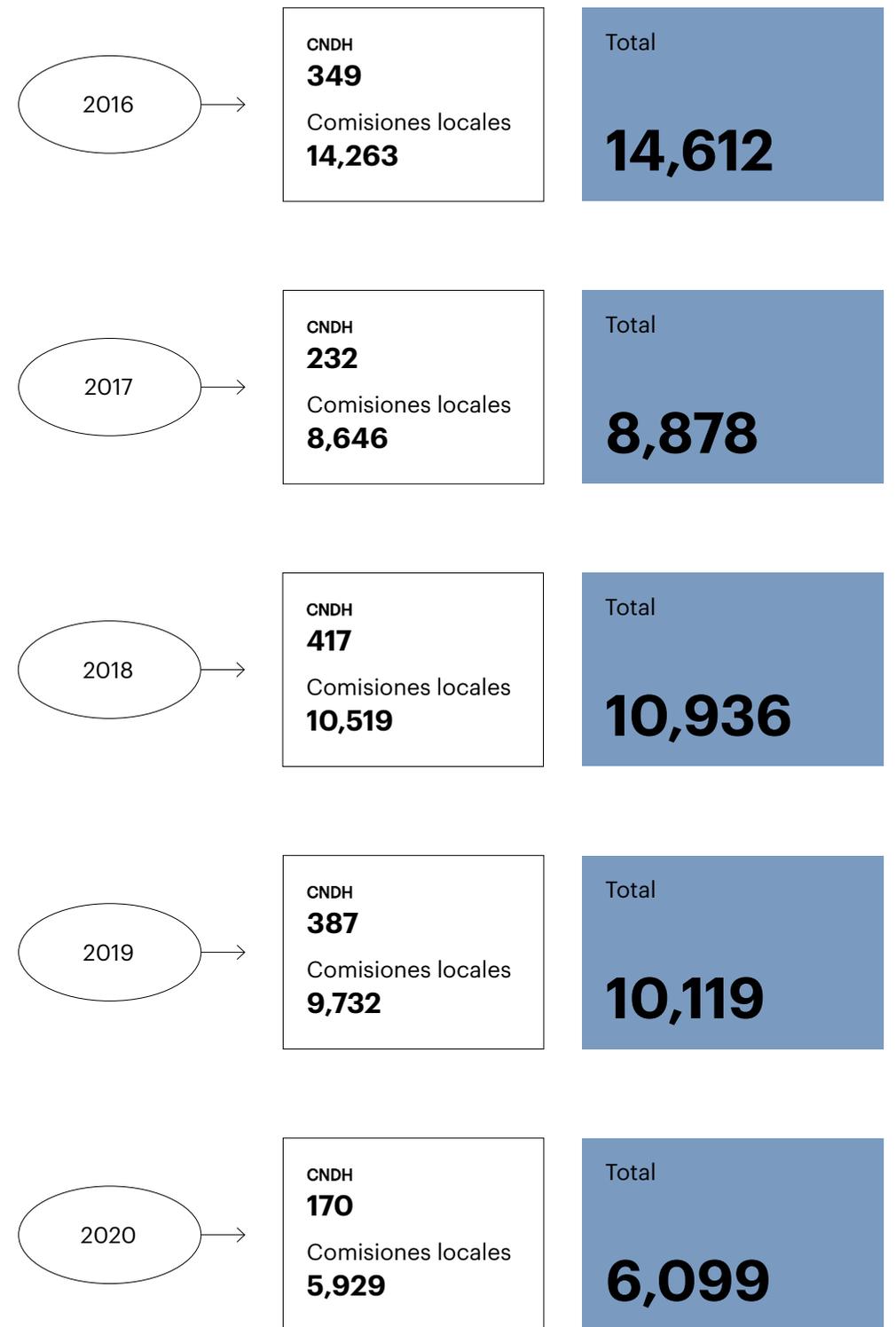
Es fundamental que las comisiones de derechos humanos emitan recomendaciones con perspectiva de derechos humanos, género e interculturalidad que funcionen como mecanismo de acceso a la justicia y reparación integral de las personas sobrevivientes a violaciones de derechos humanos.

¹⁵⁹ Censo Nacional de Derechos Humanos Federal y Estatal 2021, *op. cit.*

¹⁶⁰ Censo Nacional de Derechos Humanos Federal y Estatal 2021, *op. cit.* La reproducción de una queja se refiere a una queja o una problemática que ya ha sido resuelta o está pendiente de resolución por el organismo público de derechos humanos.

¹⁶¹ Censo Nacional de Derechos Humanos Federal y Estatal 2021, *op. cit.*

Conciliaciones y recomendaciones para la protección y defensa de los derechos humanos promovidos y/o emitidas por la **CNDH** y por comisiones locales de derechos humanos (2016 a 2020)



Fuente: **INEGI**, Censo Nacional de Derechos Humanos Federal y Estatal 2021.





4. Conclusiones y recomendaciones

La brecha entre lo que establecen el marco normativo y las políticas públicas y su implementación también es resultado de la impunidad prevalente en México. Si bien existe un extenso marco normativo que reconoce y protege los derechos reproductivos, es frecuente que, en caso de incumplimiento, las autoridades responsables no tengan que afrontar consecuencias legales y que las personas cuyos derechos humanos fueron violados no tengan acceso a una reparación integral.

Una vía para reducir esta brecha es que los mecanismos de acceso a la justicia y las medidas de reparación propuestos por el Estado consideren el carácter estructural que se encuentra en la raíz de la violencia obstétrica y de la muerte materna. El punitivismo institucional no ofrece soluciones que contemplen medidas de reparación integral y garantías de no repetición para las personas sobrevivientes de estas violencias. Así, una perspectiva punitivista no garantiza que el Estado cumpla con la obligación de crear condiciones óptimas para que las mujeres y personas con capacidad de gestar tomen decisiones libres, informadas y sin violencia sobre su destino reproductivo.

Por otra parte, además de no ser idónea, la vía penal como mecanismo de acceso a la justicia puede implicar un proceso revictimizante. Más allá de generalizar que el acceso a la justicia sea mediante un proceso penal condenatorio, invisibiliza los procesos conciliatorios en los que se reconoce tanto la violencia sufrida como las alternativas —monetarias o de acompañamiento psicológico, por ejemplo— con las que también puede repararse a las personas sobrevivientes. Una correcta implementación del marco normativo implicaría que la sanción penal deje de ser la alternativa estatal para abordar esta problemática social.

Es necesario transitar hacia mecanismos que tengan la capacidad de atender las necesidades y los procesos de cada mujer y persona con capacidad de gestar. Por ello, es importante fortalecer las capacidades tanto humanas como presupuestales de los organismos estatales y federales que también proporcionan una vía de acceso a la justicia reproductiva y de reparación integral. El enfoque en el sufrimiento padecido tanto por las víctimas directas como por sus familiares tiene que ser parte del resarcimiento que garanticen estos organismos, entre los que se encuentran las comisiones de derechos humanos, las comisiones ejecutivas de atención a víctimas y los órganos internos de control de las instituciones de salud, en los ámbitos federal y local.

En el caso del acceso a la información, es indispensable que se desagreguen los datos de tal forma que sea posible identificar las instituciones involucradas, la edad de las víctimas, si tienen alguna discapacidad o si son hablantes de alguna lengua indígena o pertenecientes a alguna etnia. La información obtenida vía solicitudes de acceso a la información demostró las deficiencias en el registro de datos de las instituciones. Esto obstaculiza la realización de evaluaciones sobre el avance o la regresión de la violencia obstétrica y la muerte materna en el país, lo que implica

que, al momento de implementar políticas públicas o de reformar la normativa existente, no se cuente con datos suficientes que permitan garantizar el acceso a la justicia reproductiva. Asimismo, supone la elección injustificada de la sanción penal como alternativa para atender el problema.

Por ello, al ser producto de fallas estructurales en el sistema de salud, la violencia obstétrica y la muerte materna deben atenderse con perspectiva de género e interseccionalidad. Esto con el fin de garantizar que todas las mujeres y personas con capacidad de gestar, sin importar su origen étnico, condición socioeconómica o discapacidad, tengan acceso a la justicia reproductiva de manera pronta y expedita.

Recomendaciones:

A las instituciones del Sistema Nacional de Salud:

- Garantizar la correcta implementación de las estrategias orientadas a facilitar el acceso de las mujeres y personas con capacidad de gestar a la atención de una emergencia obstétrica, sin importar su afiliación a una institución de salud.
- Dar cumplimiento a cabalidad a lo previsto en el Programa de Acción Específico para la Salud Sexual y Reproductiva 2020–2024 (PAESSR 2020–2024), para garantizar los derechos sexuales y reproductivos desde una perspectiva interseccional.
- Garantizar la correcta implementación de las normas oficiales mexicanas, en especial la NOM 007 en materia de atención del embarazo, parto y puerperio. En particular, buscar una mejora en la calidad de la atención a las mujeres y otras personas embarazadas, con énfasis en aspectos como la interculturalidad y su inclusión en la toma de decisiones. Asimismo, poner más atención a su estado psicológico y emocional durante todo el proceso de embarazo y eliminar todas las prácticas que puedan generar violencia obstétrica y muerte materna.
- Garantizar la obtención y generación de un consentimiento libre, pleno, previo e informado de las personas sujetas a tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas relacionadas con la aplicación de métodos anticonceptivos y de planificación familiar. Lo anterior, de acuerdo con los criterios emitidos por la SCJN, la CNDH y los precedentes producidos por los órganos facultados para realizar la interpretación de los instrumentos internacionales en materia de derechos humanos ratificados por México.
- Implementar estrategias de prevención y atención a la violencia obstétrica, con base en la Recomendación General 31/2017 de la CNDH.
- Garantizar que los sistemas de información y las bases de datos cuenten con registros específicos respecto a la incidencia de casos de violencia obstétrica y muerte materna, el estado del proceso en el que se encuentran,

así como las instituciones involucradas en ellos. Asimismo, es necesario que los registros permitan conocer características sociodemográficas de las personas afectadas, como su edad, estado civil, estado en el que se encuentran, si tienen alguna discapacidad o si son hablantes de alguna lengua indígena.

A las instituciones públicas de educación superior, formadoras de personal médico cirujano, especialistas en ginecoobstetricia y enfermería:

- Incorporar la interculturalidad y la perspectiva de género y de derechos humanos desde la formación profesional del personal de salud.
- Incorporar la perspectiva médico legal y de derechos humanos en las licenciaturas de Derecho y Administración Pública.

A las instituciones responsables de otorgar acceso a la justicia y reparación integral:

- Garantizar la investigación exhaustiva e imparcial de los casos de violencia obstétrica y muerte materna. Para ello es necesario que:
- Las instituciones de salud y los órganos internos de control fortalezcan sus estructuras institucionales para investigar y, en su caso, sancionar prácticas contrarias a los derechos de las mujeres y personas con capacidad de gestar en el ámbito de la atención obstétrica.
- Se generen bases de datos sobre incidencia de situaciones de violencia obstétrica y mecanismos para que las personas usuarias puedan informarse por acciones y omisiones que vulneren sus derechos.
- Se propicien líneas de comunicación para que las personas usuarias sepan ante qué autoridades acudir cuando experimenten ese tipo de violencias.

A la CNDH y las comisiones locales de derechos humanos:

- Reconocer la calidad de víctima y el derecho a la reparación integral en los asuntos relacionados con violaciones a derechos reproductivos de los que tengan conocimiento.
- Buscar que la tramitación de los expedientes de queja se haga de manera pronta y expedita, hasta su total conclusión.
- Establecer medidas de reparación integral, bajo los más altos estándares de derechos humanos, en los asuntos de violaciones a derechos reproductivos que sean de su conocimiento.

- Dar seguimiento puntual y efectivo a la implementación de las recomendaciones o conciliaciones que emitan que estén relacionadas con violaciones a derechos reproductivos.
- Buscar que las oficinas de las comisiones de derechos humanos —nacional y locales— sean accesibles en términos geográficos para todas las personas y que cuenten con personal suficiente y calificado.
- Elaborar y difundir una síntesis de la Recomendación general 31/2017 en diversas lenguas indígenas para hacer accesible su contenido a este grupo poblacional. Ello debido a que las personas indígenas son las que sufren en mayor proporción de violencia obstétrica y muerte materna durante la atención de sus embarazos, partos y puerperios.
- Incluir de manera explícita la violencia obstétrica y la muerte materna en los catálogos de las bases de datos generadas, o bien, registrar que se trata de acciones y omisiones en el ámbito de la atención del embarazo, parto y puerperio. Además, es indispensable desagregar los datos en función de la edad de las personas afectadas, el estado del proceso en el que se encuentran las quejas y el cumplimiento de las recomendaciones, la institución médica involucrada y si las afectadas tienen alguna discapacidad o hablan alguna lengua indígena.

A la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV) y las comisiones locales de atención a víctimas:

- Fortalecer la asesoría jurídica federal y de las entidades federativas para contar con más personal experto que brinde apoyo en las materias relacionadas con las violaciones de derechos humanos objeto de la asesoría. Dar seguimiento puntual y efectivo al cumplimiento de las reparaciones integrales ante las autoridades obligadas.
- Garantizar que los sistemas de registro de víctimas generen bases de datos que permitan conocer la incidencia en casos de violaciones de los derechos reproductivos. Además, es indispensable que se registren la fecha de apertura del expediente, el estado en el que se encuentra, si se accedió a algún tipo de reparación, así como desagregaciones en relación con el sexo de las personas afectadas, su edad, si existe una situación de discapacidad o si son hablantes de alguna lengua indígena.

En materia de progresividad y no regresividad:

A la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y la Cámara de Diputados y Diputadas:

- Asegurar un presupuesto suficiente a fin de garantizar que haya personal, infraestructura y equipos para la prestación de servicios de salud reproductiva en los tres niveles de atención médica en todo el país.

A los tres Poderes de la Unión:

- Velar por el fortalecimiento de las instituciones que permiten tener acceso a la justicia y la protección de derechos humanos, como la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, y dotarlas de presupuesto suficiente para garantizar el cumplimiento de sus facultades.
- Incentivar el desarrollo de políticas públicas que propongan alternativas legales diferentes a las establecidas en los ordenamientos y procedimientos penales que permitan reparar de manera integral tanto a las personas sobrevivientes como a sus familias.

A las fiscalías o procuradurías generales de justicia federal y estatales:

- Incorporar protocolos con perspectiva de género en el ámbito pericial para el personal de las fiscalías o procuradurías generales de justicia que permitan realizar investigaciones diligentes y sin estereotipos de género.

Justicia olvidada

Violencia e impunidad en la salud reproductiva

GIRE e Impunidad Cero alientan la distribución pública de la presente obra y de los datos de esta investigación siempre que se reconozca y mencione nuestra autoría. En ningún caso esta obra podrá ser usada con fines comerciales, su difusión es gratuita.

Primera edición: abril 2022

Se terminó de imprimir en abril de 2022 en los talleres de Offset Rebosán, S. A. de C. V. Acueducto 115, Col. San Lorenzo Huipulco, Tlalpan, Ciudad de México

Tiraje: 1000 ejemplares

IMPUNIDAD | CERO


GIRE