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

2010–2021

ABORTO
VIOLENCIA OBSTÉTRICA
MUERTE MATERNA
VIDA LABORAL Y REPRODUCTIVA
REPRODUCCIÓN ASISTIDA

GIRE

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

2010–2021

ABORTO
VIOLENCIA OBSTÉTRICA
MUERTE MATERNA
VIDA LABORAL Y REPRODUCTIVA
REPRODUCCIÓN ASISTIDA

GIRE

GIRE

DIRECCIÓN
REBECA RAMOS
ISABEL FULDA
JENNY MURRIETA

ADMINISTRACIÓN
STEFANI DURÁN
CATALINA GONZÁLEZ
PABLO ORTEGA

COMUNICACIÓN
BRENDA RODRÍGUEZ
DUNIA CAMPOS
ABRIL JUÁREZ
CECILIA RODRÍGUEZ
KAREN VILLALOBOS

CONTABILIDAD
ROSA MARÍA ROSAS
MARGARITA GONZÁLEZ
SUSANA IBARREN
SAÚL MEZA

DESARROLLO INSTITUCIONAL
MARIANA ROCA

DOCUMENTACIÓN Y LITIGIO DE CASOS
MELISSA AYALA
ENRIQUE ARCIPRESTE
ALEHÍ BALDERAS
YOLANDA MOLINA
ANA SANDRA SALINAS

INCIDENCIA EN POLÍTICA PÚBLICA
REBECA LOREA
FRANCISCO CUÉ
ALEJANDRO GALLAND
JUSTINE RODRÍGUEZ

INVESTIGACIÓN
KAREN LUNA
VERÓNICA ESPARZA
VALENTINA GÓMEZ
CAMILA RIVA PALACIO

CRÉDITOS EDITORIALES

DIRECCIÓN
REBECA RAMOS
ISABEL FULDA

COORDINACIÓN
KAREN LUNA

INVESTIGACIÓN Y TEXTO
VERÓNICA ESPARZA
VALENTINA GÓMEZ
LELIA JIMÉNEZ
KAREN LUNA
JENNY MURRIETA
CAMILA RIVA PALACIO

CUIDADO DE EDICIÓN Y CORRECCIÓN DE ESTILO
DUNIA CAMPOS
MARIANA ROCA
CECILIA RODRÍGUEZ

IMÁGENES
FUNGI FILMS

DISEÑO
MARÍA CARRAL
MARÍA CALDERÓN

AGRADECIMIENTOS

ASAMBLEA CONSULTIVA
MARTA LAMAS
GERARDO BARROSO
ROY CAMPOS
GENARO LOZANO
FRANCISCA POU
KARLA IBERIA SÁNCHEZ
CECILIA SUÁREZ
ROBERTO TAPIA
RODOLFO VÁZQUEZ
GABRIELA WARKENTIN
JOSÉ WOLDENBERG

El camino hacia la justicia reproductiva: una década de avances y pendientes

Grupo de Información en Reproducción Elegida, A. C.
Coyoacán, C.P. 04030, Ciudad de México
Teléfono: 55. 5658 6684
correo@giremx.org.mx
f: GrupodeInformacionenReproduccionElegida
t: @GIRE_mx

El trabajo de GIRE cuenta con el apoyo de varios donantes individuales y de fundaciones, entre ellos: tres anónimos; la Fundación Ford, Oficina para México y Centroamérica; la Fundación William and Flora Hewlett; la Fundación W.K. Kellogg; Stewart R. Mott Foundation; la Sigrid Rausing Trust; Arcus Foundation, y Merck, Sharp & Dhome Corp.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN 8

1. ABORTO 11
1.1 SITUACIÓN EN MÉXICO 17
1.2 ACCESO A LA JUSTICIA 66
1.3 ACCESO A LA INFORMACIÓN 74
1.4 BALANCE 82

2. VIOLENCIA OBSTÉTRICA 85
2.1 SITUACIÓN EN MÉXICO 91
2.2 ACCESO A LA JUSTICIA 130
2.3 ACCESO A LA INFORMACIÓN 150
2.4 BALANCE 154

3. MUERTE MATERNA 157
3.1 SITUACIÓN EN MÉXICO 163
3.2 ACCESO A LA JUSTICIA 190
3.3 ACCESO A LA INFORMACIÓN 209
3.4 BALANCE 214

4. VIDA LABORAL Y REPRODUCTIVA 217
4.1 SITUACIÓN EN MÉXICO 221
4.2 ACCESO A LA JUSTICIA 260
4.3 ACCESO A LA INFORMACIÓN 271
4.4 BALANCE 274

5. REPRODUCCIÓN ASISTIDA 277
5.1 SITUACIÓN EN MÉXICO 281
5.2 ACCESO A LA JUSTICIA 318
5.3 ACCESO A LA INFORMACIÓN 326
5.4 BALANCE 333

6. RUTAS HACIA LA JUSTICIA REPRODUCTIVA: OBLIGACIONES PENDIENTES 335

INTRODUCCIÓN

Durante casi treinta años de trabajo, GIRE se ha consolidado como una organización feminista, cuya misión es lograr una transformación cultural en México a través de la exigencia de justicia reproductiva, desde una perspectiva de derechos humanos. Además del tema de aborto, GIRE ha colocado en la mesa de debate temas prioritarios desde la perspectiva de los derechos reproductivos, como la violencia obstétrica y la muerte materna, la conciliación de la vida laboral y personal y la reproducción asistida.

Cada área de GIRE tiene a su cargo una parte de la estrategia integral con que aborda estos temas: la incidencia en legislación y políticas públicas, el acompañamiento de casos, así como estrategias de comunicación e investigación sobre el estado de los derechos reproductivos en México, siempre de forma coordinada con el objetivo de impulsar la justicia reproductiva en México.

Impulsar la justicia reproductiva implica reconocer tanto las barreras formales para el ejercicio de los derechos reproductivos, como el conjunto de factores estructurales 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. Es obligación del Estado atender estos factores y generar las condiciones óptimas para que las personas tomen decisiones libres acerca de su destino reproductivo. Lo anterior incluye reconocer condiciones sistémicas de discriminación que impactan en la capacidad de las personas de determinar sus proyectos de vida de manera libre, tales como el sexismo, el racismo, el capacitismo y la transfobia.

Si bien el foco del trabajo de GIRE ha sido la discriminación que enfrentan las niñas y mujeres en México, nuestra apuesta por la justicia reproductiva busca la incorporación de un espectro más amplio de miradas, que permitan ver más allá del sexo o género como factores de opresión y reconocer las múltiples y cruzadas formas de discriminación que enfrentan las personas para trabajar desde una perspectiva interseccional.

Desde 2011, GIRE ha documentado el panorama de los derechos reproductivos en México a partir de la publicación de informes generales y especializados que dan cuenta de la situación normativa, de política pública y de acceso a la justicia relacionada con los temas que trabaja, así como de las deudas del Estado mexicano que, administración tras administración, continúan vigentes.

La presente publicación es el resultado de una revisión sistemática de los avances, barreras y pendientes de la última década en materia de derechos reproductivos en México, enfocada en los cinco temas prioritarios para GIRE: aborto, violencia obstétrica, muerte materna, conciliación de la vida laboral y reproductiva y reproducción asistida. Además del análisis de estándares de protección de derechos humanos —nacionales e internacionales—, marcos normativos, datos estadísticos, información pública obtenida mediante solicitudes de acceso a la información pública para el periodo de 2010 a 2020, se han sistematizado los casos de personas y familias que GIRE ha acompañado en su búsqueda de justicia y una reparación integral por violaciones a sus derechos humanos.

El camino hacia la justicia reproductiva: una década de avances y pendientes busca mostrar los avances más destacados de este periodo, así como las barreras que subsisten y que deben ser atendidas por el Estado mexicano para cumplir con sus obligaciones, a diez años de la reforma constitucional en materia de derechos humanos, todo ello con la plena convicción de que la justicia reproductiva es un objetivo posible por el que vale la pena luchar. GIRE seguirá comprometida con la promoción y defensa de los derechos reproductivos, tal como lo ha hecho a lo largo de casi tres décadas de trayectoria. Agradecemos profundamente a quienes nos han acompañado en este camino.

1

ABORTO

En México persiste un fuerte estigma en torno al aborto, basado en la idea de que la maternidad es la función obligatoria de las mujeres;[1] idea que continúa permeando no sólo la cultura, sino todas las instituciones del Estado y sus leyes, y representa una violación a los derechos humanos. Dicho estigma constituye la base para la criminalización legal y social del aborto, que afecta de manera concreta a mujeres y otras personas gestantes —por lo general, procedentes de contextos de violencia, marginación económica y falta de acceso a información reproductiva—, además de enviar un fuerte mensaje desde el Estado con respecto a decisiones reproductivas que corresponden a la esfera privada. Así, la desinformación, los prejuicios y los estereotipos de género influyen en la sociedad y en el actuar de las autoridades del Estado, lo que se plasma de manera clara en la ausencia de un marco que garantice el aborto legal, seguro y gratuito en México.

En 1999, en Mexicali, Paulina fue víctima de violación cuando tenía trece años. A pesar de realizar una denuncia ante el ministerio público y de manifestar su deseo por interrumpir su embarazo, las autoridades obstaculizaron la realización del procedimiento, que era legal por ser resultado de una violación sexual. Cuando, finalmente, el ministerio público emitió la autorización, personal médico del Hospital General de Mexicali la separó de su madre y trató de hacerla desistir del procedimiento. A su madre le dijeron que, de practicarse el aborto, su hija moriría o quedaría estéril. Como consecuencia del miedo inducido a ambas, Paulina y su madre desistieron del procedimiento. Las acciones de las autoridades evitaron que Paulina ejerciera su derecho a acceder a un aborto legal y seguro. El caso llegó a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en el año 2002

1 Se utiliza el término "mujeres" a lo largo del documento cuando se señala así de forma expresa en la legislación, documentos y fuentes de información estadística revisados para este informe. Sin embargo, el aborto es o puede ser experimentado por todas las personas con capacidad gestante, incluyendo hombres trans y personas no binarias a quienes se les debe garantizar sus derechos humanos sin discriminación por identidad de género o cualquier otra condición.

y se resolvió mediante un Acuerdo de Solución Amistosa[2] entre Paulina y el Estado mexicano en 2007, en el que se estableció el compromiso de las autoridades mexicanas, en específico de la Secretaría de Salud, de modificar la NOM-190-SSA1-1999. Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar. La modificación debía ampliar el objetivo de la norma, así como su ámbito de aplicación e incluir explícitamente el abordaje de violencia sexual.[3] La NOM 190 fue sustituida por la NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención, publicada en 2009: una de las consecuencias normativas del caso Paulina. Así se estableció la obligación para las instituciones del Sistema Nacional de Salud a prestar el servicio de aborto a las víctimas de violación.[4]

La criminalización del aborto no sólo afecta a quienes son directamente procesadas por el delito de aborto (u otros relacionados, como el de homicidio agravado en razón de parentesco o el infanticidio), sino a todas las personas que cursan un embarazo no deseado y que deben tomar decisiones con respecto al mismo con marcos restrictivos y falta de acceso a servicios, así como a quienes acuden a servicios de salud con abortos espontáneos o partos fortuitos y son tratadas como sospechosas por parte del personal de salud y con frecuencia denunciadas por el mismo, en lugar de recibir la atención requerida.

2 El acuerdo de solución amistosa es un mecanismo previsto en los artículos 48, 1. f) y 49 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos que permite generar espacios de diálogo entre peticionarios y Estados, con el fin de llegar a acuerdos que establezcan medidas de reparación para las presuntas víctimas de violaciones a derechos humanos y para la sociedad en su conjunto. Para más información en: https://www.oas.org/es/CIDH/jsForm/?File=/es/cidh/soluciones_amistosas/default.asp#prettyPhoto.

3 Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe No. 21/07, Petición 161-02, Solución Amistosa, Paulina del Carmen Ramírez Jacinto, México, 9 de marzo de 2007. Disponible en: https://www.cidh.oas.org/annualrep/2007sp/Mexico161.02sp.htm.

4 Entre dichas reformas, se encuentra la del artículo 79 del Reglamento de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de Justicia del estado de Baja California, en la que se estableció el procedimiento para la interrupción legal del embarazo en casos de violación, así como la emisión de una Circular de la Secretaría de Salud del estado en la que se establecieron lineamientos para el marco de actuación del personal de salud para brindar los servicios de interrupción del embarazo en estos casos. La Secretaría de Salud federal asumió también el compromiso de actualizar la NOM-190-SSA1-1999 referente a la atención médica de la violencia familiar (Norma que fue reemplazada por la NOM-046-SSA2-2005), para incluir el tratamiento de la violencia sexual que ocurre fuera de la familia y establecer el procedimiento de interrupción del embarazo.

En 2009, Helena,[5] una joven de 18 años, fue acusada de aborto mientras era atendida en el Hospital Básico Comunitario en Tamuín, San Luis Potosí. El 9 de julio de 2009 presentó malestares, cólicos y sangrado vaginal, por lo que la trasladaron al hospital. De acuerdo con su expediente clínico, tenía un embarazo de 6.1 semanas, y se asentó como diagnóstico “aborto incompleto provocado”, hecho respecto del cual el personal del hospital dio conocimiento al ministerio público, iniciándose la averiguación previa correspondiente.

Helena fue trasladada a los “separos”, donde permaneció una noche y la liberaron al día siguiente, por falta de pruebas. Sin embargo, la investigación quedó abierta sin que ella lo supiera, por lo que tres años después se giró una orden de aprehensión en su contra. Fue sujeta a un proceso penal acusada de haberse provocado un aborto con pastillas. Helena tuvo que asumir el pago de 3 mil pesos por concepto de una fianza para obtener su libertad provisional. Posteriormente, el Juez Tercero Mixto de Ciudad Valles la sentenció a un año de prisión por encontrarla responsable del delito de aborto. GIRE la acompañó apelando dicha sentencia. En agosto de 2013, el Supremo Tribunal de Justicia de San Luis Potosí revocó la sentencia del Juez, declarando su inocencia.

Al igual que Helena, la mayoría de las mujeres que son inculpadas por el delito de aborto en México se enfrentan a irregularidades y violaciones al debido proceso y a la presunción de inocencia, ya que las autoridades suelen basarse únicamente en pruebas como la confesión, que suele obtenerse en contextos de intimidación y coacción. Además, incluso cuando las sentencias son absolutorias o no se establecen penas de prisión, el hecho mismo de enfrentar un proceso penal por aborto, puede tener consecuencias permanentes en la vida de las personas, sus familias y sus comunidades.

5 El nombre fue cambiado por respeto a su privacidad.

I.I

SITUACIÓN EN MÉXICO

A. MARCO NORMATIVO

En México, además del reconocimiento de los derechos humanos a la igualdad, a la no discriminación, a la salud, a la vida y a la libertad, el párrafo segundo del artículo 4º constitucional prevé el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos; es decir, el derecho a la autonomía reproductiva.

A pesar de ello, el aborto está regulado como un delito y dado que la materia penal —en términos generales— corresponde al ámbito local, cada uno de los códigos penales de las 32 entidades lo legisla de manera distinta: algunos lo consideran como un delito con excluyentes de responsabilidad penal, otros con causas de no punibilidad.[6] La causal por violación sexual es la única contemplada en todas las entidades federativas y sólo en la Ciudad de México, en Oaxaca y en Hidalgo y Veracruz a partir de julio 2021, el aborto voluntario está despenalizado durante las primeras 12 semanas de gestación. Lo anterior se traduce en la práctica en una discriminación directa, pues implica que las personas tendrán mayor o menor posibilidad de acceder a un aborto bajo un marco legal, dependiendo de donde se encuentren cuando requieran de estos servicios, pues cada entidad federativa establece bajo qué causales o circunstancias se puede abortar sin ameritar una sanción penal.

De igual manera, existen normas que son de observancia general —es decir, que son aplicables a todo el territorio nacional—, y de carácter obligatorio para todas las autoridades que intervengan en los procedimientos de interrupción del embarazo, como la Ley General de Salud (LGS), la Ley General de Víctimas (LGV), el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, la NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención (NOM 046) y políticas públicas como la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA).

Finalmente, cabe señalar que algunas entidades como la Ciudad de México, Hidalgo y Colima también establecen disposiciones respecto al aborto en sus respectivas leyes de salud.[7]

6 Las excluyentes de responsabilidad implican que el aborto no sea considerado delito, en esos casos. En cambio, cuando se denominan como causas de no punibilidad, significa que la conducta es un delito, pero que no se sanciona.

7 Ley de Salud del Distrito Federal (arts. 52, 53, 58, 59 y 98), Ley de Salud del Estado de Colima (arts. 29-32) y Ley de Salud para el estado de Hidalgo (fracción III bis del apartado A del artículo 3 y artículo 5 ter).

La regulación del aborto a nivel local es muy distinta en cada entidad: mientras algunas entidades como Baja California Sur y Tlaxcala contemplan seis excluyentes de la responsabilidad penal por el delito de aborto, existen entidades como Querétaro y Guanajuato[8] que únicamente contemplan como causas de no punibilidad que el aborto sea provocado por una conducta culposa[9] de la mujer o cuando el embarazo sea producto de una violación sexual.

Desde el año 2010 hasta el cierre de este informe, diez entidades[10] reformaron su código penal con la finalidad de extender los supuestos en que el aborto es legal.[11] Por su parte, en 2019 en Oaxaca se despenalizó el aborto voluntario en las primeras 12 semanas de gestación. Casi dos años después de la despenalización del aborto en Oaxaca, el 30 de junio de 2021 el Congreso del Estado de Hidalgo despenalizó el aborto en las primeras 12 semanas de gestación, eliminó requisitos para acceder al aborto por violación y reformó su ley de salud para incluir un programa ILE en los mismos términos que en la Ciudad de México. El 7 de julio, Hidalgo se convirtió formalmente en el tercer estado en despenalizar el aborto, después de la Ciudad de México en 2007 y de Oaxaca en 2019, con la publicación en el periódico oficial de las reformas al Código Penal y a la Ley de Salud del Estado de Hidalgo.[12]

Apenas unas semanas después de la despenalización del aborto en Hidalgo, el 20 de julio de 2021, la mayoría del Congreso del Estado de Veracruz votó a favor de sacar del Código Penal el aborto en las primeras 12 semanas de gestación cuando se realiza por voluntad de la mujer embarazada. Al igual que en Hidalgo, se removieron los obstáculos que existían para acceder al aborto por violación y, en el caso de Veracruz, además se agregó la causal salud. El mismo día fue publicada en el periódico oficial de la entidad. [13] La siguiente tabla detalla este avance en la legislación de todas las entidades federativas.

---

8 Durante 2020 se discutió en Guanajuato la despenalización del aborto hasta las primeras 12 semanas de gestación y, aunque la reforma fue rechazada, es una muestra de que el tema ha ido tomando fuerza en el país.

9 La causal de conducta imprudencial de la mujer embarazada se refiere a que el aborto es producido por una acción que no está relacionada a la intención de interrumpir el embarazo. No se sanciona debido a que no existió la intencionalidad de producir el resultado.

10 Campeche (2012), Coahuila (2017), Colima (2011), Guerrero (2014), Michoacán (2014), Oaxaca (2018 y 2019), Tlaxcala (2013 y 2015), Yucatán (2018), Hiidalgo (2021) y Veracruz (2021).

11 Si bien es cierto que la ampliación de causales es un avance normativo para los derechos reproductivos, es importante considerar que en general, la legislación continúa siendo restrictiva en materia de aborto. El acceso a este bajo las causales ya previstas es precario e incluso nulo. Además, el marco legal contempla algunos supuestos que difícilmente se presentan, como la causal de inseminación artificial no consentida.

12 Periódico Oficial del Estado de Hidalgo, *Decreto número 728 que reforma los artículos 154, 155, 156 y 158 y deroga el artículo 157 del Código Penal para el Estado de Hidalgo; se reforma la denominación del capítulo XII del Título Tercero y los artículos 97, 98, 99 y 100 y adiciona la fracción III bis del Apartado A del artículo 3 y del artículo 5 Ter la Ley de Salud para el Estado de Hidalgo*. https://periodico.hidalgo.gob.mx/?tribe_events=Periodico-Oficial-Alcance-7-del-06-de-julio-de-2021

13 Gaceta Oficial del Estado de Veracruz, http://www.veracruz.gob.mx/gaceta-oficial/

LEGISLACIÓN PENAL EN MATERIA DE ABORTO

● VIOLACIÓN ● IMPRUDENCIAL O CULPOSO ● PELIGRO DE MUERTE ● INSEMINACIÓN ARTIFICIAL NO CONSENTIDA

● SALUD ● ALTERACIONES GENÉTICAS O CONGÉNITAS GRAVES EN EL PRODUCTO ● CAUSAS ECONÓMICAS ● VOLUNTAD DE LA MUJER (HASTA LAS 12 SDG)

	Hasta 2010	Hasta 2015	Vigente
AGS	● × × ● × × ● ×	SIN ACTUALIZACIÓN	● × × ● × × ● ×
BC	● × × ● × × ● ●	SIN ACTUALIZACIÓN	● × × ● × × ● ●
BCS	● ● × ● ● × ● ●	SIN ACTUALIZACIÓN	● ● × ● ● × ● ●
CAMP	● × × ● × × ● ×	● × × ● ● × × ×	● × × ● ● × × ×
CHIS	● ● × × × × ● ×	SIN ACTUALIZACIÓN	● ● × × × × ● ×
CHIH	● × × ● ● × × ●	SIN ACTUALIZACIÓN	● × × ● ● × × ●
CDMX	● ● × ● ● ● × ●	SIN ACTUALIZACIÓN	● ● × ● ● ● × ●
COAH	● ● × ● × × ● ×	SIN ACTUALIZACIÓN	● ● × ● ● × × ●
COL	● ● × ● × × ● ●	● ● × ● ● × ● ●	● ● × ● ● × ● ●
DUR	● × × ● × × ● ×	SIN ACTUALIZACIÓN	● × × ● × × ● ×
GTO	● × × ● × × × ×	SIN ACTUALIZACIÓN	● × × ● × × × ×
GRO	● ● × ● × × × ●	● ● × ● ● × × ●	● ● × ● ● × × ●
HGO	● ● × ● ● × × ●	SIN ACTUALIZACIÓN	● ● × ● ● ● ● ●
JAL	● × × ● ● × ● ×	SIN ACTUALIZACIÓN	● × × ● ● × ● ×
MEX	● ● × ● × × ● ×	SIN ACTUALIZACIÓN	● ● × ● × × ● ×
MICH	● × × ● ● × × ×	● ● ● ● ● × × ●	● ● ● ● ● × × ●

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

● VIOLACIÓN ● IMPRUDENCIAL O CULPOSO ● PELIGRO DE MUERTE ● INSEMINACIÓN ARTIFICIAL NO CONSENTIDA

● SALUD ● ALTERACIONES GENÉTICAS O CONGÉNITAS GRAVES EN EL PRODUCTO ● CAUSAS ECONÓMICAS ● VOLUNTAD DE LA MUJER (HASTA LAS 12 SDG)

	Hasta 2010	Hasta 2015	Vigente
MOR	● ● × ● × × ● ●	SIN ACTUALIZACIÓN	● ● × ● × × ● ●
NAY	● × × ● ● × ● ×	SIN ACTUALIZACIÓN	● × × ● ● × ● ×
NL	● × × × ● × ● ×	SIN ACTUALIZACIÓN	● × × × ● × ● ×
OAX	● ● × ● × × ● ×	SIN ACTUALIZACIÓN	● ● × ● ● ● ● ●
PUE	● ● × ● × × ● ×	SIN ACTUALIZACIÓN	● ● × ● × × ● ×
QRO	● × × ● × × × ×	SIN ACTUALIZACIÓN	● × × ● × × × ×
QROO	● ● × ● × × ● ×	SIN ACTUALIZACIÓN	● ● × ● × × ● ×
SLP	● × × ● × × ● ●	SIN ACTUALIZACIÓN	● × × ● × × ● ●
SIN	● × × ● × × ● ×	SIN ACTUALIZACIÓN	● × × ● × × ● ×
SON	● × × ● × × ● ×	SIN ACTUALIZACIÓN	● × × ● × × ● ×
TAB	● × × × × × ● ●	SIN ACTUALIZACIÓN	● × × × × × ● ●
TAMPS	● × × ● ● × ● ×	SIN ACTUALIZACIÓN	● × × ● ● × ● ×
TLAX	● × × ● ● × ● ×	● ● × ● ● × ● ●	● ● × ● ● × ● ●
VER	● ● × ● × × ● ●	SIN ACTUALIZACIÓN	● ● × ● ● ● ● ●
YUC	● ● ● ● × × ● ×	SIN ACTUALIZACIÓN	● ● ● ● × × ● ●
ZAC	● × × ● ● × ● ×	SIN ACTUALIZACIÓN	● × × ● ● × ● ×

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

Por lo tanto, conforme a la legislación penal vigente de cada entidad:

- La causal por violación sexual es la única contenida en todos los códigos penales.
- Cuatro entidades permiten el aborto voluntario dentro de las primeras 12 semanas de gestación.
- 29 entidades contemplan la causal del aborto imprudencial o culposo.
- 24 entidades contemplan la causal de peligro de muerte para la mujer.
- 16 entidades contemplan la causal de alteraciones graves en el producto.
- 17 entidades contemplan la causal de peligro en la salud de la mujer.
- 16 entidades contemplan la causal de embarazo producto de una inseminación artificial no consentida.
- Dos entidades contemplan la causal de causas económicas precarias.

ABORTO POR VIOLACIÓN

El 9 de enero de 2013,[14] se expidió la LGV que señala en su artículo 35 que a toda víctima de violación sexual se le debe garantizar el acceso a la anticoncepción de emergencia[15] y, en su caso, a la interrupción voluntaria del embarazo. Además, impone la obligación a cada entidad pública de brindar servicios de atención a víctimas y a disponer de personal capacitado en el tratamiento de la violencia sexual con un enfoque transversal de género. Asimismo, la fracción IX del artículo 30, establece que los servicios de interrupción del embarazo son servicios de emergencia sanitaria. En otras palabras, independientemente de los requisitos establecidos por las entidades federativas para estar en los supuestos de no punibilidad o excluyente de responsabilidad penal por el delito de aborto, de acuerdo con la LGV, en casos de violencia sexual no es necesario el cumplimiento de requisito previo alguno, como la autorización de una autoridad para practicar un aborto. Por el contrario, el servicio de interrupción voluntaria del embarazo es una obligación que tienen las instituciones de salud públicas de dar atención de emergencia médica inmediata a las víctimas de violencia que lo requieran.[16]

El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica fue reformado en marzo de 2014,[17] adicionando, entre otros, los artículos 215 bis 1 y 215 bis 6. El primero establece que la prestación de los servicios de atención médica a víctimas, incluyendo la atención de emergencias médicas, se ajustará a lo establecido en la LGV y demás disposiciones aplicables. En ese mismo sentido, el artículo 215 bis 6 establece que en los casos de emergencia médica contenidos en el artículo 30 de la LGV (que incluyen los servicios de interrupción voluntaria del embarazo), todos los establecimientos para la atención médica del sector público están obligados a brindar a las víctimas dichos servicios, sin que puedan condicionar su prestación a la presentación de una denuncia.

14 DOF. Decreto por el que se expide la Ley General de Víctimas (9 de enero de 2013). Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284359&fecha=09/01/2013.

15 La anticoncepción de emergencia se ha incluido de manera progresiva en el marco normativo del país. En 2004 la pastilla anticonceptiva de emergencia (PAE) fue incluida en la NOM-005-SSA2-1993 De los servicios de planificación familiar (NOM 005), en los siguientes casos: relaciones sexuales voluntarias sin protección anticonceptiva, cuando se utilice un método anticonceptivo y éste falle y, por último, como consecuencia de una violación sexual. Por otra parte, en julio de 2005 fue incluido por primera vez en el Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos del Sector Salud un producto dedicado a la anticoncepción de emergencia, catalogado como "anticoncepción poscoito" (Levonorgestrel comprimido o tableta): *Cuadro Básico y catálogo de medicamentos, "Planificación familiar"*, primera edición, 2005, pp. 579. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7753.pdf

16 Ley General de Víctimas, artículo 9.

17 DOF. Decreto por el que se adicionan diversas disposiciones al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica (24 de marzo de 2014). Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5337964&fecha=24/03/2014.

Otro avance en materia de aborto fue la presentación de la ENAPEA en enero de 2015, con el propósito de reducir los embarazos en adolescentes a través de la garantía de los derechos humanos de las niñas y adolescentes entre 10 y 19 años. La ENAPEA establece, entre otras, la obligación del Estado de proporcionar atención a las niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual, y en ese tenor, incluyó dentro de la atención médica el acceso al aborto legal y seguro y a la anticoncepción de emergencia.

Por su parte, la NOM 046 también fue reformada en el año 2016[18] para homologar su contenido con los términos establecidos en la LGV. En este sentido, el punto 6.4.2.7 establece que únicamente es necesario un escrito bajo protesta de decir verdad de la víctima en el que establezca que su embarazo es producto de una violación sexual para que pueda interrumpirlo voluntariamente. Sólo en los casos en que la víctima sea menor de 12 años es necesaria la solicitud por parte de su padre, madre o tutor. Además, con la reforma se eliminó el requisito de autorización por parte de la autoridad competente. Así, a nivel normativo se derribó una barrera inminente al acceso a los servicios de aborto y se dio un paso adelante en la garantía de una mayor protección a los derechos humanos de las víctimas de violencia sexual.

La regulación vigente en torno al aborto en caso de violación sexual es un avance muy importante a nivel normativo. Sin embargo, el desconocimiento o falta de implementación de la misma por parte de autoridades, personal de salud e incluso juzgadores es uno de los principales obstáculos que persisten para el acceso a este servicio.[19]

"PROTECCIÓN DE LA VIDA DESDE LA CONCEPCIÓN" EN CONSTITUCIONES LOCALES

En 2008 la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) determinó la constitucionalidad de la reforma que despenalizó el aborto en la Ciudad de México en la Acción de Inconstitucionalidad 146/2007 y su acumulada 147/2007. Entre los argumentos expuestos, la Corte señaló que la Constitución no reconoce el derecho a la vida en sentido normativo, sino que establece obligaciones positivas del Estado para promocionar y hacer efectivos derechos relacionados con la vida; y que ningún instrumento internacional de derechos humanos aplicable a México reconoce a la vida como un derecho absoluto ni exige un momento específico para el inicio de su protección, por lo tanto México no está obligado a "proteger la vida desde la concepción".[20] A raíz de lo anterior, ha habido una oleada de reformas a las constituciones locales para incluir cláusulas de "protección a la vida desde el momento de la concepción", lo cual pone en evidencia la presencia de sectores conservadores en distintas entidades federativas que comenzaron a movilizarse con la finalidad de dificultar el acceso a las causales legales existentes, así como a futuras reformas de ampliación de causales o de despenalización.

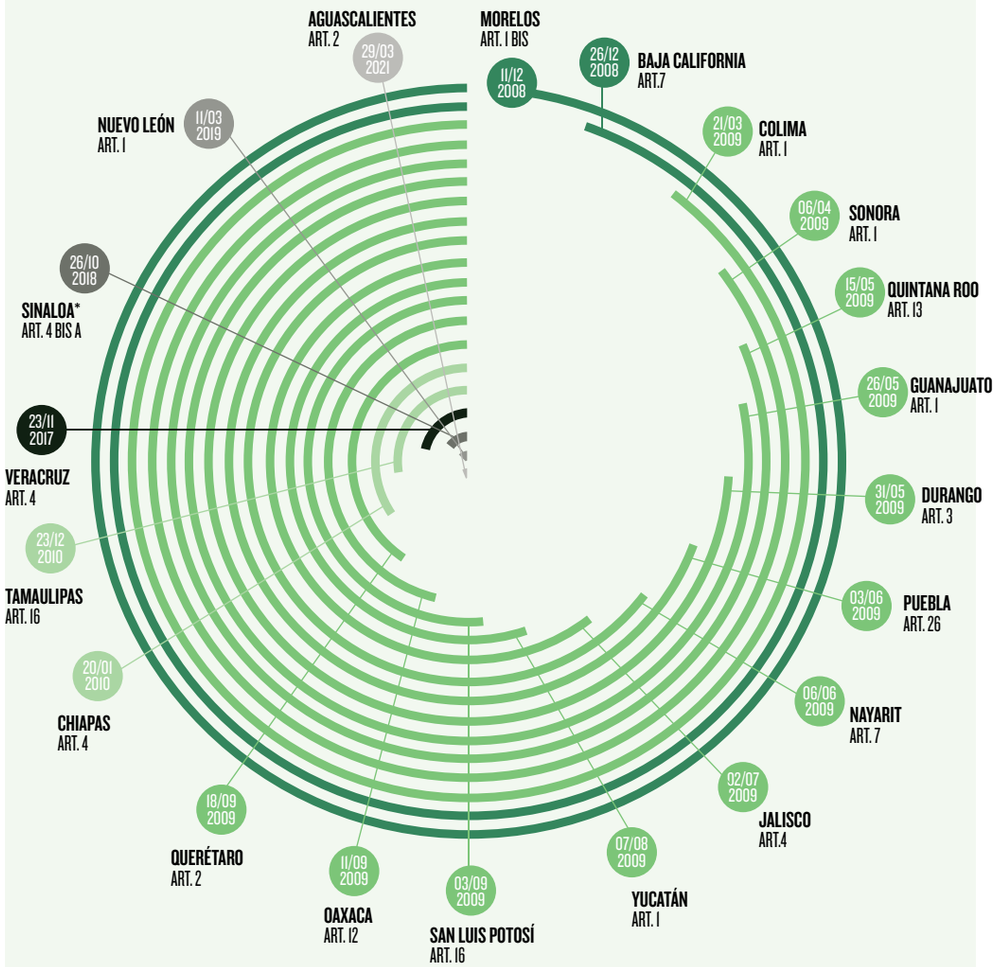
18 Diario Oficial de la Federación. Modificación de los puntos 6.4.2.7, 6.4.2.8, 6.6.1 y 6.7.2.9 de la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, para quedar como NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención, publicada el 16 de abril de 2009 (24 de marzo de 2016). Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5430957&fecha=24/03/2016.

19 Más información en: GIRE, *Violencia sin interrupción*, 2016 y *La pieza faltante. Justicia reproductiva*, 2018. Disponibles en: https://gire.org.mx/publicaciones/violencia-sin-interrupcion/ y https://gire.org.mx/publicaciones/la-pieza-faltante-justicia-reproductiva/

20 SCJN. Pleno. Acción de Inconstitucionalidad 146/2007 y su acumulada 147/2007. Ministro Ponente: Sergio Salvador Aguirre Anguiano, 28 de agosto de 2008, pp. 173-175. Disponible en: https://www2.scjn.gob.mx/ConsultaTematica/PaginasPub/DetallePub.aspx?AsuntoID=91638.

CONSTITUCIONES QUE "PROTEGEN LA VIDA DESDE LA CONCEPCIÓN"

2008 - 2021



* El jueves 9 de septiembre de 2021, el Pleno de la SCJN resolvió la acción de inconstitucionalidad 146/2018 y su acumulada 147/2018 en donde determinó la invalidez de la porción normativa del artículo 4 bis A, fr. I de la Constitución de Sinaloa que establece la tutela del derecho a la vida desde el momento de la concepción.

Fuente: Elaboración de GIRE con base en constituciones locales vigentes a septiembre de 2021.

En el periodo comprendido de 2008 a 2011, 16 de las 32 entidades federativas reformaron su constitución para introducir cláusulas de "protección a la vida desde la concepción". Al cierre de esta publicación, suman veinte constituciones locales que fueron reformadas a partir de la despenalización del aborto en la Ciudad de México y de la determinación de la SCJN de que ésta es constitucional.[21] Sin embargo, a pesar de los esfuerzos de los sectores conservadores, estas reformas no tienen el efecto esperado, ya que legalmente no impiden ni el acceso a un aborto bajo las causales ya previstas por la ley ni una eventual despenalización, debido a la interpretación sistemática y basada en derechos humanos que debe hacerse de todo el marco jurídico, según la SCJN y la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH). El caso de Oaxaca es ejemplo de ello, pues la cláusula de "protección a la vida desde la concepción" en su constitución local no fue obstáculo para despenalizar el aborto consentido en las primeras 12 semanas de gestación en 2019.

En la Acción de Inconstitucionalidad 146/2007 y su acumulada 147/2007 mencionadas anteriormente, la Corte determinó que la no penalización de la interrupción del embarazo implica el respeto a la libertad de las mujeres para decidir respecto de su cuerpo, de su salud física y mental e, incluso, respecto de su vida.[22]

De igual manera, en el año 2011 la Suprema Corte resolvió dos acciones de inconstitucionalidad en el mismo sentido. La 11/2009,[23] promovida por el entonces Procurador de los Derechos Humanos y Protección Ciudadana del Estado de Baja California, argumentó la inconstitucionalidad de la reforma de 2008 al artículo 7º de la Constitución de Baja California que "protegía la vida prenatal desde el momento de la concepción".[24] Si bien no se declaró la inconstitucionalidad de las normas debido a que no se alcanzaron los ocho votos necesarios, la SCJN sí dejó claro que "aun cuando el artículo constitucional impugnado establezca una protección absoluta e inderrotable a la vida prenatal, lo cierto es que en ningún caso el estado de Baja California podrá dejar de proveer el servicio de aborto en los casos que están previstos tanto en la NOM-046-SSA2-2005 como en la legislación local".[25]

Por otra parte, la Acción de Inconstitucionalidad 62/2009[26] promovida por integrantes de la Quincuagésima Novena Legislatura del Congreso del Estado de San Luis Potosí solicitó la invalidez del artículo 16 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de San Luis Potosí que también "protege la vida desde el momento de la concepción".[27] Aunque en este caso tampoco se alcanzó la mayoría de ocho votos, la Corte señaló que dicho artículo "considera al producto de la fecundación como un individuo y se confiere un carácter supremo e inderrotable al derecho a la vida, sin considerar que esa protección no puede ser absoluta, sino que puede graduarse en función de la protección y ejercicio de derechos fundamentales, como lo son, por ejemplo, el derecho a tener el número de hijos que se desee (y para ello, recurrir a métodos de reproducción asistida) o el derecho de no tenerlos (y para ello, emplear métodos anticonceptivos)".[28]

21 En total son 22 estados los que cuentan con cláusulas de "protección a la vida desde la concepción" en sus constituciones, pero las reformas de Coahuila y Chihuahua son anteriores al año 2008, del 13 de enero de 1989 y del 1 de octubre de 1994, respectivamente. El 2 de junio de 2021, el Pleno del Congreso de Campeche aprobó un dictamen para adicional la Constitución Política del estado e introducir una claúsula de "protección a la vida desde la concepción". Al 29 de julio de 2021, está pendiente por publicarse.

22 SCJN. Pleno. Acción de Inconstitucionalidad 46/2007 y su acumulada 47/2007. Ministro Ponente: Sergio Salvador Aguirre Anguiano, 28 de agosto de 2008, p. 183. Disponible en: https://www2.scjn.gob.mx/ConsultaTematica/PaginasPub/DetallePub.aspx?AsuntoID=91638.

23 SCJN. Pleno. Acción de Inconstitucionalidad 11/2009. Ministro Ponente: José Fernando Franco González Salas. Disponible en: https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/proyectos_resolucion_scjn/documento/2016-10/AI-11-09-BajaCalifornia_2.pdf.

24 Actualmente el artículo 7º de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Baja California conserva una redacción similar que protege la vida desde el momento de la concepción. Otras razones alegadas por los promoventes fueron: violación a la esfera competencial de la Federación; que la reforma impugnada condiciona indebidamente el contenido de normas secundarias; y, violaciones procesales.

25 SCJN. Pleno. Acción de Inconstitucionalidad 11/2009, *op. cit*, p. 120.

26 SCJN. Pleno. Acción de Inconstitucionalidad 62/2009. Ministro Ponente: José Fernando Franco González Salas. Disponible en: https://www2.scjn.gob.mx/ConsultaTematica/PaginasPub/DetallePub.aspx?AsuntoID=112579.

27 La redacción del artículo 16 de la Constitución Política del Estado libre y soberano de San Luis Potosí se mantiene igual a la fecha.

28 SCJN. Pleno. Acción de Inconstitucionalidad 62/2009, *op.cit*, p. 80.

Finalmente, el jueves 9 de septiembre de 2021 el Pleno de la Corte resolvió la Acción de inconstitucionalidad 106/2018 y su acumulada 107/2018 determinando la invalidez de la porción normativa del artículo 4º bis A, fr. I de la Constitución Política del Estado de Sinaloa que establecía la tutela al derecho a la vida desde el momento en que el individuo es concebido. Dicha resolución alcanzó la mayoría de votos, por lo cual constituye un criterio obligatorio para todas las y los jueces. Entre las consideraciones del Pleno, destaca, por una parte, que es inconstitucional otorgar el estatus de persona al embrión o feto con el fin de adoptar medidas restrictivas del derecho a la autonomía reproductiva de las mujeres y personas gestantes. Por otra parte, que la protección al producto de la gestación no puede desconocer los derechos de las mujeres y personas gestantes a la libertad reproductiva y, en particular, su derecho a interrumpir el embarazo en determinados supuestos.

También se estableció que las entidades federativas no tienen competencia para definir el origen de la vida humana, el concepto de "persona" y la titularidad de los derechos humanos, pues ello corresponde exclusivamente a la Constitución General.[29]

Los fallos de la SCJN ponen en evidencia que la "protección de la vida desde la concepción" cuando se contempla en la legislación, bajo ninguna circunstancia puede limitar los derechos reproductivos de las mujeres. En la actualidad, se encuentran pendientes de resolución las siguientes acciones de inconstitucionalidad sobre este mismo tema: en Veracruz (85/2016), Nuevo León (41/2019) y una más en Aguascalientes presentada en 2021 (71/2021).

En este mismo sentido, es relevante el caso Artavia Murillo vs Costa Rica, resuelto en 2012,[30] en el cual la Corte IDH interpretó por primera vez los alcances del artículo 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos en relación con la protección de la vida prenatal como aquella que debe resignificarse para entenderla en relación con los derechos reproductivos de las mujeres. Por tanto, determinó que: la concepción es el proceso de implantación (es decir, cuando el óvulo fecundado se adhiere a las paredes del endometrio); el embrión y el feto no pueden ser considerados como persona; la protección a la vida prenatal es gradual e incremental; y, sólo es posible a través de la garantía de los derechos de las mujeres. En este sentido, a partir de la interpretación de la SCJN y de la Corte IDH, la "protección a la vida desde la concepción" establecida en las constituciones estatales no constituye un obstáculo legal para el acceso al aborto bajo causales, ni para futuras reformas que busquen despenalizar la interrupción del embarazo.

29 SCJN. Comunicado oficial No. 273/2021 (9 de septiembre de 2021): https://www.internet2.scjn.gob.mx/red2/comunicados/noticia.asp?id=6581

30 Caso Artavia Murillo y otros (Fecundación *in vitro*) vs. Costa Rica. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Corte IDH, Sentencia del 28 noviembre de 2012 Serie C No. 257, párrafos 189 y 244. Disponible en: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_257_esp.pdf

OBJECIÓN DE CONCIENCIA

La objeción de conciencia se fundamenta en el derecho a la libertad de conciencia y religión, y establece que las personas pueden negarse a realizar ciertas actividades que consideren contrarias a sus creencias personales, incluidas las religiosas[31]. Coincide con la figura de la desobediencia civil, sin embargo, se distinguen entre sí, pues la desobediencia busca eliminar la norma del ordenamiento jurídico, mientras que la objeción de conciencia no pretende afectar las reglas colectivas, sino garantizar la cohesión e integridad de su conciencia.[32]

En el ámbito de la salud debe entenderse como una posición individual del personal médico o de enfermería frente a la realización de un procedimiento de salud en específico y no como una estrategia para obstaculizar la implementación de una legislación como la que permite el acceso legal a los servicios de aborto.

El debate al respecto no es en torno a si la objeción de conciencia debería o no existir, ya que está fundamentada en el derecho a la libertad de conciencia. Sin embargo, no puede representar un obstáculo para el ejercicio del derecho a la salud, por el contrario, la misma es compatible con el acceso a servicios de aborto para quien los solicita. Por lo tanto, para que la objeción de conciencia sea acorde con las obligaciones del Estado, debe ser debidamente regulada e implementada.[33]

Como parte de las reformas de 2016 a la NOM 046, se modificaron los puntos 6.4.2.7 y 6.4.2.8, estableciendo la obligación de las instituciones públicas de atención médica de contar con personal no objetor de conciencia, y en caso de que en su momento no puedan prestar el servicio de interrupción del embarazo de manera oportuna y adecuada, deben referir a las usuarias a otra institución que sí cuente con personal de salud no objetor de conciencia. En este sentido se entiende que las instituciones de salud no pueden ser objetoras y que esta prohibición atiende a que la libertad de conciencia no es un derecho que le corresponda a una institución, sino que le corresponde en lo individual al personal de salud directamente involucrado en el procedimiento de aborto o cualquier otro que pueda ser sujeto a objeción. En consecuencia, tampoco puede objetar conciencia el personal que no está directamente relacionado al mismo.

El 11 de mayo de 2018, fue publicada en el Diario Oficial de la Federación una reforma a la Ley General de Salud (adición del artículo 10 bis) que establecía que, en virtud de la objeción de conciencia, era posible que la participación de la prestación de los servicios de salud establecidos por la ley se exceptuara únicamente en caso de personal médico y de enfermería y, cuando objetar no pusiera en riesgo la vida de la persona que requiriera el servicio o cuando se tratara de una emergencia. Sin embargo, en septiembre de 2021, el Pleno de la SCJN resolvió la Acción de Inconstitucionalidad 54/2018 determinando la invalidez de dicho artículo debido a que no establecía los lineamientos y límites necesarios para que la objeción de conciencia pudiera ser ejercida sin poner en riesgo los derechos humanos de otras personas, en especial el derecho a la salud.

31 Para más información, véase: Cancino Marentes, Martha Edith, *et al*. "5. Objeción de conciencia. Enseñanza Transversal en Bioética y Bioderecho: Cuaderno de Casos", UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, México, 2019. Disponible en: https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/13/6010/5a.pdf

32 Véase: Capdevielle, Pauline "Objeciones de conciencia en el ámbito sanitario: reflexiones en torno a su regulación", en *Bioética y bioderecho. Reflexiones clásicas y nuevos desafíos*, (coords). Chan, Sara, Ibarra Palafox, Francisco y Medina Arellano, María de Jesús, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, México, 2018. Disponible en: https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/10/4733/5.pdf.

33 Por ejemplo, la Ley de Salud del Distrito Federal, establece en su artículo 59 la obligación de las instituciones públicas de salud de garantizar la prestación del servicio de interrupción legal del embarazo y de contar con personal no objetor de conciencia. De igual manera, establece que los médicos objetores de conciencia deben referir a las usuarias con otro médico no objetor, y que en casos de urgencia no podrá invocarse la objeción de conciencia.

Asimismo, el Pleno estableció que para que la reglamentación y ejercicio de la objeción de conciencia sean constitucionalmente válidos, es necesario que se ciñan a ciertos límites, entre ellos, que sea de carácter individual, que se trate de una auténtica contradicción de conciencia en un contexto constitucional y democrático, y que respete los derechos humanos de otras personas. Por lo anterior, además de declarar la invalidez del artículo 10 bis de la Ley General de Salud, la SCJN exhortó al Congreso a legislar conforme a los lineamientos indicados en la sentencia.[34]

Cabe señalar que actualmente está pendiente de resolverse la Acción de Inconstitucionalidad 107/2019 también referente al tema de la objeción de conciencia, pero en los términos establecidos en la Ley de Salud del Estado de Morelos.

Finalmente, la SCJN ha determinado que el aborto debe ser considerado un servicio de salud con el fin de promover, proteger o restaurar la salud de las mujeres y otras personas gestantes en todas sus dimensiones, por lo tanto el Estado está obligado a garantizar el acceso a este servicio[35] y, por otra parte, que los casos en los que se solicite la interrupción de un embarazo producto de violencia sexual deben ser considerados como urgentes, para evitar que las consecuencias físicas y psicológicas que afectan a una víctima de violación, continúen materializándose en el tiempo.[36]

34 SCJN. Comunicado oficial No. 276/2021 (20 de septiembre de 2021): https://www.internet2.scjn.gob.mx/red2/comunicados/noticia.asp?id=6584

35 SCJN. Primera Sala. Amparo en revisión 1388/2015. Ministro ponente: Alfredo Gutiérrez Ortiz Mena, pp. 71-73. Disponible en: https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/listas/documento_dos/2019-04/AR%201388-2015%20-%20190404.pdf.

36 SCJN. Segunda Sala. Amparo en revisión 1170/2017. Ministro ponente: José Fernando Franco González Salas, 18 de abril de 2018, p. 19. Disponible en: https://www.law.utoronto.ca/utfl_file/count/documents/reprohealth/mexico_2018_rape_fernanda.pdf.

AVANCES

A. DESPENALIZACIÓN DEL ABORTO EN LA CIUDAD DE MÉXICO, OAXACA, HIDALGO Y VERACRUZ

En la Ciudad de México los avances legislativos en materia de aborto iniciaron en el año 2000, con la llamada Ley Robles[37] que amplió las causas de no punibilidad del delito de aborto: además de las causales de violación y conducta culposa de la mujer que ya estaban contempladas en el Código Penal para el Distrito Federal, se agregó la posibilidad de acceder al aborto en caso de inseminación artificial no consentida y cuando el producto presente alteraciones genéticas o congénitas graves; de igual forma se modificó la causal de "peligro de muerte" para permitir el aborto cuando el embarazo implicara un riesgo grave para la salud de la mujer. A pesar de que la constitucionalidad de esta reforma fue cuestionada ante la SCJN por diputados de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal pertenecientes a los grupos parlamentarios de Acción Nacional y Verde Ecologista, el Pleno de la SCJN la ratificó en enero de 2002.[38]

El 27 de enero de 2004[39] la entonces Asamblea Legislativa del Distrito Federal reformó el primer párrafo del artículo 148 del Código Penal, de modo que las causas de no punibilidad del delito de aborto pasaron a ser excluyentes de responsabilidad penal. De igual manera, se adicionaron los artículos 16 bis 6 y 16 bis 7 a la Ley de Salud local que establecieron, por una parte, la obligación de las instituciones públicas de salud de proporcionar el servicio de interrupción legal del embarazo en los supuestos contemplados por el Código Penal y, por otra parte, la regulación de la objeción de conciencia en términos muy similares a la legislación vigente en la actualidad.[40]

37 Se le conoce de esta manera porque fue una iniciativa de reformas al Código Penal para el Distrito Federal y al Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal, presentada por la entonces Jefa de Gobierno del Distrito Federal, Rosario Robles. Dichas reformas fueron publicadas mediante Decreto del 24 de agosto del 2000, en la Gaceta Oficial del Distrito Federal. Disponible en: http://www.paot.org.mx/centro/gaceta/2000/agosto_24_148.pdf.

38 SCJN. Pleno. Acción de Inconstitucionalidad 10/2000. Ministra ponente: Olga María del Carmen Sánchez Cordero de García Villegas. Disponible en: http://www2.scjn.gob.mx/juridica/engroses/3/2000/19/3_37867_0.doc.

39 Gaceta Oficial del Distrito Federal. Decreto que reforma los artículos 145 y 148 del Nuevo Código Penal para el Distrito Federal y se adicionan los artículos 16 bis 6 y 16 bis 7 a la Ley de Salud para el Distrito Federal (27 de enero de 2004). Disponible en: https://oig.cepal.org/sites/default/files/2004_reforma_leysalud_df_mexico.pdf.

40 Artículo 16 bis 7 (Redacción de la reforma de 2004).- Los prestadores de los servicios de salud a quienes corresponda practicar la interrupción del embarazo en los casos permitidos por el Nuevo Código Penal para el Distrito Federal, y cuyas creencias religiosas o convicciones personales sean contrarias a tal interrupción, podrán ser objetores de conciencia y por tal razón excusarse de intervenir en la interrupción del embarazo, debiendo referir a la mujer con un médico no objetor. Cuando sea urgente la interrupción del embarazo para salvaguardar la salud o la vida de la mujer, no podrá invocarse la objeción de conciencia. Será obligación de las instituciones públicas de salud garantizar la oportuna prestación de los servicios y la permanente disponibilidad de personal no objetor de conciencia en la materia.

Más tarde, en 2007,[41] se realizaron diversas reformas al Código Penal con la finalidad de despenalizar el aborto durante las primeras 12 semanas de gestación y a la Ley de Salud local con el propósito de garantizar el acceso al aborto. En cuanto a esta última, fue adicionado un tercer párrafo al artículo 16 bis 6 para establecer que las instituciones públicas de salud del gobierno del Distrito Federal debían atender las solicitudes de interrupción del embarazo, independientemente de que la solicitante contara con otro servicio de salud público o privado. Asimismo, fue añadido el artículo 16 bis 8, que dispone que la atención sexual y reproductiva es de carácter prioritario y sentó las bases para el establecimiento de servicios en relación con la Interrupción Legal del Embarazo (ILE).[42] Dicha reforma fue publicada el 26 de abril de 2007 en la Gaceta Oficial del Distrito Federal y, en mayo de ese año, la Secretaría de Salud comenzó a recibir solicitudes de ILE.

El 24 y el 25 de mayo de 2007, el presidente de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) y el titular de la entonces Procuraduría General de la República (PGR) presentaron, respectivamente, ante la SCJN demandas de inconstitucionalidad en contra de las reformas del 26 de abril de 2007. Al ser admitidas en la SCJN fueron registradas para su estudio conjunto como Acción de Inconstitucionalidad 146/2007 y su acumulada 147/2007.

Entre los conceptos de invalidez planteados se señalaba que las reformas contravenían el derecho a la vida del producto de la concepción, así como a la igualdad entre la mujer y el hombre, y el derecho a la paternidad, consagrados en los artículos 1º, 4º, 22 y 133 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, vigente en ese momento y en instrumentos internacionales como la Convención de los Derechos del Niño, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y la Convención Americana sobre Derechos Humanos. Sin embargo, el 28 de agosto de 2008 el Pleno de la SCJN resolvió ambas acciones y, por mayoría de ocho votos, ratificó la constitucionalidad de las reformas.[43] Como resultado del proceso de despenalización de 2007, el entonces Gobierno del Distrito Federal implementó el Programa de Interrupción Legal del Embarazo (Programa ILE) que hasta la fecha brinda acceso a servicios de aborto legales, seguros y gratuitos tanto a residentes de la Ciudad de México como de otras entidades e, incluso, de otros países. De abril de 2007 al 31 de marzo de 2021,[44] la Secretaría de Salud local reporta haber atendido a un total de 234,513 usuarias. Aunque la Secretaría de Salud de la Ciudad de México informa que el programa ILE continúa vigente durante la atención de la pandemia por COVID-19, se observa una cifra menor de procedimientos durante 2020 en comparación con años anteriores. Ello puede deberse al temor de acudir a las instituciones de salud por el riesgo de contagio, sin embargo, no es la única causa, ya que la pandemia ha complejizado las brechas preexistentes para acceder al aborto en México.[45]

41 Gaceta Oficial del Distrito Federal. Decreto por el que se reforma el Código Penal para el Distrito Federal y se adiciona la Ley de Salud para el Distrito Federal (26 de abril de 2007). Disponible en: http://www.sideso.cdmx.gob.mx/documentos/legislacion/leyes/GacetaAbortoabril07_26_70.pdf.

42 Entre ellos, los servicios de planificación familiar y anticoncepción que tienen como propósito principal la reducción de abortos y los servicios de consejería médica y social en materia de salud sexual y reproductiva que son gratuitos y proporcionan a la mujer que lo solicite la interrupción del embarazo con base en los parámetros establecidos en el Código Penal local.

43 SCJN. Pleno. Acción de Inconstitucionalidad 146/2007 y su acumulada 147/2007, *op. cit*.

44 La información de 2021 es preliminar. Secretaría de Salud de la Ciudad de México: Interrupción Legal del Embarazo. Estadísticas (abril 2007-31 de marzo de 2021). Disponible en: http://ile.salud.cdmx.gob.mx/wp-content/uploads/ILE-WEB-Mayo-2021.pdf.

45 Más información en: Observatorio Género y COVID-19 en México. *Nos cayó el 20. Diagnóstico y recomendaciones del Observatorio Género y COVID-19 en México, SALUD*, 2021. Disponible en: https://genero-covid19.gire.org.mx/wp-content/uploads/2021/05/Manual_Salud.pdf

USUARIAS ATENDIDAS EN SERVICIOS DE ILE (ABRIL 2007 – 31 DE ABRIL 2021)

AÑO	TOTAL
2007	4,799
2008	13,404
2009	16,475
2010	16,945
2011	20,319
2012	20,482
2013	20,765
2014	20,559
2015	18,770
2016	18,087
2017	17,595
2018	17,259
2019	15,173
2020	11,269
2021*	2,612
TOTAL	234,513

Fuente: Sistema de Información de Interrupción Legal del Embarazo.
*Información preliminar

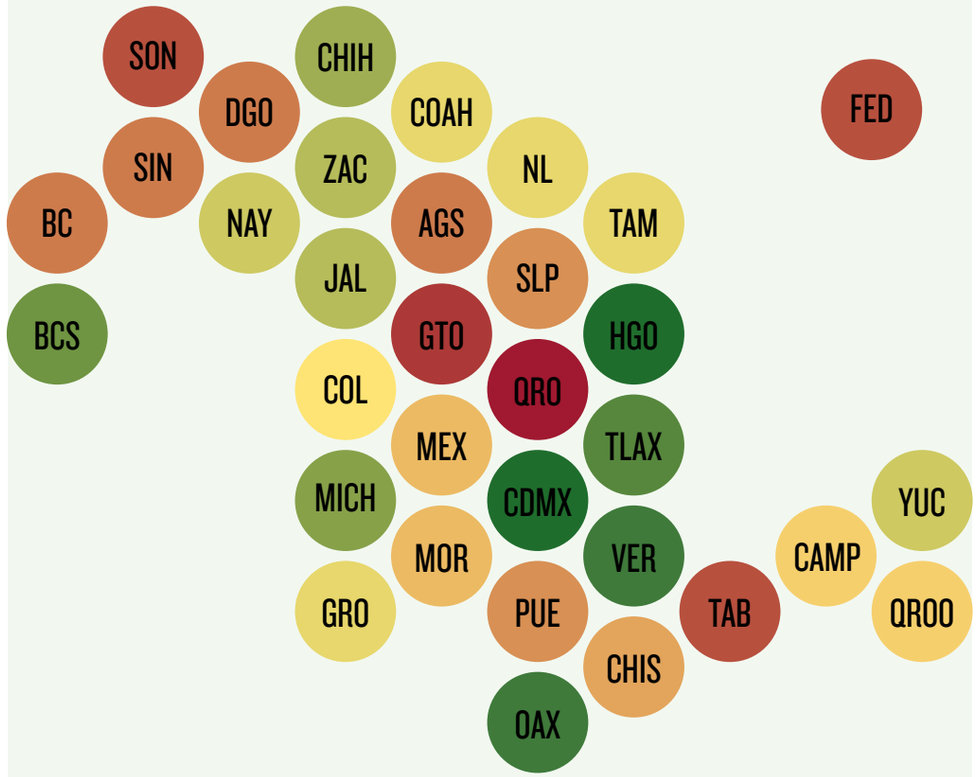
Por su parte, después de un esfuerzo coordinado de activistas, aliadas y organizaciones, entre ellas GIRE, se logró que el 25 de septiembre de 2019 el Congreso del Estado de Oaxaca aprobara reformar el Código Penal estatal para despenalizar el aborto voluntario durante las primeras 12 semanas del embarazo. Estas reformas a los artículos 312, 313, 315 y 316 fueron publicadas el 24 de octubre del mismo año.[46] Así, Oaxaca se convirtió en la segunda entidad federativa que despenalizó el aborto hasta la décima segunda semana de gestación y contempla, además, seis causales por las que se excluye de responsabilidad penal a quienes abortan: imprudencia de la mujer embarazada, violación, inseminación artificial no consentida, riesgo para la salud de la mujer embarazada, riesgo de muerte de la mujer embarazada[47] y alteraciones genéticas o congénitas en el producto.

46 Gobierno del Estado de Oaxaca, *Periódico Oficial*. Decreto No. 806 mediante el cual se reforman, derogan y adicionan diversas disposiciones al Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Oaxaca (24 de octubre de 2019). Disponible en: http://www.periodicooficial.oaxaca.gob.mx/listado.php?d=2019-10-24.

47 El código penal de Oaxaca contempla en una misma fracción las causales de salud y riesgo de muerte de la mujer embarazada (artículo 316, IV).

EL DELITO DE ABORTO EN MÉXICO

EL SIGUIENTE SEMÁFORO ES PRODUCTO DE UNA CLASIFICACIÓN REALIZADA POR GIRE DE LOS MARCOS NORMATIVOS EN MATERIA DE ABORTO EN MEXICO. TOMA EN CUENTA LA LEGISLACIÓN PENAL, ASÍ COMO LA LEGISLACIÓN DE SALUD LOCAL.



Muy restrictivo — Menos restrictivo

QUERÉTARO	19	COAHUILA	37
GUANAJUATO	21	GUERRERO	37
SONORA	24	NUEVO LEÓN	37
TABASCO	25	TAMAULIPAS	37
FEDERAL	25	YUCATÁN	39
AGUASCALIENTES	27	NAYARIT	39
BAJA CALIFORNIA	27	JALISCO	40
DURANGO	27	ZACATECAS	40
SINALOA	27	CHIHUAHUA	41
PUEBLA	29	MICHOACÁN	44
SAN LUIS POTOSI	29	BAJA CALIFORNIA SUR	46
CHIPAS	30	TLAXCALA	47.8
MÉXICO	31	VERACRUZ	72
MORELOS	31	OAXACA	72
CAMPECHE	32	HIDALGO	76
QUINTANA ROO	32	CDMX	76
COLIMA	36		

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

Pasaron 12 años para que otra entidad federativa priorizara la justicia reproductiva sobre estereotipos e ideologías conservadoras. Este triunfo es relevante ya que, además de ser acorde con los derechos humanos, demuestra que las movilizaciones sociales en materia de aborto —impulsadas principalmente por los movimientos feministas— pueden llegar a impactar en procesos legislativos. Aunque el acceso a los servicios de aborto en Oaxaca continúa siendo limitado,[48] la despenalización representa un avance fundamental porque brinda seguridad jurídica a quienes abortan en las primeras 12 semanas de gestación y a quienes facilitan el servicio de que no serán criminalizadas.

Durante junio y julio de 2021, tan solo en el lapso de un mes, Hidalgo y Veracruz se convirtieron en la tercera y cuarta entidad, respectivamente, en despenalizar el aborto voluntario en las primeras 12 semanas de gestación. Sin embargo, sigue siendo necesaria la puesta en marcha de la provisión de los servicios de aborto por parte de la Secretaría de Salud de Oaxaca para garantizar el acceso al aborto seguro a quienes lo solicitan en instituciones públicas. Por su parte, en el caso de Hidalgo, será necesario que, a partir de la inclusión del Programa ILE en el estado, se dote de recursos humanos y financieros para hacerlo operativo. Tanto en este caso como en el de Veracruz —donde la reforma de julio de 2021 no contempló la modificación de la ley de salud local para la inclusión de un programa ILE—, aún es pronto para conocer el impacto real que la despenalización tendrá en el acceso de las mujeres a la interrupción legal, segura y gratuita del embarazo.

Finalmente, cabe señalar que el 7 de septiembre de 2021, el Pleno de la SCJN resolvió por unanimidad la Acción de Inconstitucionalidad 148/2017, declarando la invalidez del artículo 196 del Código Penal de Coahuila que establecía una pena de prisión a la mujer que voluntariamente practicara su aborto o a quien la hiciere abortar con el consentimiento de aquella, pues lo anterior vulnera el derecho de la mujer y de las personas con capacidad de gestar a decidir. Además, el Pleno determinó que es inconstitucional criminalizar el aborto de manera absoluta. Al ser un criterio obligatorio, todas las y los jueces deberán considerar los argumentos de la Corte en los casos que conozcan sobre el tema. De igual manera, este precedente resulta fundamental para que las y los legisladores de las entidades en donde aún se penaliza el aborto cuenten con criterios sólidos para modificar su legislación.[49]

48 A través de la respuesta a una solicitud de acceso a la información realizada por GIRE (folio 00163421, marzo de 2021), los Servicios de Salud de Oaxaca informaron que el Hospital Aurelio Valdivieso es el único que presta el servicio de aborto, lo cual limita el acceso para quienes viven en el resto de los municipios en el estado.

49 SCJN. Comunicado oficial No. 271/2021 (7 de septiembre de 2021): https://www.internet2.scjn.gob.mx/red2/comunicados/noticia.asp?id=6579

B. EL MOVIMIENTO SOCIAL DE LA MAREA VERDE EN MÉXICO

La Marea Verde es el nombre con el que se conoce al movimiento feminista contemporáneo a favor de la despenalización del aborto, originado en Argentina y extendido por América Latina y el mundo, y cuyo símbolo es el pañuelo verde. Si bien el movimiento por la despenalización del aborto tiene una larga historia, la Marea Verde ganó visibilidad en el verano de 2018 cuando, en Argentina, la Cámara de Diputados discutió y aprobó una iniciativa para despenalizar el aborto hasta las 14 semanas de gestación, que fue rechazada por el Senado en agosto del mismo año, por tan sólo siete votos. Sin embargo, las mujeres argentinas demostraron la importancia y eficacia de un movimiento con una perspectiva interseccional e intergeneracional.[50]

La Marea Verde en México ha estado presente no sólo en el ámbito social, sino que también ha posicionado el aborto legal en el ámbito político, lo que se confirma con la cantidad de iniciativas de despenalización del aborto presentadas en los últimos años. Mientras en 2015, GIRE identificaba apenas tres esfuerzos de despenalización en todo el país,[51] desde agosto de 2018 hasta mayo de 2021, se han identificado un total de 63 iniciativas relacionadas con el reconocimiento del aborto legal y seguro, es decir, más de veinte iniciativas al año. Algunas proponen la despenalización del aborto durante las primeras 12 semanas de gestación; el reconocimiento del aborto como un servicio básico de salud, o la eliminación de la cláusula de "protección a la vida desde la concepción" en la constitución local. De las iniciativas presentadas en este lapso de tiempo, 26 fueron presentadas a nivel federal y 37 a nivel local.

La despenalización del aborto en tres entidades federativas en menos de dos años es una de las expresiones de los resultados que ha tenido la Marea Verde como movimiento social en favor de los derechos humanos y la justicia reproductiva. De la misma forma, el aumento del número de iniciativas de despenalización ha llevado a más espacios las discusiones sobre el aborto seguro en todo el país.

50 En diciembre de 2020 fue aprobado el proyecto de Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo que permite a las mujeres y otras personas gestantes acceder a un aborto libre, gratuito y seguro hasta la semana 14 de gestación en todo el territorio argentino.

51 Ver GIRE, *Niñas y mujeres sin justicia. Derechos reproductivos en México*, 2015, p. 85. Disponible en https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2016/07/INFORME-GIRE-2015.pdf

C. PRECEDENTES DE LA SCJN EN MATERIA DE NEGATIVA DE ABORTO

A la fecha de la publicación de este informe, la SCJN se ha pronunciado en cinco ocasiones respecto a la negativa del acceso al aborto legal por la causal salud (Amparo en revisión 1388/2015) y por la causal de violación sexual (amparos en revisión 601/2017, 1170/2017 y 438/2020) así como en un caso relativo a objeción de conciencia.

AMPARO EN REVISIÓN 1388/2015: CAUSAL SALUD

En mayo de 2019 la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación resolvió un caso trascendental en materia de aborto: en septiembre de 2013, Marisa[52] cursaba un embarazo considerado de alto riesgo, por lo que decidió solicitar la interrupción del mismo. Después de reiteradas negativas, el 6 de noviembre de ese año presentó por escrito la solicitud de interrupción del embarazo por motivos de salud, en la que anexó la opinión técnica de su ginecólogo quien detalló el riesgo y, por tanto, recomendó su interrupción.

Debido a que Marisa no recibía respuesta de las autoridades, tuvo que acudir a una institución privada, para lo cual pidió un préstamo bancario. Posteriormente, recibió la respuesta de la autoridad responsable estableciendo que se negaba su petición. La respuesta de la autoridad ignoró el riesgo de salud que implicaba su embarazo. Finalmente, estableció que el Insituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), al ser una institución de salud del ámbito federal, se regía por la LGS, misma que no contempla la interrupción del embarazo.

Tras recibir respuestas insatisfactorias por parte del Juzgado de Distrito, se solicitó a la SCJN la atracción del caso. La Primera Sala de la SCJN, al resolver el amparo en el Recurso de revisión 1388/2015, estableció que el aborto, en los casos en que el embarazo implique un riesgo para la salud —entendiendo salud como el más alto nivel de bienestar físico, emocional y social— es un servicio de atención médica, por lo que queda previsto por la LGS. Consecuentemente, todas las instituciones de salud, incluyendo las del ámbito federal, deben proveerlo.

En su sentencia, la Primera Sala argumentó que un aborto por razones de salud tiene como finalidad restaurar y proteger la salud de la persona gestante y reiteró que el derecho a la salud involucra, además del aspecto físico, el mental y el social. Asimismo, estableció que la negación de servicios que sólo requieren las personas gestantes,[53] como el aborto, constituye un acto de discriminación, por lo que las interpretaciones a las normas pueden ser discriminatorias "cuando no responden razonablemente a las diferencias inherentes a las personas o creadas por el orden social".[54] Conforme esta interpretación, todas las personas con capacidad de gestar tienen derecho a beneficiarse de todas las medidas que les permitan gozar el mejor estado de salud, en respeto a su salud sexual y reproductiva, incluidos los procedimientos como la interrupción del embarazo, sin importar que la LGS no contemple expresamente este servicio.

En este mismo sentido, dicho criterio debería ser aplicable respecto a las entidades federativas que no contemplan la causal salud para acceder al aborto, ya que el derecho a la salud debe ser garantizado por igual para todas las personas sin ningún tipo de discriminación.

52 El nombre fue cambiado por respeto a su privacidad.
53 Esta sentencia destaca, además, por considerar a todas las personas con capacidad de gestar y que, por lo tanto, pueden experimentar el embarazo y/o el aborto.
54 SCJN. Primera Sala. Amparo en revisión 1388/2015, *op. cit*, p. 36.

AMPAROS EN REVISIÓN 601/2017 Y 1170/2017: CAUSAL VIOLACIÓN

En 2015 Marimar[55] fue víctima de violación sexual. Tenía 17 años y quedó embarazada. Acudió al ministerio público para denunciar los hechos, donde le mencionaron que tenía derecho a interrumpir el embarazo, pero no le indicaron el procedimiento ni la canalizaron con ninguna institución de salud. Más tarde, en el Hospital General de Cuernavaca, Dr. José G. Parres, en Morelos, le informaron que su embarazo era de alto riesgo, pues el producto presentaba una alteración congénita. Marimar y su madre solicitaron la interrupción legal en el mismo hospital. El caso fue revisado por el Comité de Bioética que determinó que "no contaban con sustento ni orden legal para la terminación del embarazo, pues, aunque el producto presentaba una malformación congénita, ésta no ponía en riesgo su vida ni la de la madre".

En mayo de 2017, la Segunda Sala de la SCJN conoció el caso mediante el ejercicio de su facultad de atracción. Al conocer el fondo del asunto, determinó en la sentencia de Amparo en revisión 601/2017 que la negativa por parte del Comité de Bioética constituyó una violación a los derechos humanos de Marimar, pues su decisión ignoró por completo lo establecido en la LGV, el Código Penal del estado y el artículo 1º constitucional, ya que la negativa del acceso al aborto en casos de violación sexual conlleva que las afectaciones físicas y psicológicas del delito continúen materializándose, menoscabando la integridad física y mental de las mujeres.[56]

En 2016, Fernanda[57] también fue víctima de violación sexual, tenía 18 años y quedó embarazada, por lo que solicitó la interrupción legal del embarazo en el Hospital Civil de Oaxaca. No obstante, la ginecóloga que la atendió le dijo que el aborto era un delito en Oaxaca, a pesar de que en todo el país es legal cuando es consecuencia de violación sexual. La doctora la remitió con una abogada con la finalidad de que presentará una denuncia penal. Fernanda asistió ante la fiscalía a presentar una denuncia. Ahí enfrentó maltrato y la revictimizaron al afirmar que "no pudo haber sido violada". Con seis semanas de gestación, Fernanda presentó nuevamente una solicitud de interrupción del embarazo ante la Dirección de Atención Médica de Servicios de Salud de la Secretaría de Salud del Estado de Oaxaca. Posteriormente, fue canalizada al Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso, que estaba en huelga y únicamente atendía por el momento situaciones de emergencia. Por lo tanto, tuvo que realizar la interrupción del embarazo en la Ciudad de México.

En relación con lo anterior, Fernanda, acompañada por GIRE, presentó una demanda de amparo. Sin embargo, la Jueza a cargo cerró el expediente al considerar que no había materia que estudiar porque ya se había realizado el aborto. En abril de 2018, la SCJN conoció del caso mediante el ejercicio de su facultad de atracción, y resolvió en la sentencia de Amparo en revisión 1170/2017 que la negativa del aborto constituyó una violación a sus derechos reproductivos. Asimismo, la Corte estableció que los casos en los que una mujer víctima de violación sexual solicite la interrupción de su embarazo deben ser considerados como urgentes, por lo tanto, las autoridades de salud están obligadas a atender de manera eficiente e inmediata sus solicitudes, con la finalidad de que las consecuencias físicas y psicológicas de la violación sexual no continúen materializándose en el tiempo.[58]

55 El nombre fue cambiado por respeto a su privacidad.
56 SCJN. Segunda Sala. Amparo en revisión 601/2017. Ministro Ponente: José Fernando Franco González Salas, 2017, pp. 78 y 89 Disponible en: https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/listas/documento_dos/2018-02/AR-601-2017.pdf.
57 El nombre fue cambiado por respeto a su privacidad.
58 SCJN. Segunda Sala. Amparo en revisión 1170/2017, *op. cit*, p. 19.

En ambos casos, derivado del reconocimiento de la calidad de víctimas de violaciones a derechos humanos de Marimar y Fernanda, la Corte ordenó su reparación integral, que comprende las medidas de compensación, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición. Con el acompañamiento de GIRE se continúa actualmente el seguimiento del cumplimiento de estas medidas por parte de las autoridades responsables.

SENTENCIA DE AMPARO INDIRECTO 393/2019-II: CAUSAL VIOLACIÓN Y OBJECIÓN DE CONCIENCIA

En el caso de Nayeli[59] un Juez de Distrito se pronunció respecto a la negativa de aborto relacionado con objeción de conciencia:

En 2018, Nayeli fue víctima de violación sexual, tenía 17 años y quedó embarazada. En compañía de sus padres, solicitó la interrupción legal del embarazo a la Secretaría de Salud del Estado de Aguascalientes, misma que le fue negada por parte del Secretario de Salud y del Director General del Instituto de Servicios de Salud de Aguascalientes, argumentando que no contaban con personal no objetor de conciencia para realizar el procedimiento. Pese a que se giraron diversos oficios a otras clínicas en el estado en búsqueda de personal no objetor, todas respondieron lo mismo. Ante las repetidas negativas, Nayeli y sus padres tuvieron que buscar atención médica privada para acceder al procedimiento.

En abril de 2019, el Juez Primero de Distrito en el Estado de Aguascalientes resolvió un Incidente de suspensión en donde señaló que, conforme a lo establecido en la LGV y en la NOM 046, las instituciones de salud están obligadas a contar con personal no objetor de conciencia y, en caso de no tenerlo, deberán referir de inmediato a las usuarias a otra unidad de salud que sí cuente con ello, pues la demora injustificada de un aborto resulta discriminatoria y vulnera los derechos de las mujeres y niñas.[60]

En agosto del mismo año, el Juez Segundo de Distrito en el Estado de Aguascalientes resolvió el Amparo indirecto 393/2019-II y sus acumulados 502/2019 Y 513/2019, en donde reiteró la obligación de las instituciones públicas de atención médica de contar con personal no objetor de conciencia, y que la negativa de aborto constituye un acto discriminatorio, pues niega a las mujeres el acceso a una atención integral a la salud, que incluye la salud reproductiva.[61]

Los casos de Marimar, Fernanda y Nayeli evidencian el desconocimiento por parte de las autoridades y del personal de salud de la normatividad en materia de atención a víctimas. El aborto por violación sexual es legal en todo el país, y conforme a lo establecido en la LGV, la NOM 046 y en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, el personal de salud está obligado a prestar servicios de aborto sin necesidad de una autorización o denuncia previa. Asimismo, todas las instituciones públicas de atención médica están obligadas a contar con personal no objetor de conciencia y, en caso contrario, deben referir inmediatamente a las usuarias a otra unidad de salud que sí cuente con ello, para llevar a cabo el procedimiento de interrupción del embarazo en condiciones de seguridad y calidad.

59 El nombre fue cambiado por respeto a su privacidad.
60 Juzgado Primero de Distrito en el Estado de Aguascalientes. Incidente de suspensión 513/2019-II, abril de 2019.
61 Juez Segundo de Distrito en el Estado de Aguascalientes. Amparo indirecto 393/2019-II, agosto de 2019.

INVALIDEZ DE LOS LÍMITES TEMPORALES PARA ACCEDER AL ABORTO POR VIOLACIÓN (AMPARO EN REVISIÓN 438/2020)

Jessica [62] nació con parálisis cerebral y tiene fuertes limitaciones para ejercer actividades esenciales de la vida diaria, situación que se ve agravada por su precario entorno económico. En 2018, a consecuencia de una crisis convulsiva, su familia la llevó al Hospital General de Tapachula, Chiapas, en donde el personal médico les informó que estaba embarazada. El embarazo fue producto de una violación sexual cuando Jessica tenía 17 años. Al enterarse de esto, se solicitó al director del hospital la interrupción del embarazo, pero dicha petición le fue negada porque excedía los noventa días de gestación previstos en el código penal del estado para poder interrumpirlo.[63]

Con el acompañamiento de GIRE, Marta —la madre de Jessica—, promovió un juicio de amparo como medio para acceder a la reparación integral para ambas por las violaciones a sus derechos. En septiembre de 2019, el Juez de Distrito negó el amparo al considerar que el artículo 181 del Código Penal del Estado de Chiapas no dejaba en un plano de desigualdad a Jessica, ni violaba sus derechos humanos. La sentencia del juez es contraria a estándares internacionales, incluyendo la sentencia de Artavia Murillo y a lo establecido por la SCJN en las acciones de inconstitucionalidad 11/2019 y 62/2009, y en otros precedentes como los amparos en revisión 1388/2015, 601/2017 y 1170/2017. Entre otras cosas, la sentencia afirma que "la Constitución Federal protege la vida humana y de igual forma protege al producto de la concepción, en tanto que éste es una manifestación de la vida humana independientemente del proceso biológico en el cual se encuentre".[64]

En contra de esta sentencia, se interpuso un recurso de revisión alegando que la sentencia generaba agravios como: 1) partir de un desconocimiento de los estándares constitucionales y convencionales en materia de aborto, 2) la falta de valoración del marco normativo aplicable en casos de aborto por violación, 3) ser contraria al deber de protección reforzada en casos donde se ve involucrada una persona con discapacidad, y 4) desconocer los criterios aplicables en materia de discriminación indirecta. El Tribunal Colegiado que conoció del asunto determinó solicitar a la SCJN que atrajera el caso por considerar que revestía las características de importancia y trascendencia.

62 El nombre fue cambiado por respeto a su privacidad.

63 El artículo 181 del Código Penal para el Estado de Chiapas establece que "no es punible el aborto cuando el embarazo sea consecuencia de violación, si éste se verifica dentro de los noventa días a partir de la concepción (…)"

64 Juzgado Segundo de Distrito en el Estado de Chiapas Sentencia del Juicio de Amparo 1325/2018, del 23 de septiembre de 2019, página 48.

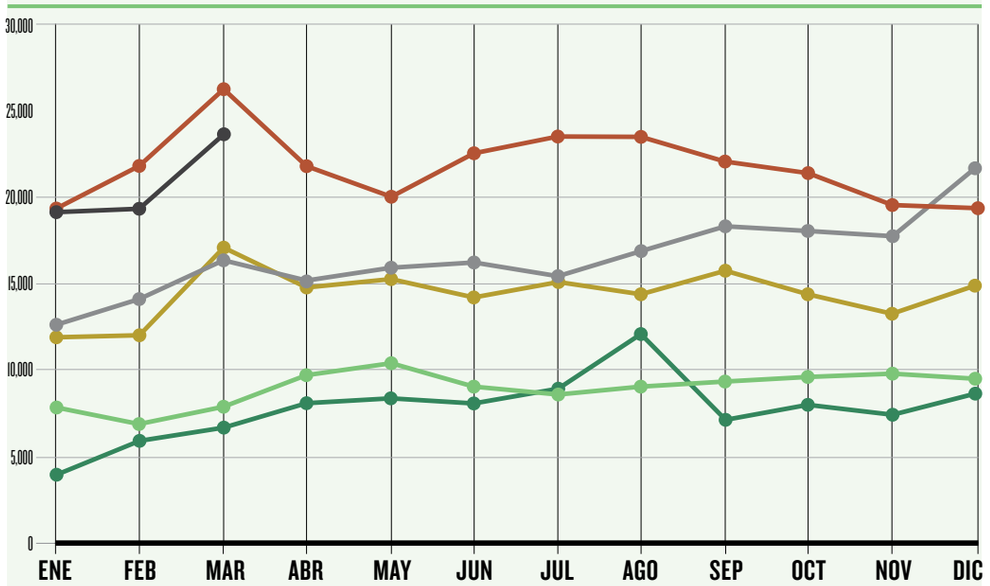
El caso fue finalmente discutido por la Primera Sala el 7 de julio de 2021, quien aprobó por unanimidad el proyecto del Ministro Jorge Mario Pardo Rebolledo, que realiza un análisis de las obligaciones que el Juez de Distrito dejó de observar, así como del artículo 181 del Código Penal del Estado de Chiapas.[65] El proyecto señala que las particularidades de Jessica la posicionan en una situación de vulnerabilidad interseccional y que, en este sentido, su caso debió y debe estudiarse con perspectiva de género, tomando en cuenta los derechos de las personas con discapacidad y el interés superior de la niñez. El proyecto estipula que establecer una limitación temporal para el aborto por violación implica desconocer la naturaleza de las agresiones sexuales y las afectaciones a la salud que éstas generan en las mujeres. Asimismo, concluye que el Estado no puede obligar a una mujer víctima de violación a asumir sacrificios en su persona —como lo es continuar el embarazo— y que la norma impugnada constituye una forma de violencia en su contra, además de afectar su salud psicológica. De igual forma, afirma que la norma afecta los derechos de las personas con discapacidad, pues inadvierte que existirán casos donde podrían no saber que cursan un embarazo, por lo que no pueden acudir a los servicios de salud a tiempo. Por todo lo anterior, se consideró inválida la porción del artículo 181 del Código Penal del estado de Chiapas que introduce el límite temporal y se señaló que la negativa de acceso al aborto en el caso de Jessica se tradujo en una serie de violaciones a sus derechos humanos y los de su madre.

La resolución en el caso de Jessica establece un precedente importante no sólo para cuestionar la existencia de límites temporales para el acceso al aborto por violación —contemplados actualmente en ocho códigos penales locales—, sino que también toma en consideración el contexto de discriminación particular que enfrentan las personas con discapacidad, a quienes comúnmente se les restringe el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, producto de prejuicios y estereotipos basados en la creencia de que no son capaces de tomar decisiones sobre su vida sexual y reproductiva.

65 SCJN. Primera Sala. Amparo en Revisión 438/2020. Ministro Ponente: Jorge Mario Pardo Rebolledo, 2021. Disponible en: https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/listas/documento_dos/2021-06/AR-438-2020-22062021.pdf

LLAMADAS DE EMERGENCIA RELACIONADAS CON INCIDENTES DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES*: TENDENCIA NACIONAL

(ENERO 2016 - MARZO 2021)



	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
2021	19,057	19,259	23,560									
2020	19,183	21,727	26,171	21,722	19,975	22,446	23,386	23,421	21,943	21,349	19,475	19,269
2019	12,579	14,028	16,289	15,084	15,904	16,114	15,370	16,849	18,286	17,922	17,640	21,628
2018	11,843	11,958	17,004	14,702	15,159	14,131	15,046	14,344	15,688	14,342	13,176	14,817
2017	7,787	6,831	7,816	9,636	10,287	8,999	8,476	8,973	9,236	9,600	9,706	9,418
2016	3,898	5,846	6,626	8,032	8,301	8,026	8,857	12,034	7,039	7,955	7,394	8,596

*Se refiere al incidente "Violencia contra la mujer" incluido en el Catálogo Nacional de Incidentes de Emergencia, y definido como: "Todo acto violento que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada".

Nota: Las llamadas de emergencia al número único 911 no son denuncias ante una autoridad, se trata únicamente de probables incidentes de emergencia con base en la percepción de la persona que realiza la llamada.

Fuente: SESNSP, 2021.

D. POLÍTICAS PÚBLICAS

La emergencia sanitaria por COVID-19 empeoró la situación en la que ya se encontraba el Sistema Nacional de Salud y aumentó las brechas de desigualdad entre mujeres y hombres. Si bien las medidas de confinamiento se implementaron como una manera de proteger la salud de las personas y disminuir el número de contagios, también incrementaron la violencia en contra de las mujeres, niñas, niños y adolescentes y otras poblaciones.

El Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (SESNSP) informó que durante 2020 se registró un total de 260,067 llamadas de emergencia relacionadas con incidentes de violencia contra las mujeres a nivel nacional, siendo marzo (cuando se declaró la emergencia sanitaria en México) el mes en el que más llamadas se registraron, con un total de 26,171. Asimismo, 2020 muestra un aumento general de llamadas en comparación con los últimos años (197,693 en 2019; 172,210 en 2018, y 106,765 en 2017). De manera específica, las cifras de llamadas de emergencia relacionadas con incidentes de abuso, acoso y violación sexual de enero de 2020 a marzo de 2021 muestran que en marzo se presentó el mayor número de estos incidentes.[66]

Por su parte, las proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) estiman durante la pandemia por COVID-19 un aproximado de 145,719 embarazos —de los cuales 21,575 serían embarazos de adolescentes— adicionales al promedio de los esperados en el país.[67] Asimismo, el CONAPO y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) afirman que la necesidad insatisfecha de anticonceptivos se incrementaría en un 20 por ciento.[68] Lo anterior puede deberse tanto al aumento de la violencia sexual durante este periodo como a que la población dejó de acudir a los servicios de salud sexual y planificación familiar por temor a contraer COVID-19.[69]

66 SESNSP. Información sobre violencia contra las mujeres. Incidencia delictiva y llamadas de emergencia al 911 (corte al 31 de marzo de 2021). Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1IFK_FRGveCmv9eCWSlHJ7s_5u2DHw3N7/view.

67 CONAPO. Informe diario sobre coronavirus COVID-19 en México. Secretaría de Salud. Lunes 3 de agosto, 2020: https://youtu.be/U-2V7MaIUd0.

68 Secretaría de Gobernación. Boletín No. 270/2020 "Participa Conapo en el lanzamiento del informe del UNFPA sobre 'Consecuencias socioeconómicas del embarazo en adolescentes en México'": https://www.gob.mx/segob/prensa/participa-conapo-en-el-lanzamiento-del-informe-del-unfpa-sobre-consecuencias-socioeconomicas-del-embarazo-en-adolescentes-en-mexico.

69 Más información en: Observatorio Género y COVID-19 en México, 2020, *op. cit*.

El 10 de abril de 2020 se publicó el Lineamiento para la prevención y mitigación de COVID-19 en la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida,[70] que señala que los servicios de salud sexual y reproductiva son esenciales, y que todas las mujeres embarazadas, con sospecha o diagnóstico confirmado de COVID-19, incluyendo quienes se encuentren en aislamiento domiciliario, deben tener acceso al aborto seguro en los marcos previstos por la ley. En la actualización realizada al documento el 20 de julio de 2020 se establece que dichos servicios no deben ser suspendidos en el contexto de la pandemia, pues la atención integral del aborto seguro —que incluye el manejo de situaciones clínicas como el aborto espontáneo; la interrupción legal del embarazo dentro de las primeras 12 semanas de gestación donde se contempla; el aborto por violación en todas las entidades, conforme al marco de su regulación, y el aborto cuando la continuación del embarazo pone en riesgo la salud de la mujer— es un servicio esencial que puede llevarse a cabo de manera ambulatoria,[71] y que el retraso en su prestación conlleva el riesgo potencial de impactar negativamente en la salud y el bienestar de las mujeres y de exponerlas a tratos inhumanos, crueles y degradantes. Finalmente, en la actualización más reciente, de mayo de 2021,[72] se retoma la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que establece que "para las mujeres que requieren servicios de aborto, en los casos contemplados por la ley, se deben considerar alternativas para la prestación de este servicio incluyendo la autogestión con manejo farmacológico hasta las 12 semanas, con la información adecuada y la posibilidad de seguimiento por personal capacitado".[73]

El Lineamiento para la mitigación del COVID-19 en materia de salud sexual y reproductiva resultó ser una antesala a que el 07 de junio de 2021, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, publicara el *Programa de Acción Específico para la Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024* (PAESSR 2020-2024), la política pública nacional que rige el acceso a la salud reproductiva en todo el país.

Por primera vez el aborto seguro fue integrado como un objetivo prioritario en la salud reproductiva de mujeres y personas con capacidad de gestar. Esto significa que, además del marco legal que se tenía con anterioridad en el que el aborto ya estaba permitido en algunos casos, ahora forma parte también de una política nacional que atiende a ese mismo marco jurídico, pero que además tiene metas a medir para 2024. Por otra parte, la inclusión del aborto seguro en el PAESSR 2020-2024 deja claridad a todo el personal de salud del país de que el aborto es un proceso reproductivo común en la vida de las mujeres y personas gestantes, y que por ello mismo debe recibir la misma atención que, por ejemplo, el parto y puerperio.

70 Gobierno de México. Lineamiento para la prevención y mitigación de COVID-19 en la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida (abril de 2020): https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/546239/Lineamiento_prevencion_y_mitigacion_de_COVID-19_en_el_embarazo_CNEGSR__1_.pdf.

71 La implementación de la atención ambulatoria permite brindar el servicio mediante la consulta inicial en urgencias, otorgando el tratamiento para autoadministración, acompañado de consejería, indicaciones y signos de alarma, sin olvidar que parte de esta consulta inicial debe incluir la detección sistemática de violencia o de infecciones de transmisión sexual y la asesoría anticonceptiva en apego a los criterios médicos de elegibilidad de la OMS y a las necesidades de cada mujer. De ser posible, la implementación del uso de tecnologías de la información y la comunicación constituye una buena práctica para el seguimiento y detección oportuna de complicaciones, por lo que podrá ser considerada para la ampliación de servicios y, de manera enfática, en el contexto de la pandemia. Véase en: Gobierno de México. Lineamiento para la prevención y mitigación de COVID-19 en la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida (julio de 2020): https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/07/Lineamientos_Prevencion_COVID19_Embarazos_V2.pdf.

72 Gobierno de México. Lineamiento para la prevención y mitigación de COVID-19 en la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida (mayo de 2021): https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2021/05/Lineamiento SMP_COVID19Actualizacion_110521.pdf.

73 Véase: OMS. "COVID-19 Clinical management Living guidance 25 January 2021", 2021. Disponible en: file:///C:/Users/GIRE32/Downloads/WHO-2019-nCoV-clinical-2021.1-eng.pdf.

Por otra parte, el 14 de junio, también el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, emitió el *Lineamiento para la atención del aborto seguro en México*. Este Lineamiento surge de la necesidad de hacer operativo no solo el marco jurídico de los códigos penales, Ley General de Víctimas y NOM 046, sino ahora también del PAESSR 2020-2024. En él, se brinda claridad y certeza a todas las personas que trabajan en instituciones de salud sobre cómo deben proceder cuando les es solicitado un aborto legal.

Los dos anteriores documentos emitidos por la Secretaría de Salud Federal son un respaldo técnico, desde la federación, a la urgencia de que el acceso al aborto seguro por las circunstancias permitidas por ley se vuelva una realidad.

Garantizar el acceso al aborto se vuelve particularmente relevante en un contexto en el que hay un acceso limitado a métodos e información sobre anticonceptivos y en el que aumenta la violencia sexual en contra de las mujeres como consecuencia del confinamiento y, con ello, la posibilidad de embarazos no deseados.[74] Si bien el reconocimiento por parte de las autoridades sanitarias del aborto como un servicio esencial de salud en el contexto de una pandemia representa un avance y es una medida necesaria para garantizar el acceso al aborto seguro, la sola inclusión en papel resulta insuficiente, debido a los retos que en la práctica se han acumulado durante décadas. En este sentido, es importante recordar que, conforme a las cifras del Programa de ILE de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, existió una disminución considerable en el número de procedimientos de aborto realizados durante 2020, a pesar de la continuidad de los servicios durante la contingencia sanitaria y la prioridad establecida para ello en los lineamientos anteriormente descritos.

74 Observatorio Género y COVID-19 en México, 2020, *op. cit.*

BARRERAS

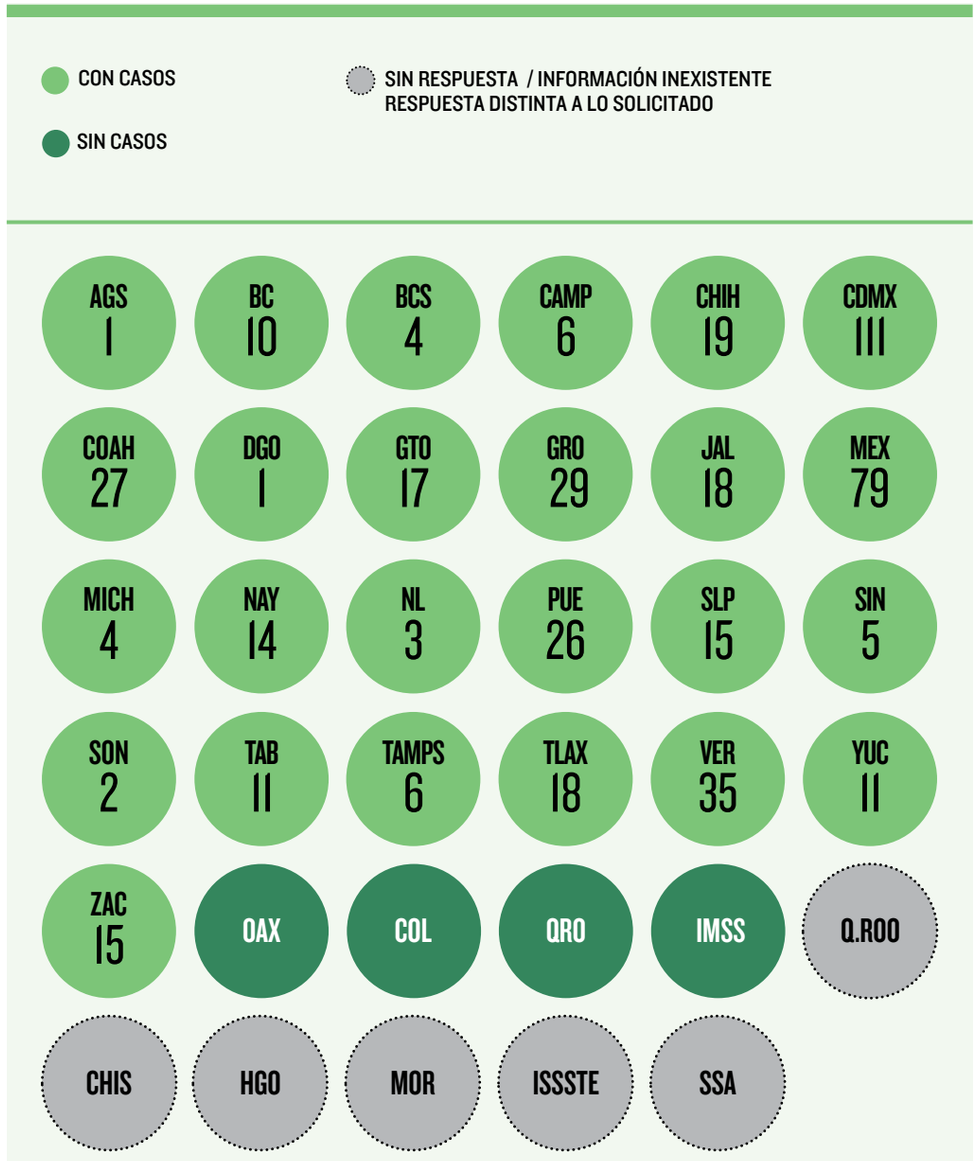
A. FALTA DE ACCESO A CAUSALES DE ABORTO

El acceso al aborto bajo las causales previstas por el marco legal en México sigue presentando obstáculos considerables, particularmente en casos de violación sexual. A pesar de lo establecido en la normativa general y local, las autoridades de salud continúan imponiendo requisitos contrarios a la legislación general en materia de víctimas, por ejemplo: la autorización del ministerio público para interrumpir el embarazo después de una violación sexual, la necesidad de una denuncia previa o el consentimiento de padre, madre o tutor para realizar el procedimiento a mayores de 12 años.

Por medio de solicitudes de acceso a la información, GIRE preguntó a las instituciones de salud a nivel federal (Secretaría de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado ISSSTE) y local (Secretarías de Salud o Servicios de Salud) el número de abortos legales por violación sexual realizados de enero de 2010 a enero de 2020.

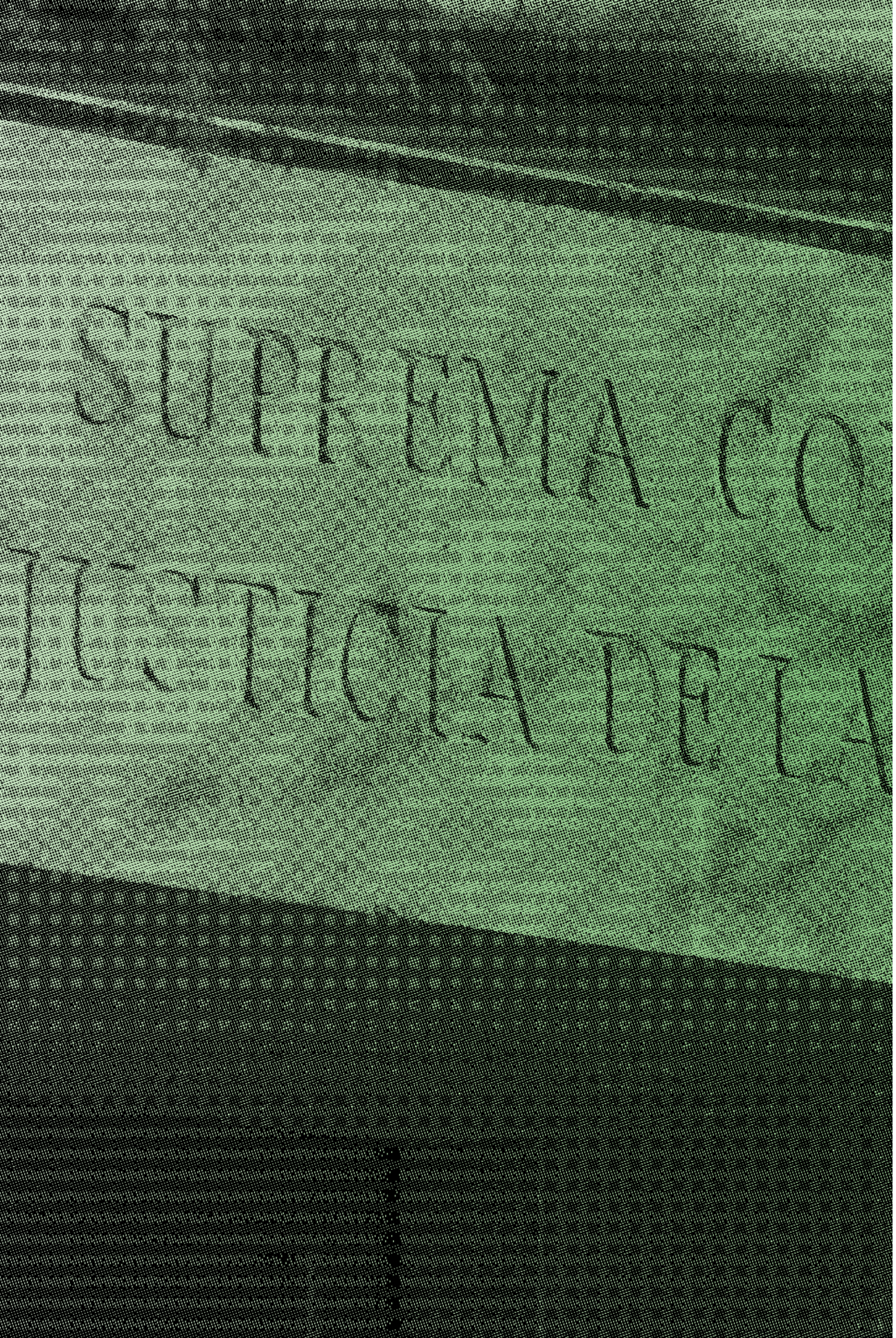
ABORTOS LEGALES POR VIOLACIÓN SEXUAL

(ENERO DE 2010 A ENERO DE 2020)



TOTAL: 487

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



La suma de la información obtenida de los servicios de salud locales muestra un registro de 487 procedimientos de aborto por casos de violación sexual en todo el país llevados a cabo entre 2010 y 2020. Cabe resaltar que tres entidades (Chiapas, Hidalgo y Quintana Roo) respondieron algo distinto a lo solicitado; Morelos no respondió; Colima y Oaxaca informaron que no se tiene registro de la información solicitada, y Querétaro reportó que no se han realizado este tipo de procedimientos a la fecha. Por otra parte, algunas entidades proporcionaron información adicional como la edad de las usuarias y si tenían alguna discapacidad, así como la institución en la que se realizó el procedimiento.

La información obtenida a nivel federal por parte de la Secretaría de Salud, del IMSS y del ISSSTE fue deficiente: el IMSS reportó cero casos, el ISSSTE respondió que la información solicitada era inexistente y la Secretaría de Salud invocó el criterio 3/17 del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI), que señala la no obligación de elaborar documentos *ad hoc* para atender las solicitudes de acceso a la información. Estas respuestas a nivel federal son preocupantes, ya que sugieren que se desconoce o que no existe registro o reporte de la realización de procedimientos de aborto por violación por dichas instituciones, pese a que están obligadas a realizarlos, conforme a la legislación vigente.

B. CRIMINALIZACIÓN DEL ABORTO

En México, cada entidad federativa establece el tipo y la duración de las penas relacionadas con el delito de aborto. Mientras que hay entidades que contemplan penas máximas de hasta cinco o seis años de prisión, Chiapas, Michoacán y Veracruz no contemplan penas privativas de libertad, sino que establecen medidas alternativas como el trabajo en favor de la comunidad o atención integral educativa y de salud; en Jalisco, Morelos, Tamaulipas y Yucatán es posible conmutar la pena por tratamiento médico o psicológico,[75] y en el caso de Baja California Sur, Campeche y Oaxaca, la pena puede ser privativa de libertad o de trabajo en favor de la comunidad.[76]

75 Si bien resulta positivo que en estos casos las penas no contemplen la prisión, es poco claro el objetivo de este tipo de sanciones, el beneficio que puede representar para la mujer o la comunidad y la información con que cuenta el personal encargado de brindar esta atención, así como si estará capacitado y sensibilizado en derechos humanos y perspectiva de género. Por otra parte, estas medidas sugieren que las mujeres que abortan lo hacen por falta de educación y salud, lo cual puede contener una alta carga estigmatizante, que se suma a los estereotipos y prejuicios ya existentes en torno al aborto y la maternidad.

76 En el caso de Campeche, la pena privativa de libertad es aplicable si el aborto se realiza después de las primeras doce semanas de gestación; en cambio, si el aborto se realiza antes de las primeras doce semanas, es aplicable el trabajo en favor de la comunidad. Baja California Sur no establece condiciones para aplicar una pena u otra, y en el caso de la Ciudad de México y Oaxaca, el aborto sólo es punible transcurridas las primeras doce semanas de gestación, pero tampoco establece condiciones para aplicar una pena u otra.

SANCIONES POR EL DELITO DE ABORTO

	PRIVACIÓN DE LIBERTAD MÍNIMA	PRIVACIÓN DE LIBERTAD MÁXIMA	MULTA ECONÓMICA	TRABAJO EN FAVOR DE LA COMUNIDAD	MEDIDAS ALTERNATIVAS	REPARACIÓN DEL DAÑO
FED	1 AÑO	5 AÑOS				
AGS	6 MESES / 1 AÑO	1 AÑO / 3 AÑOS	40 A 80 DÍAS MULTA			SÍ
BC	1 AÑO	5 AÑOS				
BCS	6 MESES	2 AÑOS		HASTA 200 JORNADAS		
CAMP	6 MESES	2 AÑOS		24 A 72 JORNADAS		
CDMX*	3 MESES	6 MESES		100 A 300 DÍAS		
CHIH	6 MESES	3 AÑOS				
CHIS	SIN PENA	SIN PENA			VOLUNTARIAS	
COAH	1 AÑO	3 AÑOS				
COL	2 AÑOS	4 AÑOS	50 A 60 UMA			
DUR	1 AÑO	3 AÑOS	72 A 216 UMA			
GRO	1 AÑO	3 AÑOS				
GTO	6 MESES	1 AÑO	5 A 30 DÍAS MULTA			
HGO*	6 MESES	1 AÑO	10 A 40 DÍAS MULTA			
JAL	4 MESES / 8 MESES	1 AÑO / 2 AÑOS			SÍ	
MEX	1 AÑO	3 AÑOS				
MICH	SIN PENA	SIN PENA		6 MESES A 1 AÑO		

	PRIVACIÓN DE LIBERTAD MÍNIMA	PRIVACIÓN DE LIBERTAD MÁXIMA	MULTA ECONÓMICA	TRABAJO EN FAVOR DE LA COMUNIDAD	MEDIDAS ALTERNATIVAS	REPARACIÓN DEL DAÑO
MOR	1 AÑO	5 AÑOS	20 A 200 DÍAS MULTA		SÍ	
NAY	4 MESES / 1 AÑO	3 AÑOS	HASTA 20 DÍAS MULTA / 20 A 50 DÍAS MULTA			
NL	6 MESES	1 AÑO				
OAX*	3 MESES	6 MESES		100 A 300 DÍAS		
PUE	6 MESES	1 AÑO				
QRO	1 AÑO	3 AÑOS				
QROO	6 MESES	2 AÑOS				
SLP	1 AÑO	3 AÑOS	100 A 300 UMA			
SIN	6 MESES	3 AÑOS				
SON	1 AÑO	6 AÑOS	20 A 200 UMA			
TAB	6 MESES / 1 AÑO	3 AÑOS				
TAMPS	1 AÑO	5 AÑOS			SÍ	
TLAX	15 DÍAS	2 MESES	DE 18 A 36 DÍAS DE SALARIO			
VER*	SIN PENA	SIN PENA			SÍ	
YUC	3 MESES	1 AÑO			SÍ	
ZAC	8 MESES	2 AÑOS				

Fuente: Elaboración de GIRE con base en revisión de los códigos penales federal y locales vigentes. Última revisión, junio 2021.
*Las sanciones se establecen después de las 12 semanas de gestación y cuando no encuadren en una causal legal.

La legislación en materia de aborto en México, en general, refleja la creencia de que las mujeres deben privilegiar el valor de la maternidad y en caso de no hacerlo —por ejemplo, al interrumpir un embarazo— pueden ser sometidas a diversas sanciones, incluidas multas, penas de prisión o tratamiento médico, como en el caso del código penal de Jalisco y de Tamaulipas, que facultan al juez para sustituir la pena privativa de la libertad por tratamiento médico a la mujer que procure un aborto o lo consienta. El tratamiento médico en estas entidades está enfocado en "reafirmar el valor de la maternidad ayudando al fortalecimiento de la familia". Lo anterior afecta de manera concreta a mujeres y otras personas gestantes —generalmente en condición de vulnerabilidad— que enfrentan las consecuencias de la criminalización legal y social del aborto. Además, los procesos penales por el delito de aborto y otros delitos relacionados a menudo están llenos de irregularidades que atentan contra el principio de presunción de inocencia y el debido proceso: con frecuencia, quienes llegan a un servicio de salud con una emergencia obstétrica son presionadas por el personal de salud para que admitan si tomaron algún medicamento para provocarse un aborto; después, son denunciadas y obligadas a enfrentar diversas formas de maltrato y revictimización por parte de ministerios públicos. Si los procesos continúan hasta la emisión de una sentencia, las y los jueces con frecuencia dictan sentencias sin perspectiva de género, que se basan en estereotipos e imponen penas de privación de libertad, en ocasiones, cercanas a la sanción máxima. Las sentencias obtenidas por GIRE a través de solicitudes de acceso a la información (SAI)[77] dan cuenta de lo anterior, como muestra el siguiente ejemplo:

En 2010, en el estado de Chiapas, Lorena[78] fue sometida a un juicio penal debido a que era considerada probable responsable de la comisión del delito de aborto. Relató que desde que comenzó a menstruar su periodo era irregular y cuando era más joven escuchó una plática sobre las pastillas Cytotec, que servían para que "bajara la regla". Cuando descubrió un retraso en su periodo, decidió acudir a una farmacia para conseguir dichas pastillas. En ese momento, no sabía que estaba embarazada y la persona que la atendió en la farmacia tampoco le preguntó sobre su posible embarazo. Sólo le dijo que debía comprar dos pastillas de Cytotec: una la administraría vía oral y la otra debía introducirla vía vaginal. Lorena siguió dichas indicaciones y se administró las pastillas.

Unas horas después, comenzó a sentir dolor en el vientre y hasta el día siguiente notó que estaba sangrando, pero creyó que el sangrado correspondía a su periodo menstrual pues no era demasiado abundante. Sin embargo, unos días más tarde continuaba sangrando por lo que decidió acudir a un hospital público para que la revisaran. En el hospital le realizaron ultrasonidos y el doctor que la atendió le dijo que no estaba embarazada, pero que necesitaban practicarle un legrado para limpiar su matriz. Debido a que no contaban con el material necesario, sería necesario trasladarla a otro hospital para realizar el procedimiento.

Una vez ahí, después de que un médico la valorara le confirmaron que era necesario realizar el legrado y la internaron. Luego la interrogaron y Lorena dijo que había tomado una pastilla de Cytotec y que la otra se la había introducido vía vaginal. Hasta el día siguiente le realizaron el legrado y, posteriormente, un médico le dijo que éste no debió realizarse, dado que no estaba embarazada ni tenía restos de embarazo. Sin embargo, una enfermera ya había denunciado a Lorena por el delito de aborto.

77 Unidad de Acceso a la Información Pública del Poder Judicial del Estado de Chiapas, folio 00158617.
78 El nombre fue cambiado por respeto a su privacidad.

Después de valorar las pruebas y la confesión de Lorena, el juez dictó una sentencia condenatoria aplicando una pena de privación de libertad, que fue derogada en el Código Penal de Chiapas un año antes de los hechos. A partir de la reforma,[79] la pena de prisión se sustituyó por la de tratamiento psicológico, sanción que se establece como voluntaria. Aun así, el juez aplicó de manera retroactiva una pena más gravosa que la vigente en el año 2010.

El principio de no retroactividad de la ley, reconocido en el artículo 14 constitucional y en el artículo 9 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, contempla la posibilidad de que la ley pueda aplicarse de manera retroactiva sólo en beneficio de las personas, mas no en su perjuicio, como sucedió en el caso de Lorena. El desconocimiento de las autoridades del marco legal atentó contra su seguridad jurídica y el principio de no retroactividad de la ley, y además demuestra la falta de capacitación de las y los jueces, no sólo en perspectiva de género, sino en materia jurídica tanto a nivel nacional como internacional.

Ante el panorama de la criminalización del aborto en México, resulta esencial recopilar información que permita realizar un seguimiento puntual de quiénes han sido denunciadas (investigación), procesadas (juicio) y sentenciadas por este delito.

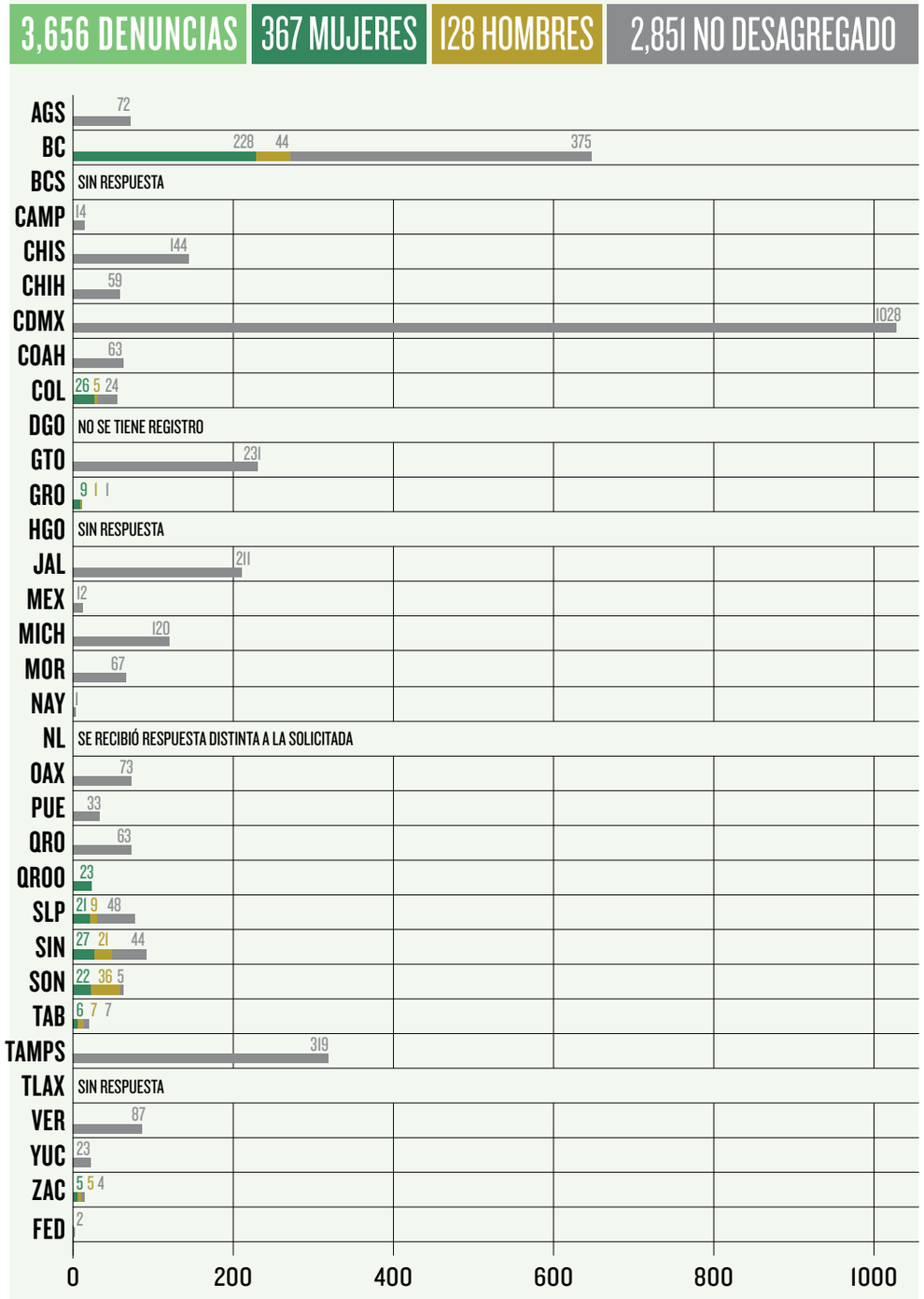
La primera etapa de la estadística delictiva es sistematizada por el SESNSP,[80] que, a partir de enero de 2018, incluyó el aborto como uno de los delitos acerca de los cuales publica información en formato de datos abiertos, de forma mensual. Aunque la disponibilidad de esta información podría ayudar a realizar diagnósticos más certeros acerca de los patrones que sigue la criminalización del aborto en México, los números sólo hacen referencia a la cantidad de carpetas de investigación iniciadas por entidad federativa. La falta de desagregación impide saber si las personas denunciadas fueron mujeres u otras personas con capacidad de gestar cuyo embarazo fue interrumpido, o quienes presuntamente participaron en estos procesos, como personal de salud o acompañantes, o si se trata de abortos forzados, por ejemplo, en casos relacionados con violencia a mujeres embarazadas; además de datos como la edad, si son indígenas, migrantes o personas con discapacidad, por ejemplo.

Para conocer más sobre el perfil de las personas criminalizadas por el delito de aborto, es necesario recurrir a herramientas como las SAI. GIRE realizó solicitudes dirigidas a autoridades de procuración e impartición de justicia a nivel federal y penitenciarias (Fiscalía General de la República, Consejo de la Judicatura Federal y Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana) y local (poderes judiciales, secretarías de seguridad pública, procuradurías de justicia y centros de readaptación social) para conocer el número de denuncias, juicios penales, sentencias condenatorias y personas en prisión definitiva por el delito de aborto en el periodo de enero de 2010 a enero de 2020. Del análisis de estas cifras se desprende que, a pesar de los avances normativos y judiciales descritos anteriormente, la criminalización del aborto en México continúa siendo común.

79 La reforma fue publicada en el Periódico Oficial del Estado Núm. 205 Tomo III de fecha 18 de diciembre de 2009. Artículo 70, tercer párrafo (en relación con el artículo 183) del Código Penal para el Estado de Chiapas: *A la mujer que voluntariamente consienta que se le practique aborto se le someterá a un tratamiento médico integral si así lo solicita.* El texto anterior y posterior a la reforma puede consultarse en el Sistema de Consulta de Ordenamientos de la SCJN. Disponible en: https://legislacion.scjn.gob.mx/Buscador/Paginas/wfOrdenamientoDetalle.aspx?q=Dxg6iFApyzNofbJ0DboXWqsXP9dDgrxyJVOr/QYMcFbKEghrXwI3fmybKVS263pO.
80 Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública. "Incidencia delictiva del Fuero Común, nueva metodología". Disponible en: https://www.gob.mx/sesnsp/acciones-y-programas/incidencia-delictiva-del-fuero-comun-nueva-metodologia?state=published.

NÚMERO DE DENUNCIAS PRESENTADAS POR EL DELITO DE ABORTO

(ENERO 2010 A ENERO 2020)



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

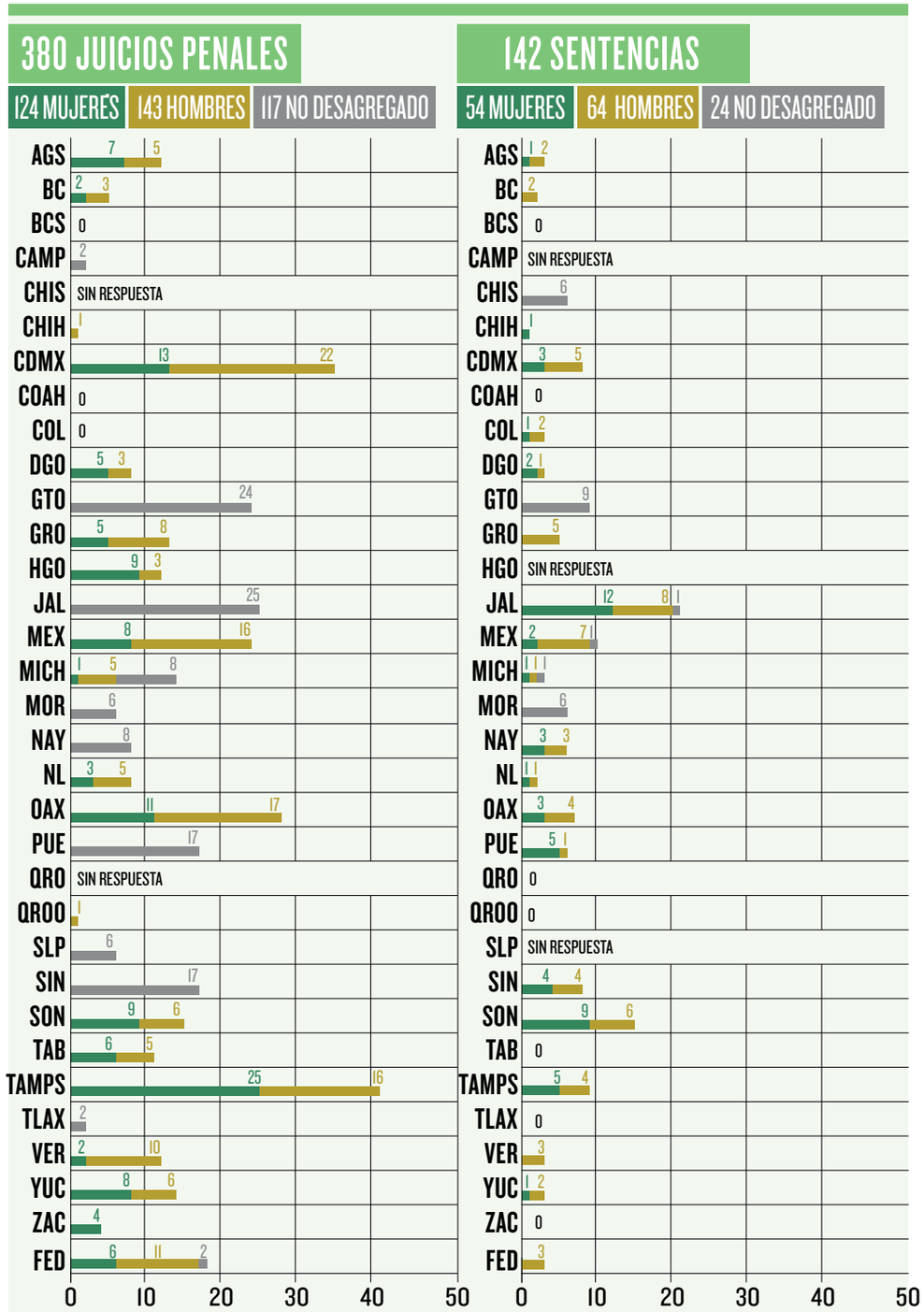
De las respuestas recibidas por las diferentes autoridades locales y federal, se obtuvo un total de 3,656 registros por el delito de aborto en la última década a nivel nacional. Sin embargo, las respuestas varían de una autoridad a otra, mientras algunas proporcionan el registro de denuncias, otras proporcionan datos respecto a averiguaciones previas, carpetas de investigación o expedientes iniciados por este delito, por lo que es difícil estimar el número exacto de denuncias.[81] Asimismo, no todas las autoridades reportaron datos de años anteriores a 2016 y sólo algunas desagregaron la información por sexo, imposibilitando determinar el número exacto de mujeres que fueron denunciadas por el delito de aborto.

Baja California, Chiapas, la Ciudad de México, Guanajuato, Jalisco, Michoacán y Tamaulipas son las entidades con cifras más altas, aunque sólo los datos de Baja California corresponden específicamente al número de denuncias por el delito de aborto. Sin embargo, la información obtenida permite un acercamiento al panorama de la criminalización de este delito en México. Destaca particularmente la alta cifra de incidencia delictiva en la Ciudad de México, considerando que es una de las entidades en las que está permitida la interrupción del embarazo dentro de las primeras 12 semanas de gestación, aunque es importante señalar que la Fiscalía sólo reportó el registro de una carpeta de investigación por el delito de aborto.

81 En los casos en los que se muestran las cifras de incidencia, las autoridades no proporcionaron la información solicitada, redirigen a los portales oficiales de datos abiertos en donde se pueden consultar dichos datos.

JUICIOS Y SENTENCIAS POR EL DELITO DE ABORTO

(ENERO 2010 A ENERO 2020)



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

En el caso de los juicios penales por el delito de aborto, se obtuvo un total de 380 registros a nivel nacional. Sin embargo, es importante aclarar que algunas autoridades proporcionaron el número de sentencias, carpetas o expedientes iniciados por este delito y no el de juicios penales.

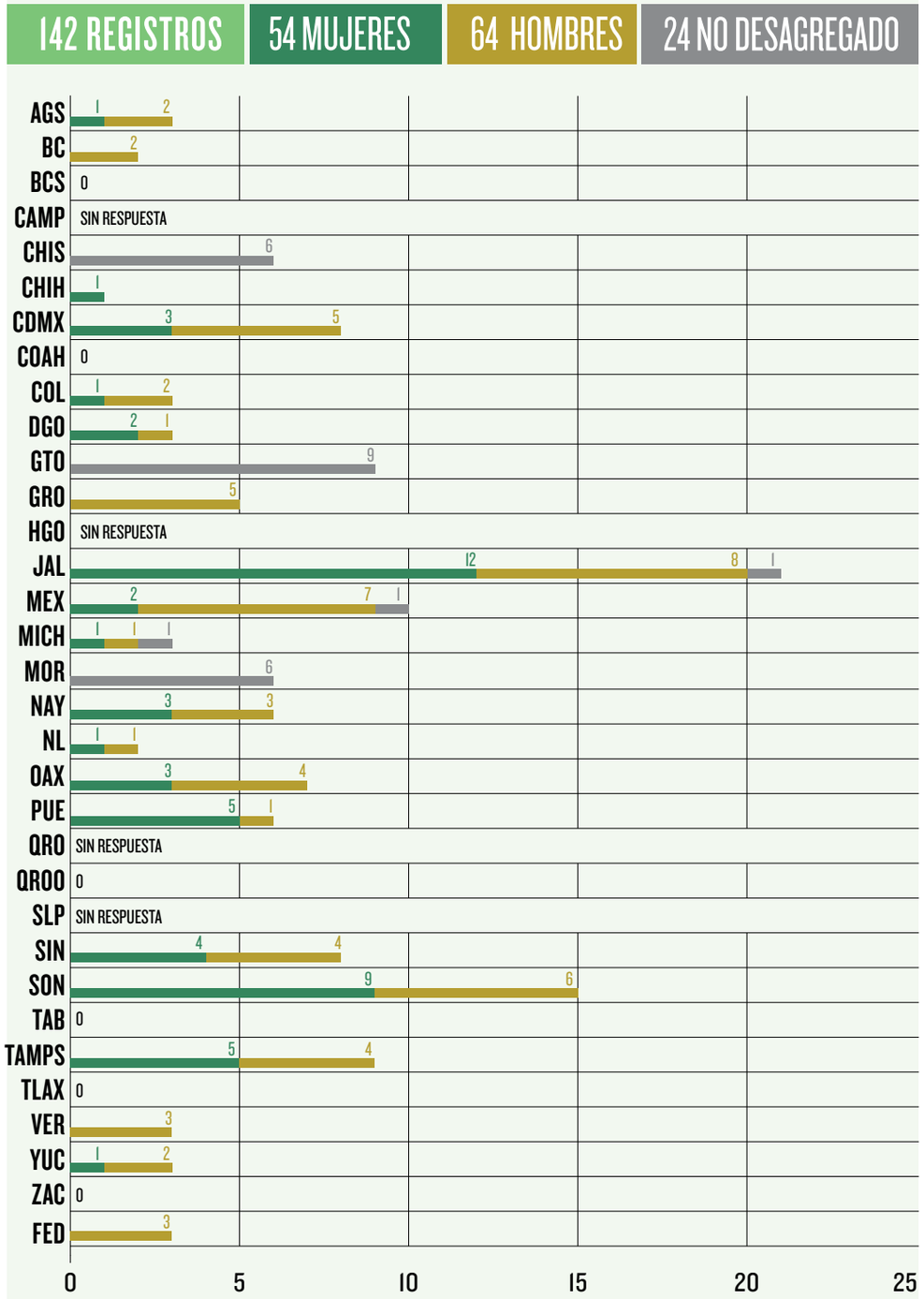
Estas cifras reflejan que aproximadamente 10.39 por ciento de las denuncias por el delito de aborto llegan a juicio. Por otra parte, a diferencia de los datos obtenidos respecto de las denuncias, en este caso la mayoría de las autoridades desagregaron la información por sexo, por lo que es posible apreciar un número similar entre mujeres (32.63 por ciento) y hombres (37.63 por ciento) que fueron juzgados por este delito, aunque la cifra total de hombres es un poco mayor y debe considerarse que cerca de un tercio de estos datos no fueron desagregados.

También, se observa que la Ciudad de México, Guanajuato, Jalisco y Tamaulipas son algunas de las entidades con cifras más altas, no sólo en el número de denuncias. Y, por el contrario, llaman la atención los datos obtenidos de Nayarit y a nivel federal, pues ambos tuvieron el menor número de denuncias por el delito de aborto (1 y 2 respectivamente), pero muestran un número mayor respecto del número de juicios penales. Lo anterior permite afirmar que no hay metodología rigurosa con respecto al registro de la información relevante en los procesos por el delito de aborto.

82 Los datos desagregados corresponden al número de personas involucradas en los casos, por ello no coincide el total.

NÚMERO DE PERSONAS CON SENTENCIAS CONDENATORIAS POR EL DELITO DE ABORTO

(ENERO 2010 - ENERO 2020)



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

Se obtuvo un total de 142 registros de sentencias condenatorias por el delito de aborto en todo el país en la última década, que representa 3.88 por ciento del total de denuncias y 37.36 por ciento del total de juicios por el delito de aborto. En este caso, la diferencia entre el total de mujeres (38.02 por ciento) y hombres (45.07 por ciento) tampoco es tan grande, sin embargo, el número de hombres nuevamente supera al de mujeres. Es importante señalar que 16.90 por ciento de los datos no fueron desagregados por sexo.

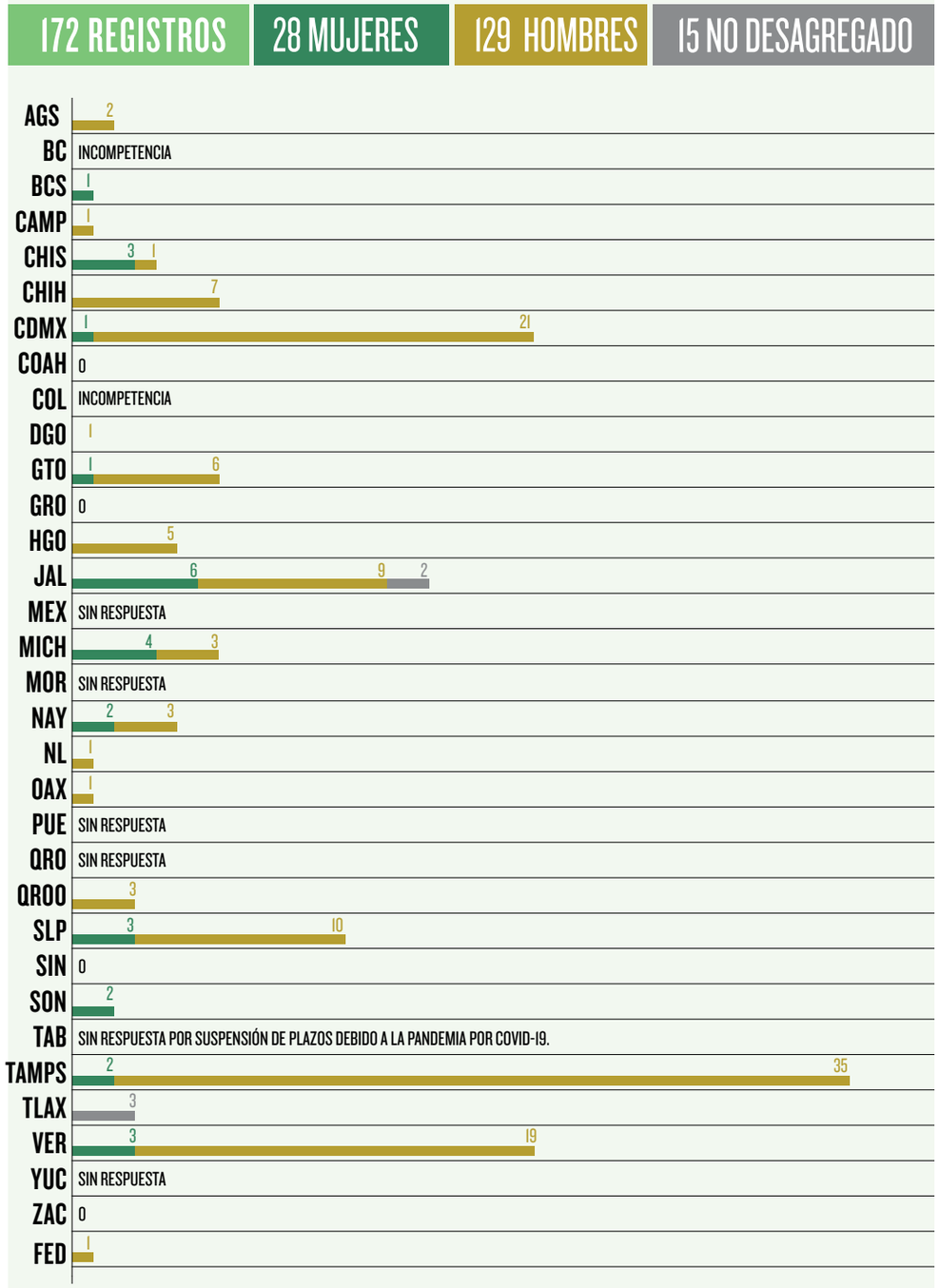
Jalisco y Sonora son las entidades con mayor número de sentencias condenatorias por aborto. Jalisco mantuvo unas de las cifras más altas también en el número de denuncias y de juicios por el delito de aborto y, en el caso de Sonora, coincide el número de juicios con el de sentencias.

Finalmente, Chiapas, Chihuahua, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Nayarit, Tamaulipas y Yucatán proporcionaron las versiones públicas de algunas sentencias condenatorias por el delito de aborto —no así de todas las personas condenadas por ese delito—, o remitían a los portales oficiales en donde se podían consultar las mismas. Y solamente Aguascalientes, Nuevo León y Oaxaca informaron que no se contaba con la versión pública de las sentencias reportadas. Cabe señalar que en agosto de 2020 se publicó en el Diario Oficial de la Federación una reforma[83] a la fracción II del artículo 73 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, en la que se establece que deberán ponerse a disposición del público las versiones públicas de todas las sentencias que se emitan. Anteriormente se establecía que sólo se pondrían a disposición de la ciudadanía las sentencias de "interés público", y la ambigüedad de dicho término dejaba a discreción del poder judicial la publicación de las mismas. Lo anterior podría explicar por qué no se cuenta con versiones públicas de todas las sentencias reportadas por las autoridades.

83 Diario Oficial de la Federación. Decreto por el que se reforma la fracción II del artículo 73 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública (13 de agosto de 2020): https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598265&fecha=13/08/2020 (última fecha de consulta: mayo de 2021).

NÚMERO DE PERSONAS EN PRISIÓN DEFINITIVA POR EL DELITO DE ABORTO

(ENERO 2010 - ENERO 2020)



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

Respecto al número de personas en prisión definitiva, se obtuvo un total de 172 registros, cifra mayor que la de personas con sentencias condenatorias por el delito de aborto, lo que puede deberse a que una misma sentencia podría incluir condenas a más de una persona. En este caso prácticamente todas las autoridades (con excepción de las que no respondieron y de Tlaxcala que no desagregó los datos) proporcionaron el sexo de casi todas las personas recluidas, lo que permite observar que 75 por ciento son hombres que se encuentran en prisión definitiva por el delito de aborto, respecto a 16.27 por ciento que son mujeres. La diferencia entre unos y otras puede deberse, por ejemplo, a casos de violencia en contra de mujeres embarazadas, en los que los hombres son procesados por otros delitos, además del de aborto forzado.[84]

Nuevamente, las cifras de la Ciudad de México, Jalisco y Tamaulipas son las más altas, al igual que en el caso del número de denuncias y juicios por el delito de aborto. Se observa también que en estas tres entidades, la mayoría de las personas en prisión son hombres. Por otro lado, destaca el caso de Coahuila, cuyos datos son coherentes, pues reportó un total de cero casos respecto del número de juicios, sentencias condenatorias y personas en prisión definitiva por el delito de aborto.

En términos generales, es posible concluir que:

- Del número total obtenido de denuncias por el delito de aborto, 10.39 por ciento llegó a un juicio.
- Del número total de juicios penales por el delito de aborto, 37.36 por ciento de personas obtuvieron una sentencia condenatoria y 45.26 por ciento se encuentra en prisión definitiva.
- La mayoría de las personas que se encuentran en prisión definitiva son hombres, lo cual podría sugerir que se trata de casos de violencia en contra de las mujeres embarazadas, en los cuales los hombres son procesados por otros delitos, además del de aborto forzado y no casos referentes a abortos electivos como tal.

84 Se entiende por aborto forzado la interrupción del embarazo, en cualquier momento, sin el consentimiento de la mujer embarazada.

SAI (ENERO 2010 – ENERO 2020)	TOTAL GENERAL	TOTAL DE MUJERES
Número de denuncias por el delito de aborto.	3656	367 (10.03%)
Número de juicios penales por el delito de aborto.	380	124 (32.63%)
Número de personas con sentencias condenatorias por el delito de aborto.	142	54 (38.02%)
Número de personas que están o hayan estado en prisión definitiva por el delito de aborto.	172	28 (16.27%)

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

Respecto a las cifras totales de mujeres, hay que tomar en cuenta que los datos no fueron desagregados por sexo en su totalidad, en especial en el caso de las denuncias, en que, en 77.98 por ciento de los casos, no se especificó si la persona denunciada es mujer u hombre. Por otra parte —salvo en el caso de las personas en prisión definitiva, en donde se nota una mayor cantidad de hombres respecto del total de mujeres, por las razones antes expuestas—, al hablar de juicios penales y número de sentencias condenatorias, las cifras no difieren tanto: el número de mujeres es 30 por ciento superior al de hombres en ambos casos.

Finalmente, se puede concluir que:

- Del número total de mujeres denunciadas por el delito de aborto, 33.78 por ciento llegó a un juicio.
- Del total de juicios por el delito de aborto, 43.54 por ciento de mujeres obtuvieron una sentencia condenatoria y 22.58 por ciento se encuentra en prisión definitiva.

La reciente resolución del pleno de la SCJN relativa a la AI 148/2017 que determinó de forma unánime la inconstitucionalidad de la penalización absoluta del aborto consentido, tendrá un impacto fundamental en el panorama de la criminalización del aborto en México. Si bien la sentencia no invalida de manera directa las porciones de los códigos penales que actualmente establecen penas de prisión relacionadas con el aborto consentido —excepto en el caso específico de Coahuila— impide, al constituir un precedente obligatorio para todas las y los jueces del país, que dichos procesos culminen con una sentencia condenatoria a prisión, lo cual constituye un avance fundamental en el reconocimiento del derecho a decidir como un asunto de justicia y derechos humanos.

IMPORTANCIA DE JUZGAR CON PERSPECTIVA DE GÉNERO (SCJN)

La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha incorporado la perspectiva de género al ámbito jurisdiccional nacional como una forma de garantizar a las personas, principalmente 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. Ha identificado que son necesarios seis elementos para juzgar con perspectiva de género en la jurisprudencia 1a./J. 22/2016 (10a.) que prevalecen en la actualidad, aunque su contenido y alcance continúen desarrollándose mediante la práctica jurisdiccional cotidiana y el desarrollo de estándares internacionales en materia de derechos humanos:[85]

i) Identificar si existen situaciones de poder que por cuestiones de género den cuenta de un desequilibrio entre las partes de la controversia;
ii) cuestionar los hechos y valorar las pruebas desechando cualquier estereotipo o prejuicio de género, a fin de visualizar las situaciones de desventaja provocadas por condiciones de sexo o género;
iii) en caso de que el material probatorio no sea suficiente para aclarar la situación de violencia, vulnerabilidad o discriminación por razones de género, ordenar las pruebas necesarias para visibilizar dichas situaciones;
iv) de detectarse la situación de desventaja por cuestiones de género, cuestionar la neutralidad del derecho aplicable, así como evaluar el impacto diferenciado de la solución propuesta para buscar una resolución justa e igualitaria de acuerdo al contexto de desigualdad por condiciones de género;
v) para ello debe aplicar los estándares de derechos humanos de todas las personas involucradas, especialmente de los niños y niñas; y,
vi) evitar el uso del lenguaje basado en estereotipos o prejuicios, por lo que debe procurarse un lenguaje incluyente con el objeto de asegurar un acceso a la justicia sin discriminación por motivos de género.[86]

De igual manera, la Corte afirma que sólo partiendo de la base de que el género produce impactos diferenciados en la vida de las personas, que deben ser tomados en consideración al momento de apreciar los hechos, valorar las pruebas e interpretar y aplicar las normas jurídicas, es posible remediar los efectos discriminatorios que el ordenamiento jurídico y las prácticas institucionales pudieran tener en perjuicio de las personas.[87]

85 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(191120).pdf.
86 SCJN. Primera Sala, "Acceso a la justicia en condiciones de igualdad. Elementos para juzgar con perspectiva de género", Tesis: 1a./J. 22/2016 (10a.), *Gaceta del Semanario Judicial de la Federación*, Libro 29, abril de 2016, Tomo II, página 836, Registro digital No. 2011430. Constituyó jurisprudencia por reiteración en 2016. Disponible en: https://sjf2.scjn.gob.mx/detalle/tesis/2011430.
87 SCJN, Protocolo para Juzgar con Perspectiva de Género, *op. cit*, p. 119.

C. CRIMINALIZACIÓN DE ACOMPAÑANTES

El trabajo de GIRE, de la mano con otras organizaciones y colectivas, basado en la participación activa en esfuerzos de despenalización social y legal del aborto, la ampliación y acceso a causales legales en el país y el acompañamiento a quienes ven obstaculizado su acceso a servicios de aborto legal, ha permitido conocer el panorama real de la aplicación de la normatividad sobre derechos reproductivos en México e identificar barreras y violaciones a estos derechos, así como acompañar a quienes han enfrentado negación de servicios de aborto o maltrato en los mismos, en su acceso a la justicia y la reparación integral en casos particulares.

Las redes de acompañamiento que se han generado en todo el país —conformadas por organizaciones, colectivas y acompañantes dedicadas a brindar asesoría y apoyo a quienes desean abortar— contribuyen a hacer del acceso a abortos seguros una realidad, incluso en ciertos contextos de penalización.

Sin embargo, en el último año, se han presentado diversas iniciativas con la intención de criminalizar a quienes realizan labores de acompañamiento, lo que implica un potencial retroceso que sería contrario al marco de derechos humanos vigente en México. En septiembre de 2020 se presentaron dos iniciativas de reforma en este sentido: al código penal de Nuevo León, por parte del diputado Juan Carlos Leal Segovia, y al de Querétaro, por parte de la diputada Elsa Adané Méndez Álvarez, ambas con el fin de sancionar a cualquier persona que induzca o auxilie a las mujeres a abortar. Por otra parte, en agosto y septiembre de 2020, los mismos diputados presentaron otras iniciativas para reformar las leyes de salud de Nuevo León y Querétaro con el fin de "prohibir la promoción y la publicidad para realizar abortos clandestinos, así como los medicamentos o drogas para realizarlos".

Estas últimas iniciativas parten de la idea de que los abortos clandestinos ponen en riesgo la vida de las mujeres. Pero es indispensable distinguir el término "inseguro" de "clandestino": por aborto clandestino[88] se entiende la interrupción del embarazo fuera o al margen de la ley, independientemente de las condiciones sanitarias en las que se realice; un aborto con medicamentos debidamente asesorado puede ser clandestino y seguro.[89] Por su parte, el aborto inseguro ha sido definido por la OMS como "un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado que realizan personas que carecen del entrenamiento necesario o que se lleva a cabo en un ambiente donde se carece de un estándar médico mínimo, o ambos".[90]

La labor de las redes de acompañamiento permite que quienes se encuentran en situación de aborto cuenten con alguien que las guíe, cuide y les proporcione la información que requieren para no poner en riesgo su salud y su vida. Estar acompañadas les ayuda a actuar conforme a sus decisiones y convicciones, en un espacio donde, además de recibir la contención necesaria ven resguardada su integridad y su privacidad. Las redes de acompañamiento son fuente de seguridad y salvan vidas, y también son una vía asequible para el conocimiento y la defensa de los derechos humanos, por lo tanto, criminalizarlas implicaría un retroceso preocupante en la materia.

88 Una persona puede provocarse un aborto de manera segura con dos medicamentos (mifepristona y misoprostol) durante el primer trimestre de gestación. De acuerdo con la OMS, un aborto realizado de este modo tiene una tasa de éxito de entre 91 y 98 por ciento, y es el método más seguro para realizarlo. Sin embargo, es fundamental contar con la asesoría adecuada. Véase OMS. *Comparative effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home and in a clinic. A systematic review*. Disponible en: https://www.who.int/bulletin/volumes/89/5/10-084046/en/.

89 Véase GIRE. *Mitos y preguntas sobre el aborto*, 2020. Disponible en: https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2020/11/mitos_y_preguntas_sobre_el_aborto.pdf.

90 OMS. *The prevention and management of unsafe abortion. Report of a Technical Working Group*. Ginebra, 1992. Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/59705.

1.2

ACCESO A LA JUSTICIA

AMALIA[91]

Amalia estaba embarazada cuando tenía 15 años, pero decidió que no quería continuar con su embarazo. Con el apoyo de su madre, realizó el procedimiento de interrupción con pastillas de misoprostol. Amalia creía que su embarazo era de dos meses, pero presentó una hemorragia abundante y expulsó un producto más grande de lo que esperaban. Asustadas llamaron a una ambulancia que las trasladó al Hospital General Las Américas, en Ecatepec, estado de México, en donde fue ingresada el 4 de marzo de 2021.

El personal de trabajo social informó a la madre de Amalia que se trataba de un "homicidio" y habían dado aviso al ministerio público. Le dieron un documento de aviso para que lo entregara en las oficinas del mismo junto con el producto. Una vez ahí, el personal volvió a cuestionarla y le informaron que se trasladarían al hospital para tomar la declaración de su hija.

Al conocer el caso, GIRE contactó a la madre de Amalia, quien comentó que en todo ese tiempo no había podido ver a su hija. Posteriormente, el personal de salud le informó que Amalia se encontraba en urgencias esperando quirófano para que le realizaran un legrado para retirar los restos que aún tenía. Debido a que se encontraba en un área restringida, le indicaron que no podía ingresar la familia, pero en cuanto la pasaran a piso podrían verla. Por otra parte, personal de trabajo social le informó a GIRE que personal del ministerio público ya había acudido al hospital para recoger los restos de tejido embrionario, por lo que tendrían que trasladarse para realizar los trámites correspondientes para su entrega.

91 El nombre fue cambiado por respeto a su privacidad.

Los padres de Amalia, en compañía de GIRE, acudieron a las oficinas del ministerio público para realizar el trámite. Una vez ahí, el personal volvió a cuestionarlos sobre lo sucedido e incluso les solicitó dinero para gestionar la entrega.

El 5 de marzo, Amalia fue dada de alta y acudió con sus padres nuevamente a las oficinas del ministerio público para recoger los restos del producto. Cuando el personal se percató de que ella estaba presente, intentaron tomar su declaración, pero al descubrir que era menor de edad, se detuvieron y concedieron su solicitud.

Aunque Amalia se encuentra bien físicamente, emocionalmente está muy afectada por lo sucedido. GIRE le ha brindado acompañamiento psicológico y jurídico, este último para determinar si se abrió una carpeta de investigación en su contra y, en caso de que así sea, realizar las diligencias necesarias para que ésta se concluya.

El caso de Amalia nos demuestra que la falta de capacitación, la desinformación, los prejuicios y estereotipos de género influyen en el actuar del personal de salud y de procuración de justicia. Muchas mujeres que abortan son investigadas y procesadas por el delito de aborto, y en algunos casos por los de homicidio agravado o infanticidio, y son cuestionadas y presionadas desde que llegan a urgencias para que admitan haber tomado algún medicamento para provocar sus abortos.

PATRONES IDENTIFICADOS

A. CASOS DE ABORTO REGISTRADOS, DOCUMENTADOS Y ACOMPAÑADOS POR GIRE

Los siguientes casos de negación de acceso a servicios de aborto han sido registrados,[92] documentados[93] y acompañados[94] por GIRE de enero de 2010 a julio de 2021.

CASOS REGISTRADOS, DOCUMENTADOS Y ACOMPAÑADOS POR GIRE
(ENERO 2010-JULIO 2021)
NEGACIÓN DE ACCESO A SERVICIOS DE ABORTO

	TOTAL DE CASOS	MATERIA
REGISTRADOS	30	Causal salud (5) Causal violación (13) Solicitud por voluntad de la mujer (10) Otras causales (2)
DOCUMENTADOS	13	Causal salud/vida (2) Causal violación (11)
ACOMPAÑADOS	91	Causal salud/vida (15) Causas socioeconómicas (1) Causal violación (59)* *1 caso incluye criminalización Solicitud por voluntad de la mujer (4) Otras causales (12)

92 Los casos registrados se refieren a aquellos donde no se logró contactar directamente a la víctima ni a sus familiares, GIRE los registró a partir de diversas fuentes como notas periodísticas, llamadas telefónicas o información proporcionada por autoridades u otras organizaciones civiles.

93 En los casos documentados se realizó al menos una entrevista presencial con la víctima o sus familiares y en ciertos casos se revisaron expedientes y documentos, pero, por diferentes razones, no se emprendió una acción jurídica o de otro tipo por parte de GIRE.

94 Los casos de acompañamiento son aquellos en los que la víctima o a sus familiares accedieron a que GIRE emprendiera alguna acción para ayudarles a acceder a sus derechos o en su búsqueda por la justicia. Esto incluye, aunque no de manera exclusiva, acciones jurídicas, como amparos y quejas ante comisiones de derechos humanos.

GIRE ha identificado que en los casos de negativa de acceso a la interrupción legal del embarazo, independientemente de la causal de que se trate, hay un desconocimiento por parte de las autoridades, el personal de salud e incluso de algunos juzgadores de la normatividad vigente en materia de aborto y de atención a víctimas, así como de los estándares de derechos humanos que se han ido construyendo en los últimos años a partir de los precedentes de la SCJN basados en estándares nacionales e internacionales de derechos humanos.

B. CASOS DE CRIMINALIZACIÓN REGISTRADOS, DOCUMENTADOS Y ACOMPAÑADOS POR GIRE

Los siguientes casos de criminalización por el delito de aborto han sido registrados, documentados y acompañados por GIRE en el periodo de 2010 a julio de 2021. Estas cifras dan cuenta de los efectos que puede tener la tipificación del aborto en la vida de las mujeres y otras personas con capacidad de gestar, y la urgencia de su despenalización social y legal, así como de la necesidad de acompañar a quienes son criminalizadas en su búsqueda por la justicia.

CASOS REGISTRADOS, DOCUMENTADOS Y ACOMPAÑADOS POR GIRE
(ENERO 2010-JULIO 2021)
CRIMINALIZACIÓN DEL ABORTO

	REGISTRADOS	DOCUMENTADOS	ACOMPAÑADOS
TOTAL	52	10	30

Al igual que en los casos de negativa de aborto, GIRE también ha identificado un desconocimiento de la normatividad por parte de las autoridades, personal de salud y algunos juzgadores, pero, además, en este tema se hace evidente que la presencia de prejuicios con base en estereotipos de género y el estigma en torno al aborto repercuten en el actuar de todos ellos en este tipo de procesos. Las mujeres a menudo son cuestionadas y presionadas respecto a si tomaron algún medicamento para provocar sus abortos, condicionando la atención médica que requieren, y sus procesos están llenos de irregularidades que violan el principio de presunción de inocencia y el debido proceso. Finalmente, cabe señalar que GIRE ha identificado con preocupación algunos lugares en donde recientemente ha habido un aumento de los casos de criminalización por aborto, como el Hospital de la Mujer de Aguascalientes, en donde se han registrado cuatro casos tan sólo en los últimos meses.

VÍAS DE ACCESO A LA JUSTICIA

El acceso a la justicia en el tema de aborto implica garantizar, por una parte, el debido proceso y la presunción de inocencia de quienes son denunciadas por este delito u otros relacionados con procesos reproductivos y, por otra, garantizar una reparación integral por violaciones a derechos humanos a quienes fueron injustamente procesadas penalmente, y a quienes les fue negado el acceso a un aborto por violación sexual u otras causales establecidas en la legislación, o enfrentaron algún maltrato en su acceso a servicios de aborto.

A. ACOMPAÑAMIENTO

En la última década, GIRE ha acompañado un total de 86 casos de negativa de aborto por diversas causales y un total de 24 casos de criminalización por este delito.

En los casos de negativa para acceder a servicios de aborto, GIRE utiliza primordialmente la vía del amparo indirecto ante los jueces de distrito, el cual posteriormente puede llegar a la SCJN si ésta ejerce su facultad de atracción o si un Tribunal Colegiado de Circuito lo envía a la Corte mediante el recurso de revisión.

El uso de la estrategia del amparo tiene también como fin que desde el Poder Judicial de la Federación se estudie la constitucionalidad de otros temas relacionados con el aborto, por ejemplo: de la negativa u obstaculización de prestar el servicio o de los requisitos para su acceso. Los amparos en revisión 1388/2015, 601/2017 y 1170/2017 son los primeros en los que la SCJN se pronuncia al respecto. El juicio de amparo para abordar el tema de aborto tiene muchas ventajas en tanto que permite que se evalúe la constitucionalidad y convencionalidad del actuar de las autoridades y apoya a la construcción de precedentes vinculantes. Sin embargo, debido al principio de relatividad que rige al juicio de amparo, las sentencias que se emiten únicamente amparan a quien lo presenta. Asimismo, en muchos casos que GIRE ha acompañado, las y los jueces de distrito son omisos en juzgar con perspectiva de género y no estudian los casos tomando en consideración la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran las mujeres y las afectaciones a las que son sujetas por un sistema que no las considera capaces de decidir sobre su cuerpo.

Aunado a lo anterior, el tiempo que toma obtener una sentencia en un juicio de amparo es un claro ejemplo de una justicia que ni es pronta ni expedita. En algunos casos que GIRE ha acompañado, ha tomado más de cinco años llegar a una resolución.

Una vez que se emite una sentencia por parte de las autoridades jurisdiccionales, GIRE continúa el proceso de seguimiento a la reparación integral ante las comisiones de víctimas (ya sea a nivel federal o local, dependiendo del caso) y las autoridades responsables.

Por su parte, en los casos de criminalización, GIRE, a través del trabajo en conjunto con abogadas y abogados especialistas en materia penal, acompaña la defensa integral de sus casos durante la investigación y los procesos penales abiertos en su contra, así como la presentación de amparos en caso de que sea necesario.

B. REPARACIÓN INTEGRAL

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 sólo ante las autoridades federales y locales responsables de violaciones a derechos reproductivos y de su reparación, sino también ante la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV) y comisiones locales de atención a víctimas. Esta estrategia tiene como fin que los órganos encargados de atención a las víctimas de violaciones a derechos humanos y del delito, puedan sentar bases y criterios apegados a estándares de derechos humanos para que todas las autoridades responsables cumplan con su obligación de reparar integralmente.

La reparación integral es el mecanismo de acceso a la justicia que la LGV contempla para las víctimas de hechos delictivos o de violaciones a los derechos humanos y que comprende el establecimiento de medidas de restitución, de compensación, de rehabilitación, de satisfacción y de no repetición, con el objetivo de restablecer la situación anterior al hecho delictivo o a las violaciones a los derechos humanos (cuando sea posible), así como de reparar los daños causados a las víctimas (materiales e inmateriales, físicos y psicológicos), y evitar que hechos similares se repitan en el futuro.

La Primera Sala de la SCJN estableció que, al analizar la reparación integral de un daño que implique violaciones a derechos humanos, debe ponerse énfasis en el impacto multidimensional del hecho que lo causó.[95] En dicho impacto es necesario considerar el sufrimiento de la víctima, así como las consecuencias negativas que desencadenó y la repercusión que pudo haber en otros derechos. Por lo tanto, la reparación integral exige tomar en cuenta todas las consecuencias generadas y, además, procurar su eventual eliminación o disminución.

La CEAV es la instancia que coordina el Sistema Nacional de Atención a Víctimas (SNAV), y debe garantizar que quienes sufran delitos y violaciones a derechos humanos sean reparadas integralmente.

95 Tesis: 1a. CXCV/2018 (10a.), *Gaceta del Semanario Judicial de la Federación*, Décima época 2018806, 11 de 55, Primera sala, Libro 61, diciembre de 2018, Tomo I, pág. 402, Tesis aislada (constitucional). Disponible en: https://sjf2.scjn.gob.mx/busqueda-principal-tesis.

El acceso a la reparación integral implica un proceso largo y complejo, y aun en los casos en los que se logra que la CEAV (ante violaciones a derechos humanos por autoridades federales) o una comisión local de víctimas (ante violaciones a derechos humanos por autoridades de una entidad federativa)[96] emitan dictámenes en los que se ordenen medidas de reparación integral, no hay garantía de que todas ellas serán realizadas, debido a que varias de las medidas de reparación corresponden a otras autoridades, sin que se cuente con las medidas institucionales necesarias para asegurar su cumplimiento, quedando sujeto a su disposición o suficiencia de recursos en un contexto de recortes presupuestarios por parte de la administración pública. Por lo tanto, el cumplimiento de la reparación integral no siempre sucede.

A la fecha, GIRE ha dado seguimiento a ocho casos de reparación integral por negativa de servicios de aborto, dos de los cuales se encuentran concluidos, mientras que en los seis restantes se continúa dando seguimiento al cumplimiento de las medidas de la reparación integral.

CASOS EN REPARACIÓN INTEGRAL ACOMPAÑADOS POR GIRE

(2016-2021)

NEGATIVA DE ACCESO A SERVICIOS DE ABORTO

CASOS	CAUSAL	AUTORIDAD RESPONSABLE	ESTATUS
2	Alteraciones genéticas	ISSSTE	En proceso
		Secretaría de Salud de Sonora	En proceso
6	Violación	Secretaría de Salud de Oaxaca	En proceso
		Secretaría de Salud de Jalisco	En proceso
		Secretaría de Salud de Morelos	En proceso
		Secretaría de Salud de Aguascalientes	Concluido
		Secretaría de Salud de Durango	Concluido
		Gobierno de Baja California	En proceso
TOTAL: 8			

96 En caso de que no exista comisión local, la secretaría de gobierno local es la autoridad competente.

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.[97] A pesar de que se logre un cumplimiento efectivo de las medidas de compensación, rehabilitación y satisfacción, las medidas de no repetición siguen representando un reto debido a que requieren de la modificación de las circunstancias que dieron pie a la violación de derechos humanos, lo que a menudo implica una asignación presupuestal relevante. Sin embargo, a pesar de sus dificultades, las medidas de no repetición no deben ser pospuestas, ya que son la principal garantía que brinda el Estado para el cumplimiento de sus responsabilidades en el futuro y, además, proporciona seguridad jurídica a las víctimas de no volver a sufrir violaciones de derechos humanos en caso de encontrarse en la misma situación. Por otra parte, los procesos de acceso a la justicia suelen ser largos y desgastantes para las víctimas.

Mientras que el aborto continúe siendo visto como un delito en lugar de un servicio de salud, las mujeres y otras personas con capacidad de gestar seguirán enfrentando violaciones a sus derechos reproductivos, incluso cuando busquen acceder a interrupciones bajo circunstancias contempladas en la ley. Si bien existen mecanismos de acceso a la justicia, la negativa u obstaculización del acceso al aborto no debería ocurrir, pero el desconocimiento de la normatividad y de los estándares que se han ido construyendo en los últimos años a nivel nacional e internacional, así como los prejuicios basados en estereotipos de género, el estigma en torno al aborto y la creencia de que la maternidad es una función obligatoria de las mujeres, son algunas de las causas por las que se les obliga a continuar con embarazos no deseados (independientemente del motivo) o se les criminaliza, por el delito de aborto y otros. La despenalización del aborto es una deuda que el Estado mexicano tiene con las mujeres y otras personas con capacidad de gestar, en particular con aquellas que enfrentan mayores condiciones de marginalidad.

97 Las garantías de no repetición se caracterizan porque tienen la finalidad de prevenir o evitar que los hechos que dieron origen a las violaciones declaradas vuelvan a suceder. Éstas no sólo están dirigidas a evitar que las víctimas concretas vuelvan a sufrir las violaciones de derechos humanos, sino que también tienen un alcance más general: tienden a evitar que cualquier otra persona sufra esas violaciones. Véase: Amparo en revisión 601/2017, p. 31.

1.3

ACCESO A LA INFORMACIÓN

La transparencia puede definirse como la acción por parte del Estado (a través de los sujetos obligados legalmente) de otorgar a quien lo solicite, ya sea una persona en lo individual o una organización, el acceso a diversos documentos relativos a sus principales competencias, así como al ejercicio de los recursos públicos que le han sido asignados para revisarlos, analizarlos y, en su caso, utilizarlos como instrumentos de prueba para la rendición de cuentas y combate a la corrupción.[98]

El derecho de acceso a la información, fundamentado en el artículo 6º constitucional y en el artículo 4º de la a Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública (LGTAIP), comprende el derecho a solicitar, investigar, difundir, buscar y recibir información.

La transparencia y los datos abiertos funcionan como mecanismos de rendición de cuentas para que organizaciones dedicadas a la salud y a los derechos reproductivos, como GIRE, puedan monitorear el perfil de las personas que acuden a los servicios de aborto, las cifras totales de personas usuarias y demás patrones importantes relacionados con el tipo de atención proporcionada. Sin embargo, a pesar de que el marco normativo vigente y los precedentes de la SCJN reconocen que el acceso a servicios de aborto seguro en ciertas circunstancias es un asunto de derechos humanos y que a nivel local se contemplan varias causales de aborto, la información pública disponible para estimar quiénes y cuántas personas efectivamente acceden a estos servicios de salud es insuficiente. La información que puede encontrarse en las plataformas de datos abiertos del IMSS, ISSSTE y de la Secretaría de Salud es insuficiente o no se encuentra actualizada; y a nivel local la situación empeora, pues la Ciudad de México es la única entidad federativa que, a la fecha de publicado este informe, sistematiza, publica y actualiza la información relacionada con los servicios de aborto que brinda.[99]

Ante este panorama, GIRE recurre a las distintas instituciones gubernamentales a través de la herramienta de SAI desde el año 2012,[100] en tanto que son un complemento que permite subsanar las deficiencias de las estadísticas públicas.

98 GIRE. A*borto bajo la lupa. Transparencia y acceso a la información en materia de aborto*, 2021, p. 15. Disponible en: https://abortobajolalupa.gire.org.mx/wp-content/uploads/2021/04/Aborto-bajo-la-lupa.pdf.
99 *Ibidem*, pp. 27-30.
100 Hasta el momento, GIRE ha presentado más de 5 mil SAI vinculadas a documentos de investigación y otros procesos de acompañamiento e incidencia de la organización.

GIRE utiliza las SAI como herramientas para conocer las barreras que existen en el acceso a servicios de aborto en las diferentes entidades federativas del país, los patrones de criminalización en materia de aborto en México y otro tipo de información, como la referente a la utilización de los diferentes mecanismos de acceso a la justicia ante violaciones a derechos humanos (en este caso, reproductivos). Sin embargo y, a pesar de la utilidad que tienen las SAI para complementar las deficiencias de la información estadística disponible, su uso viene acompañado de barreras frecuentes que obstaculizan o retrasan el acceso a información desagregada y completa, o bien, impiden realizar análisis, ya que ésta, con frecuencia, se declara inexistente o incluso reservada por los sujetos obligados.[101]

Una posible solución sería que el Estado aumentara esfuerzos y estrategias que posibiliten el ejercicio del derecho a la información, desde la existencia de áreas en todo el aparato gubernamental que generen, recopilen y publiquen la información en su haber, hasta la creación de medios idóneos para permitir su intercambio. Sin embargo, lograr lo anterior se dificulta en la medida en que no se destine presupuesto suficiente tanto para el funcionamiento del INAI como para garantizar que todo sujeto obligado cuente con personal, infraestructura y sistemas para la generación y difusión de información.

Finalmente, cabe mencionar que durante 2020, debido a la pandemia por COVID-19, las autoridades se demoraron en responder algunas de las SAI realizadas para este informe. Se recibieron varias respuestas que mencionaban que, debido a la contingencia sanitaria, los plazos para responder a las SAI se extendieron. En algunos casos las SAI no fueron atendidas durante meses, evidenciando la imposibilidad o la falta de importancia dada a la garantía del acceso a la información en este contexto.

101 GIRE, *Aborto bajo la lupa. Transparencia y acceso a la información en materia de aborto*, 2021, *op. cit.* pp. 54.

AVANCES

A. IMPLEMENTACIÓN DE BASES DE DATOS ESTRATÉGICAS

Conforme a las SAI realizadas por GIRE para este informe se identificó que no todas las entidades federativas cuentan con un registro de los procedimientos de aborto por violación realizados en el periodo comprendido entre los años 2010 y 2015.[102] Sin embargo, a partir de las reformas a la NOM 046 en 2016, las entidades federativas comenzaron a implementar bases de datos estratégicas, incrementando significativamente el número de registros de estos procedimientos, lo que constituye un avance en materia de acceso a la información.

B. LAS ESTADÍSTICAS DEL PROGRAMA ILE EN LA CIUDAD DE MÉXICO

La información sobre estadísticas del Programa de ILE en la Ciudad de México puede consultarse en el portal de la Secretaría de Salud de dicha entidad y contiene datos desde abril de 2007 a marzo de 2021 —fecha de publicación de este informe—, actualizados y desagregados, lo que permite dar un seguimiento puntual a este programa. De igual manera, toda la información es completamente anónima; si bien es posible conocer datos de las usuarias como edad, lugar de procedencia, nivel educativo, estado civil, ocupación y número de hijos, no se comparte ningún tipo de información que pueda revelar su identidad.

102 Baja California, Chihuahua, Coahuila, Guerrero, México, Nayarit, Nuevo León, San Luis Potosí, Tabasco, Tamaulipas. No significa que entre 2010 y 2015 no se hayan realizado procedimientos de aborto por violación, sino que no se tiene registro de ello.

C. DATOS DEL SECRETARIADO EJECUTIVO DEL SISTEMA NACIONAL DE SEGURIDAD PÚBLICA

La publicación de información de manera mensual sobre el delito de aborto por parte del SESNSP desde 2018 es un avance para realizar diagnósticos más certeros acerca de los patrones que sigue la criminalización del aborto en México. Sin embargo, al no ser un registro desagregado, imposibilita conocer datos importantes sobre las personas criminalizadas, por ejemplo: sexo, edad, si son indígenas, si viven con alguna discapacidad o si son migrantes, entre otros.

D. PUBLICACIÓN OBLIGATORIA DE VERSIONES PÚBLICAS DE LAS SENTENCIAS

Hasta agosto de 2020, el artículo 73, fr. II de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, establecía que los poderes judiciales del país, como sujetos obligados, debían poner a disposición de la ciudadanía las versiones testadas de las sentencias de interés público. Sin embargo, la ambigüedad del término "interés público" permitía que los poderes judiciales determinaran qué casos lo eran y cuáles no y, por ende, la publicación de sentencias se hacía de manera discrecional por cada poder judicial.[103] Sin embargo, a partir de la reforma a dicho artículo, quedó establecida la obligación de publicar las versiones públicas de todas las sentencias emitidas, lo cual permitirá acceder, entre otras, a sentencias relacionadas con el delito de aborto y otros delitos relacionados con procesos reproductivos.

103 Más información en: Equis, justicia para las mujeres. *(IN) Justicia Abierta. Ranking de opacidad judicial en México*. Disponible en: https://equis.org.mx/injusticia-abierta/.

BARRERAS

A. RESPUESTA DE LAS AUTORIDADES A LAS SOLICITUDES DE ACCESO A LA INFORMACIÓN

El mecanismo de SAI permite obtener datos desagregados, según el planteamiento de la persona solicitante, ya sea por edad, sexo, nacionalidad, municipio, si es hablante o no de lengua indígena o si vive con una discapacidad. Sin embargo, la calidad de la respuesta depende de la forma en que cada sujeto obligado sistematice su información.

Por otra parte, en algunos casos, las autoridades no cuentan con la información solicitada o declaran que no son competentes para responder, pero no siempre señalan a qué autoridad debería redirigirse la SAI.

De igual manera, con frecuencia las respuestas a las SAI no se encuentran en la Plataforma Nacional de Transparencia (PNT), por lo que se debe recurrir a los portales de Infomex de las entidades federativas para corroborar si ahí se encuentran los archivos con las respuestas. Asimismo, no todos los sujetos obligados se encuentran en las listas de la PNT, por lo que se debe redirigir la SAI a la autoridad que se busca.

También ocurre, como en algunas de las respuestas que se obtuvieron para este informe, tanto en el tema de aborto por violación, como respecto a las cifras de criminalización por este delito, que contengan archivos ilegibles, mal escaneados o en formato de imagen, lo cual dificulta la lectura de los datos.

B. LA FALTA DE ANONIMATO EN EL MANEJO DE INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA CRIMINALIZACIÓN DE LAS MUJERES POR EL DELITO DE ABORTO

En el caso concreto de la Ciudad de México, a diferencia de los datos estadísticos del Programa de ILE que son completamente anónimos, la información publicada por la Agencia Digital de Innovación Pública de la Ciudad de México (ADIP-CDMX) relacionada con las carpetas de investigación de la Fiscalía General de Justicia para delitos entre los que se encuentra el aborto, incluye información georreferenciada. En este caso, dado el contexto de violencia contra las mujeres que se vive en México, así como el fuerte estigma relacionado con el aborto, publicar la ubicación de las personas denunciadas por el delito de aborto —aunque no sea completamente precisa— carece de una perspectiva de género y derechos humanos pues no toma en cuenta el potencial riesgo de publicar esta información. Esto atenta, además, contra la protección de datos personales de quienes son denunciadas.[104]

C. APLICACIÓN DEL CRITERIO 3/17

El criterio 3/17 del (INAI) cuyo antecedente es el criterio 9/10 del Instituto Federal de Acceso a la Información Pública (IFAI),[105] establece en esencia que no existe obligación de elaborar documentos *ad hoc* para atender las solicitudes de acceso a la información. Sin embargo, ello no debería constituir una barrera para ejercer el derecho al acceso a la información de los particulares, pues los sujetos obligados deben proporcionar la información con que cuenten en el formato en el que se encuentre en sus archivos.[106]

Con base en lo establecido en el artículo 129 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública (LGTAIP),[107] y en el propio criterio 3/17, éste no debería invocarse de manera irracional de forma que constituya una barrera para el acceso a la información. Por ejemplo, el criterio 3/17 no debe invocarse:

a) En casos en los que el solicitante no esté requiriendo la elaboración de un documento *ad hoc*[108] en su solicitud de acceso a la información.
b) En los casos en que la información solicitada obre en los archivos del sujeto obligado, ya sea en una base de datos o en cualquier registro del sujeto obligado, bajo cualquier formato.
c) Cuando el sujeto obligado deba documentar la información solicitada de acuerdo con sus facultades, competencias o funciones (arts. 18 y 19 de la LGTAIP).

Si bien el criterio 3/17 se funda en la imposibilidad de los sujetos obligados de responder cada SAI atendiendo a las especificidades de las mismas, su invocación puede constituir una barrera al derecho de acceso a la información en la medida en que:

1. Se puede utilizar para equiparar el derecho de acceso a la información con el derecho de acceso a un documento: el derecho humano de acceso a la información comprende solicitar, investigar, difundir, buscar y recibir información y, en términos del artículo 4 de la LGTAIP, se puede ejercer respecto de "Toda la información generada, obtenida, adquirida, transformada o en posesión de los sujetos obligados".
2. Constituye un incentivo para que los servidores públicos apliquen el menor esfuerzo posible en buscar la información que se solicita.
3. Constituye un desincentivo para sistematizar y desagregar la información con la que cuentan los sujetos obligados.
4. Su uso se ha generalizado a costa del principio de máxima publicidad.

Con base en lo anterior, aunque no es una obligación del solicitante, a fin de evitar que el sujeto obligado invoque el criterio 03/17, es conveniente:

(i) Conocer las facultades, competencias y funciones previstas en la normatividad aplicable que lo obligan a documentar la información que se solicita; de preferencia, citar la normativa en la solicitud de acceso a la información vinculándola con la información que se pide.
(ii) Solicitar un documento concreto, cuya existencia se conoce previamente o se presume, con base en las facultades, competencias y funciones que los ordenamientos jurídicos aplicables otorgan a los sujetos obligados.

104 GIRE, *Aborto bajo la lupa. Transparencia y acceso a la información en materia de aborto*, 2021, *op. cit*. pp. 36 y 37.
105 LGTAIP, artículo 42: las dependencias y entidades sólo estarán obligadas a entregar documentos que se encuentren en sus archivos, no están obligadas a elaborar documentos *ad hoc* para atender las solicitudes de información, sino que deben garantizar el acceso a la información con la que cuentan en el formato que se encuentre. Disponible en: https://www.ipomex.org.mx/recursos/ipo/files_ipo/2017/1/1/fc3bbecebfa284ff421b2c5d2e949b87.pdf.
106 LGTAIP, artículos 129 y 130, párrafo cuarto: los sujetos obligados deberán otorgar acceso a los documentos que se encuentren en sus archivos o que estén obligados a documentar, de acuerdo con sus facultades, competencias o funciones, conforme a las características físicas de la información o del lugar donde se encuentre. Deben garantizar el derecho de acceso a la información del particular, proporcionando la información con la que cuentan en el formato en que la misma obre en sus archivos; sin necesidad de elaborar documentos *ad hoc* para atender las solicitudes de información. Disponible en: https://www.ieem.org.mx/transparencia2/pdf/fraccionI/criterios/03-17.pdf.
107 LGTAIP, artículo 129: Los sujetos obligados deberán otorgar acceso a los documentos que se encuentren en sus archivos o que estén obligados a documentar de acuerdo con sus facultades, competencias o funciones en el formato en que el solicitante manifieste, de entre aquellos formatos existentes, conforme a las características físicas de la información o del lugar donde se encuentre así lo permita.
En el caso de que la información solicitada consista en bases de datos se deberá privilegiar la entrega de la misma en formatos abiertos.
108 En la resolución RRA 1889/16 citada en el propio criterio 3/17, el documento *ad hoc* se equipará la respuesta a una consulta que implique la interpretación de la normatividad y el estudio de fondo a un cuestionamiento del solicitante. RRA 1889/16. Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Por unanimidad. Comisionada Ponente. Ximena Puente de la Mora. 05 de octubre de 2016.

1.4

BALANCE

Varios fueron los sucesos que marcaron la lucha por el acceso al aborto legal, seguro y gratuito en la última década, algunos definitivamente han representado avances e hitos, sin embargo, persisten barreras y pendientes fundamentales en esta materia en México.

La publicación de la LGV en 2013, las reformas de 2016 a la NOM 046, y la adición en 2014 de los artículos 215 bis 1 y 215 bis 6 al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica son avances importantes para garantizar los derechos humanos de las víctimas de violación sexual, pues reconocen que la denuncia es un derecho de las víctimas y no una obligación, y en ningún caso puede constituir un requisito para el acceso a los servicios de salud a los que también tienen derecho. Sin embargo, en la realidad, el desconocimiento de estas disposiciones por parte de las autoridades, del personal de salud y de algunos juzgadores, es un obstáculo para el acceso al aborto.

Por otra parte, a estos avances se suman dos sentencias paradigmáticas del año 2018: los casos de Marimar y Fernanda, acompañados por GIRE, en cuyas sentencias la SCJN calificó la falta de acceso a un aborto por violación sexual como una violación de derechos humanos y recalcó la obligación de las autoridades de atender eficiente e inmediatamente la solicitud de las víctimas, a fin de no permitir que las consecuencias derivadas de la violación se sigan desplegando en el tiempo.

Un año más tarde, en 2019, se sumó otra sentencia paradigmática, esta vez en relación al acceso al aborto por motivos de salud. El caso de Marisa, también acompañado por GIRE, llegó a la Primera Sala de la SCJN, que, al resolver el amparo en el Recurso de revisión 1388/2015, estableció que el aborto, en los casos en que el embarazo implique un riesgo para la salud, es un servicio de atención médica, y consecuentemente, todas las instituciones de salud, incluyendo las del ámbito federal, deben proveerlo. Ese mismo año vio llegar otro gran hito en la lucha por una sociedad más justa en México: la despenalización del aborto en Oaxaca en las primeras 12 semanas de gestación. Tuvieron que pasar 12 años para que una segunda entidad federativa en el país antepusiera la justicia reproductiva a los estereotipos e ideologías conservadoras; y sólo fue posible gracias al esfuerzo coordinado de activistas, aliadas y organizaciones, entre ellas, GIRE.

Casi dos años después, dos entidades se sumaron a la lista de aquellas que reconocen el acceso al aborto electivo durante las primeras doce semanas de gestación: Hidalgo, en junio de 2021, y Veracruz, en julio del mismo año. Estas reformas, sumadas a la resolución de la Primera Sala de la SCJN en el caso de Jessica y a la publicación del PAESSR 2020-2024 y los lineamientos para aborto seguro, hacen del marco jurídico y programático vigente hoy en día en México —si bien todavía insuficiente— el más protector en la historia de nuestro país.

Por otra parte, en septiembre de 2021 se tuvieron avances fundamentales en cuanto a precedentes obligatorios de la SCJN en materia de aborto. En primer lugar, la Corte determinó, de forma unánime, que es inconstitucional criminalizar el aborto de manera absoluta. Días después, reiteró una vez más que no se le puede dar el estatus de persona al embrión o feto y que la protección a la vida prenatal no puede representar un obstáculo para el acceso a servicios de aborto. Finalmente, determinó que la objeción de conciencia no es absoluta, y que su ejercicio debe respetar los derechos humanos de las personas, en particular, la garantía de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, como el aborto.

La Marea Verde se ha extendido en México y continúa haciendo olas a favor de la libertad y autonomía. La victoria de las argentinas de diciembre de 2020 ha demostrado que las alianzas, el debate público y la diversificación de voces son indispensables para avanzar en la lucha por la ampliación de derechos. Aunque el camino aún es largo para lograr que el acceso al aborto legal, seguro y gratuito sea una realidad a lo largo y ancho del país, lo cierto es que en los últimos años el tema fue discutido en diversos recintos legislativos, incluso en entidades con marcos legales sumamente restringidos. El movimiento feminista es cada vez más un grito unificado por el aborto legal, seguro y gratuito.

Finalmente, es necesario canalizar mayores esfuerzos a la construcción de una cultura de acceso a la información pública con perspectiva de género y sin discriminación, pues se trata de un derecho humano que además es vehículo para el ejercicio de otros derechos. En la medida en la que el Estado reconozca lo anterior, y actúe en consecuencia, se hará más factible que las distintas autoridades cumplan con su obligación de generar, documentar y publicar la información que les corresponda, ya sea a través de sus sitios web o de su respuesta en tiempo y forma a las solicitudes de acceso a la información.

2

VIOLENCIA OBSTÉTRICA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.1

SITUACIÓN EN MÉXICO

A. ESTÁNDARES CONSTITUCIONALES

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

A nivel regional se han producido sentencias que guardan relación con la violencia obstétrica. Es importante mencionar que las sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) son de observancia obligatoria en el sistema jurídico mexicano.

CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS
CASO I.V C. BOLIVIA

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

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

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

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

6 I.V. c. Bolivia, Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Corte Interamericana de Derechos Humanos (serie C), Nº 329 (30 de noviembre de 2016), párr. 122.
7 *Ibídem*, párrafo 183.
8 *Ibíd*, párrafo 192.
9 *Ibíd*, párrafo 178.

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

El Comité DESC, en marzo de 2018, se manifestó sobre la insuficiencia estructural y los problemas de acceso a servicios de salud:

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

Y recomendó al Estado mexicano:

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

Por su parte, el Comité CEDAW, en julio de 2018, expresó su preocupación por:

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

El Comité recomendó que el Estado:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

B. MARCO NORMATIVO Y DE POLÍTICA PÚBLICA

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

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

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

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

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

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

12 Sobre las iniciativas que se han presentado, véase: GIRE, *Violencia obstétrica. Un enfoque de derechos humanos*, 2015, pp. 38-45. Disponible en: https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2016/07/informeviolenciaobstetrica2015.pdf

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

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

INICIATIVAS QUE PROPONEN INCORPORAR EL CONCEPTO DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN LA LGAMVLV, VIGENTES Y PENDIENTES DE DICTAMEN EN EL CONGRESO DE LA UNIÓN[14]

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

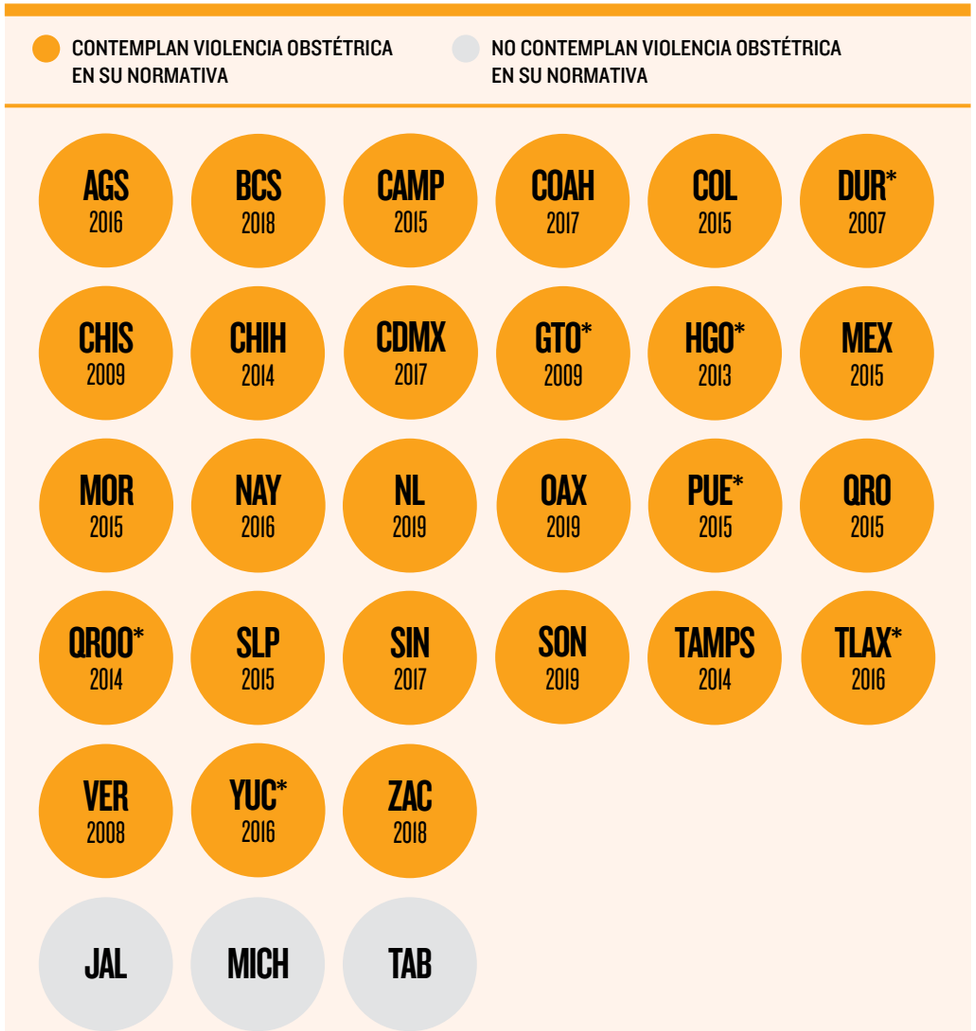
14 Iniciativas vigentes y pendientes de dictaminar en el Congreso de la Unión. A pesar de que tanto la Ley Orgánica del Congreso como el Reglamento de la Cámara de Diputados establecen un plazo máximo para que las comisiones dictaminen los asuntos, agotado este término precluye la facultad de las comisiones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

LEGISLACIÓN LOCAL

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

19 GIRE, *La pieza faltante. Justicia Reproductiva*, 2018. Disponible en: https://gire.org.mx/publicaciones la-pieza-faltante-justicia-reproductiva/
GIRE, *Informe alternativo sobre la situación de los derechos reproductivos de niñas, adolescentes y mujeres en México*, Comité CEDAW, 2018. Disponible en: https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/MEX/INT_CEDAW_NGO_MEX_31414_S.pdf.
GIRE, *Informe alternativo sobre la situación de los derechos reproductivos de niñas, adolescentes y mujeres en México*, Comité de Derechos Humanos, octubre 2019. Disponible en: https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CCPR/Shared%20Documents/MEX/INT_CCPR_CSS_MEX_37108_S.pdf

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

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

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

PUNTOS RECOMENDATORIOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VI. Aun cuando existan los medios necesarios para la realización del parto vertical, las obligue a parir en forma distinta a la que sea propia de sus usos, costumbres y tradiciones obstétricas, a menos que éstas pongan en riesgo la vida del producto o de la madre.
A quien ejecute las conductas señaladas en las fracciones I, II, III y VI, se le impondrán de dos a cinco años de prisión y de cien a quinientos días-multa, y a quien incurra en los supuestos descritos en las fracciones IV y V será sancionado con prisión de uno a tres años y de cien a trescientos días-multa.

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

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

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

C. SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El Sistema Nacional de Salud[29] en México, bajo la rectoría de la Secretaría de Salud del gobierno federal, está conformado por las entidades y dependencias de la administración pública —federal, estatales y municipales— que prestan servicios de salud a la población en general, principalmente a las y los trabajadores en el sector de la economía informal; así como por todas aquellas instituciones de seguridad social —IMSS, ISSSTE, hospitales de las fuerzas armadas o para los trabajadores de Pemex, entre otras— que brindan servicios de atención médica a sus derechohabientes (integrantes del sector formal de la economía); además de todas las personas físicas y morales pertenecientes al sector privado.

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

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

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

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

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

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

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

D. ESTADÍSTICA PÚBLICA

A partir de 2016, la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH)[31] incorporó por primera vez preguntas destinadas a evaluar aspectos de la experiencia de las mujeres durante su último parto. La encuesta permite una aproximación a un diagnóstico más completo sobre la magnitud y variables asociadas con la violencia obstétrica en el país. En general, los datos reflejados por la encuesta son indicativos de que se está frente a un problema de violación a los derechos humanos de las mujeres en el espacio de los servicios de salud, y no de una situación excepcional o esporádica.[32]

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

31 INEGI, ENDIREH *2016*. Disponible en: http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/proyectos/enchogares/especiales/endireh/2016/doc/endireh2016_presentacion_ejecutiva.pdf
32 Castro, Roberto, Erviti, Joaquina, *25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México, op. cit*, pp. 37-42.

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

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

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

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

AVANCES

A. ATENCIÓN UNIVERSAL DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

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

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

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

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

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

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

Derivado de la pandemia por COVID-19, el 12 de abril de 2020, la Secretaría de Salud Federal emitió el Lineamiento para la prevención y mitigación de COVID-19 en la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida[37] y sus posteriores actualizaciones.[38] En los documentos se establece que la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida son clasificados como servicios esenciales. Entre las medidas previstas están que los hospitales enfocados en la atención gineco-obstétrica no deberán formar parte de los planes de reconversión, es decir, no podrán ser utilizados para atender casos por COVID-19. Los hospitales no enfocados en la atención gineco-obstétrica, pero que brindan esos servicios y serán reconvertidos, serán utilizados para la atención de mujeres embarazadas con COVID-19. También se deberán habilitar otros espacios físicos para la atención de embarazos, partos y puerperios, así como incorporar a personal de enfermería obstétrica, partería profesional y partería tradicional para dicha atención.[39]

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

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

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

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

37 Lineamiento para la prevención y mitigación de COVID-19 en la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida. Disponible en: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Lineamientos_Prevencion_COVID19_Embarazos.pdf

38 Lineamiento para la prevención y mitigación de COVID-19 en la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida, versión 2, 20 de julio 2020. Disponible en: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/07/Lineamientos_Prevencion_COVID19_Embarazos_V2.pdf Y Lineamiento para la prevención y mitigación de COVID-19 en la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida, versión 3, mayo 2021. Disponible en: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2021/05/LineamientoSMP_COVID19Actualizacion_110521.pdf

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

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

Ese proyecto de modificación estuvo en revisión hasta abril de 2014 cuando se aprobó para su publicación en el Diario Oficial de la Federación. Sin embargo, la publicación se realizó hasta abril de 2016.[41] Pasaron cuatro años desde que se propuso esta actualización hasta la entrada en vigor con su publicación.

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

Entre otras cosas, la modificación de la NOM 007 prevé un cambio a la definición de embarazo; mientras que anteriormente se definía como "el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término", actualmente la Norma lo define como "la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del 'conceptus' en el endometrio y termina con el nacimiento". Esta modificación se encuentra validada por la ciencia médica, que distingue entre la fecundación y la implantación, considerando al embarazo como el estado fisiológico que empieza a partir de la implantación.

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

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

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

BARRERAS

A. TIPIFICACIÓN DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

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

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

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

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

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

En informes y posicionamientos[44] subsecuentes, GIRE ha recomendado a los congresos locales no incluir a la violencia obstétrica como un delito y, en cambio, hacer las adecuaciones normativas, presupuestales y de política pública que permitan garantizar el acceso a servicios de salud reproductiva de calidad, sin discriminación y libres de violencia. Pese a ello, algunas entidades federativas han optado por tipificar la práctica.[45] Ése es el caso de Aguascalientes,[46] Chiapas, estado de México, Guerrero, Quintana Roo, Yucatán y Veracruz.

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

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

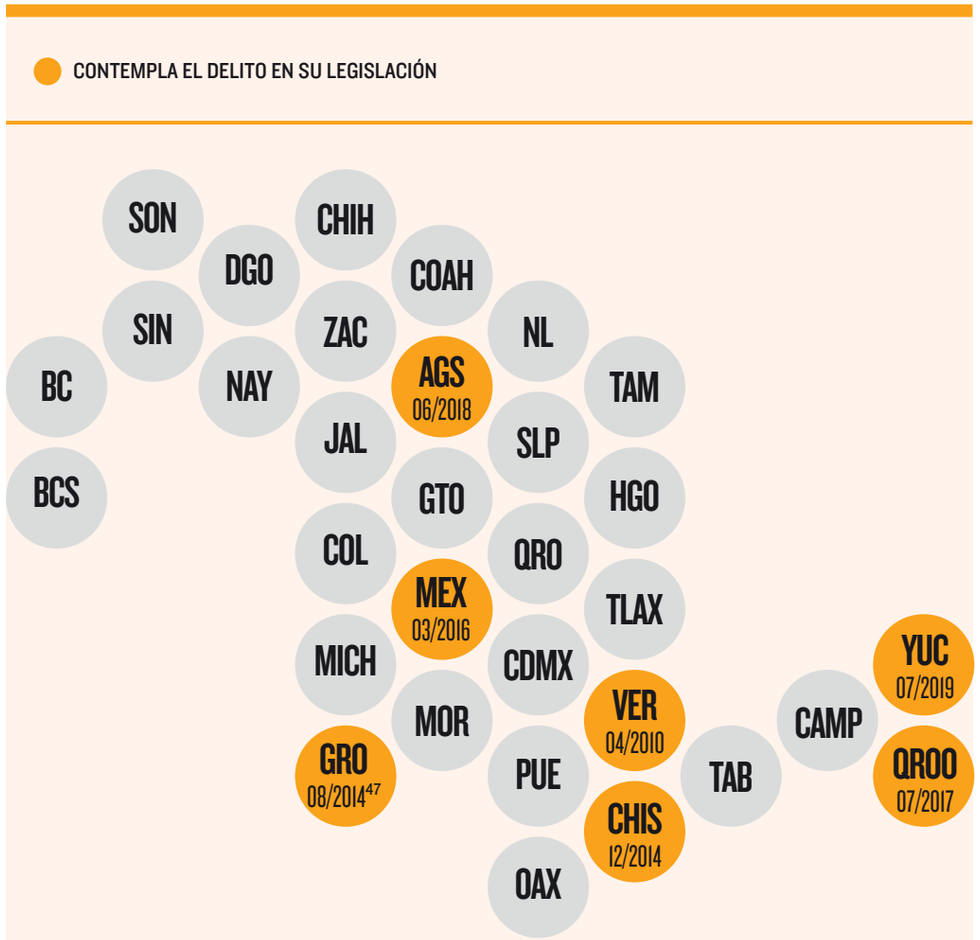
La mayoría de las personas que GIRE ha acompañado buscan que se garantice la no repetición de los actos constitutivos de violencia obstétrica que vivieron, que el personal de salud que las atendió cuente con capacidades adecuadas para llevar a cabo su trabajo, que los hospitales o centros de salud donde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

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

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

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

CRIMINALIZACIÓN DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA



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

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

B. PROBLEMAS ESTRUCTURALES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

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

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

48 GIRE, *La pieza faltante. Justicia reproductiva*, 2018, *op. cit*, p. 117.
49 Sobre la Red de Posadas y Transporte AME se sugiere consultar el capítulo Muerte materna de este informe y GIRE, *Salud materna en Yucatán. El caso Valladolid, op. cit*.

PARTERÍA COMO ALTERNATIVA DE ATENCIÓN

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

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

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

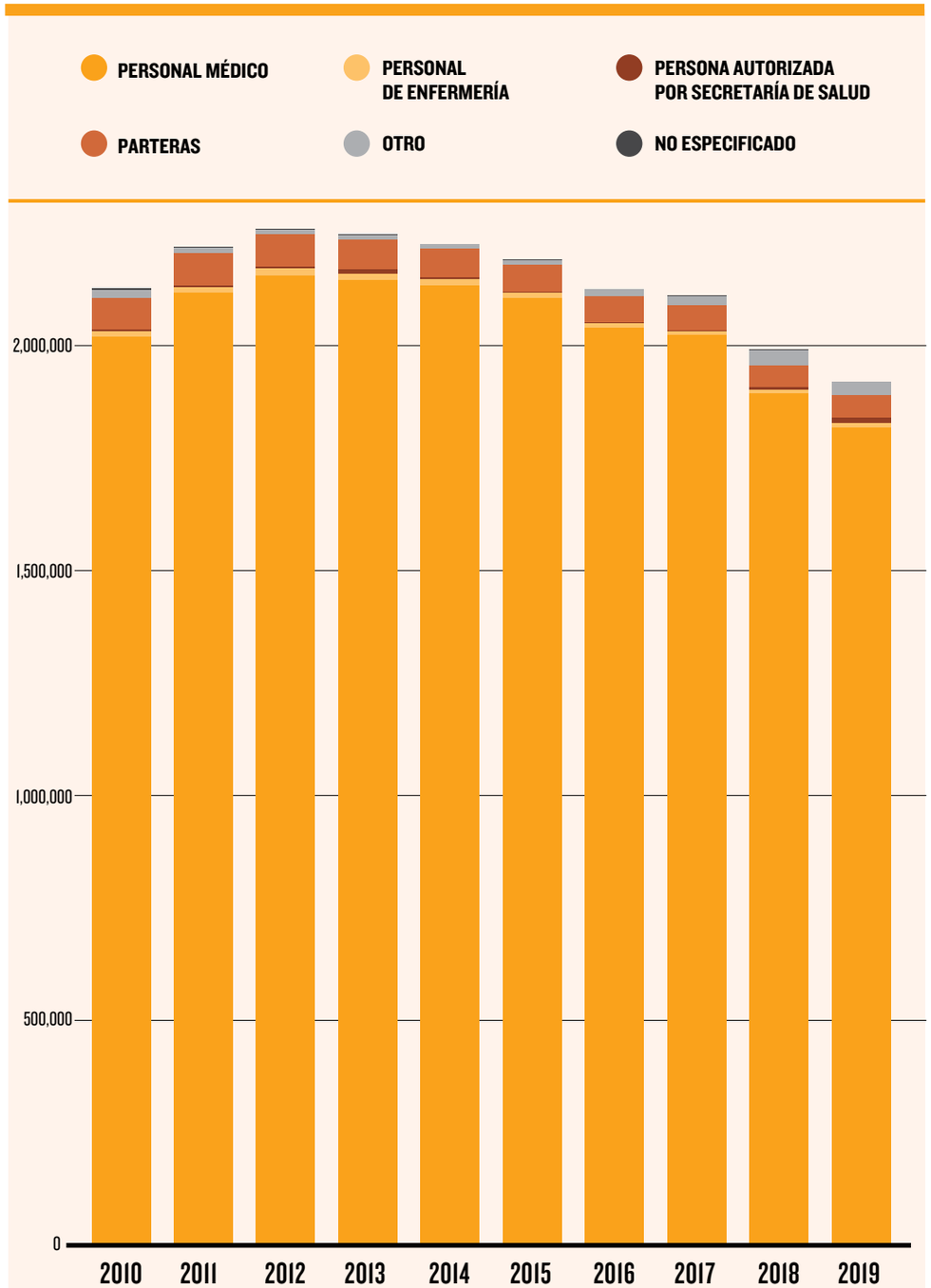
Durante 2019, 89.6 por ciento de los nacimientos en México ocurrieron en áreas hospitalarias. Los médicos y médicas fueron las personas que con mayor frecuencia atendieron los partos, representando 88.9 por ciento del total, seguidos de personal de enfermería y parteras que representaron tan solo 4.1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

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

50 Instituto Nacional de Salud Pública / Instituto Nacional de las Mujeres, *El uso y rol de proveedores no-médicos para la atención prenatal y obstétrica en México: parteras profesionales técnicas y enfermeras obstetras. Evidencias y áreas de oportunidad*, 2011, p. 10.
51 Sobre los pendientes en torno al impulso de la partería en México, véase el capítulo Muerte materna de este informe.
52 UNFPA, Estado de la Población Mundial 2021: "Mi cuerpo me pertenece. Reclamar el derecho a la autonomía y la autodeterminación", 2021, p. 133. Disponible en: https://lac.unfpa.org/es/publications/estado-de-la-poblaci%C3%B3n-mundial-2021-%E2%80%9Cmi-cuerpo-me-pertenece-reclamar-el-derecho-la
53 *Ibídem*, p. 148.
54 Naciones Unidas, Comité CEDAW, *Observaciones finales sobre el noveno informe periódico de México*, CEDAW/C/mex/CO/9, 25 de julio de 2018.
55 Inegi, Estadística de nacimientos registrados 2019. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/natalidad/doc/natalidad_2019_nota_tecnica.pdf
56 Dirección General de Información en Salud. Base de datos de Certificado de Nacimiento-Nacimientos ocurridos de 2010 a 2019 [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_nacimientos_gobmx.html

PERSONAL AL QUE SE ACUDE PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO

(2010 - 2019)



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

PERSONAL AL QUE SE ACUDE PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO

(2010 - 2019)

PERSONAL MÉDICO · ENFERMERAS · PERSONA AUTORIZADA POR SECRETARÍA DE SALUD · PARTERAS · OTRO · NO ESPECIFICADO

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

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

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

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

ALTO ÍNDICE DE CESÁREAS

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

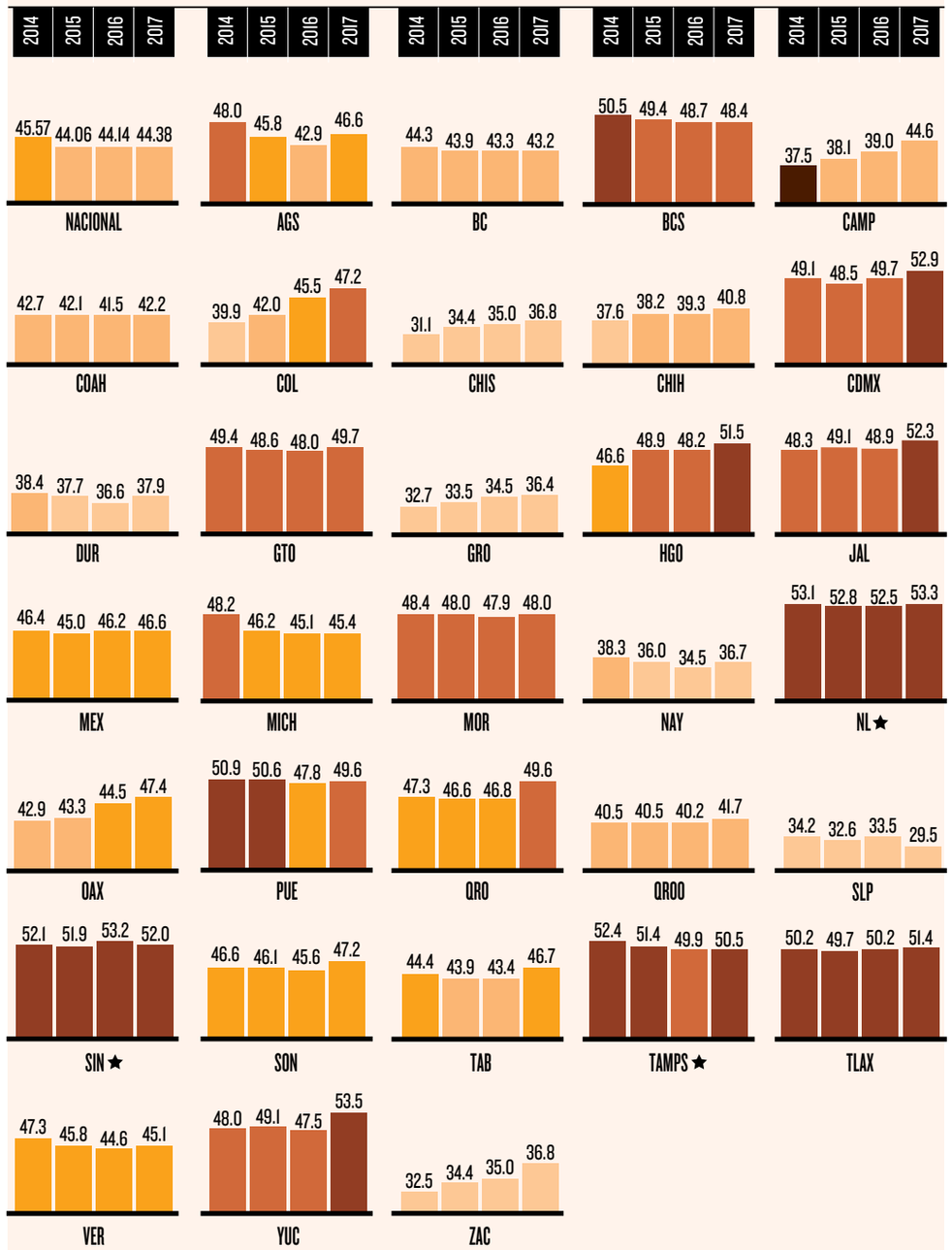
En México, la NOM 007 señala que es necesario priorizar el parto vaginal y reducir el índice de cesáreas. De acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018, de cada cien mujeres embarazadas, 23.3 por ciento tuvieron cesáreas programadas y 22.8 por ciento cesáreas de emergencia. De acuerdo con datos de la ENDIREH 2016, 42.8 por ciento de las mujeres encuestadas reportaron que el nacimiento de su último hijo o hija fue por cesárea. De éstas, 10.3 por ciento reportó no haber sido informada de la razón para la cesárea, y 9.7 por ciento afirmó que no le pidieron autorización para realizarla. Por otra parte, conforme a los datos registrados en los certificados de nacimiento,[58] se sabe que en 2010 hubo 2 millones 73,111 nacimientos. El porcentaje de cesáreas en ese año, a nivel nacional, fue de 44.7 por ciento. En el año 2017[59] hubo 2 millones 64,507 nacimientos, de los cuales 45.5 por ciento fueron por cesárea.

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

57 Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf;jsessionid=0DC6F870010EE285EBC8828C388343E6?sequence=1
58 Tiene como insumo los registros administrativos que se obtienen a partir de los certificados de nacimiento.
59 Los cubos de nacimientos ocurridos comprenden el periodo 2008 - 2017 con cifras definitivas.

CESÁREAS POR ENTIDAD FEDERATIVA

(2014 - 2017)



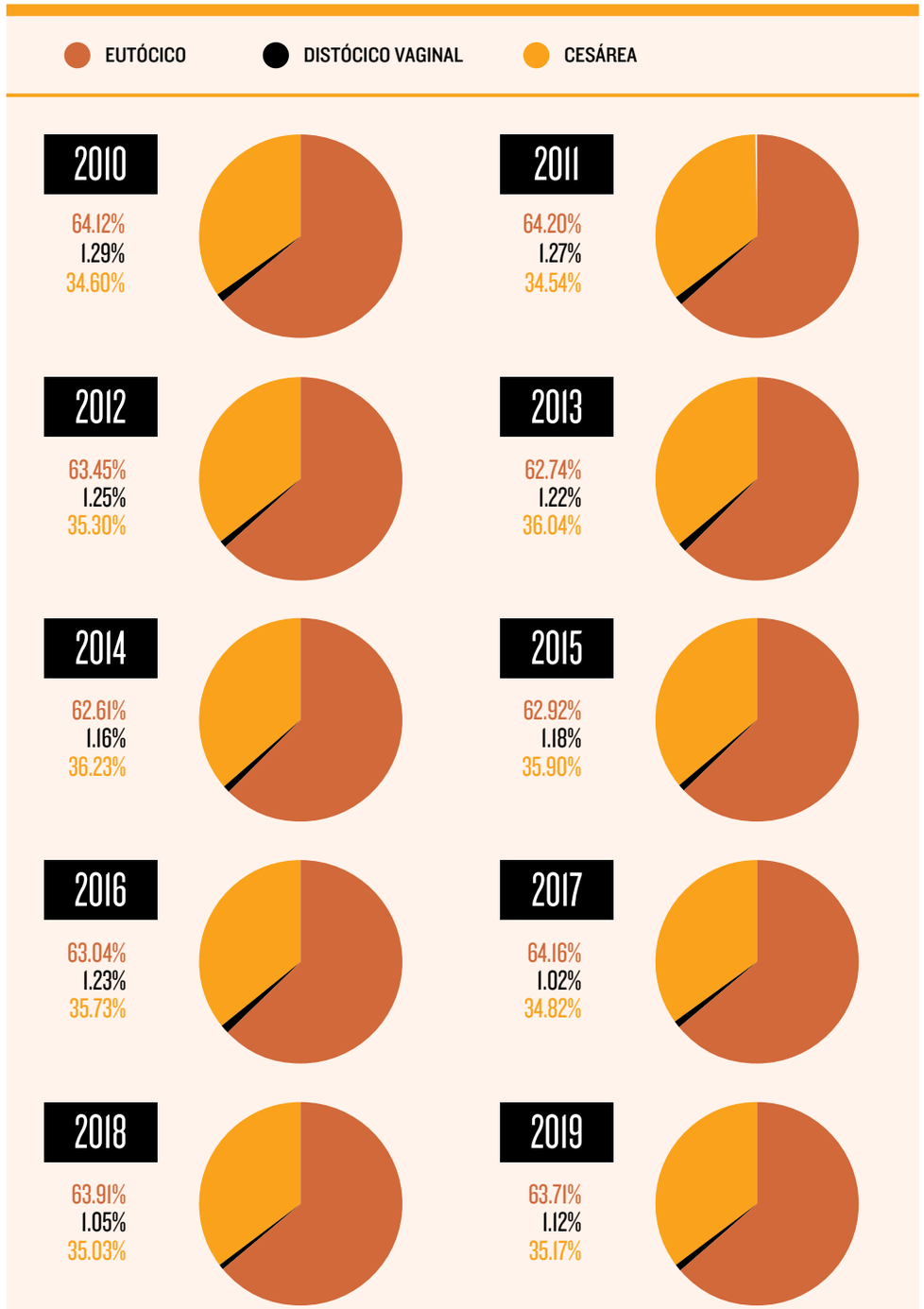
★ Entidades con mayor porcentaje de cesáreas.

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

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

EGRESOS HOSPITALARIOS POR TIPO DE NACIMIENTO

(2010- 2019)



Fuente: Elaboración de GIRE con información de la Dirección General de Información en Salud.[61]

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

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

ANTICONCEPCIÓN Y ESTERILIZACIÓN NO CONSENTIDA

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

El caso de Sonia, acompañado por GIRE, es una muestra de este tipo de prácticas en las que el personal de salud no toma en cuenta factores relevantes para obtener el consentimiento informado, en particular en procedimientos de emergencia obstétrica. Esta práctica afecta principalmente a las mujeres en condiciones de marginalidad, y se presenta en escenarios donde el personal de salud recaba el consentimiento en el que se acepta un método anticonceptivo cuando se encuentran en una situación de gran vulnerabilidad antes, durante o después del parto. En ocasiones, el consentimiento informado es recabado con violencia, a través de intimidaciones, regaños, humillaciones, e incluso se llega a condicionar la atención médica a las mujeres para que lo firmen.

SONIA[62]

JALISCO

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

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

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

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

El caso fue atraído por la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación. El 26 de mayo del 2021, por unanimidad, la Primera Sala de la Corte concluyó que, conforme a los parámetros del derecho nacional e internacional vigentes al momento de los hechos, Sonia fue víctima de una esterilización no consentida como una forma de tortura, y fue víctima también de violencia de género, violencia obstétrica y de tratos crueles, inhumanos y degradantes. La Primera Sala señaló que ni Sonia ni sus familiares dieron su consentimiento previo, libre, pleno e informado para que se le practicara la OTB. Asimismo, determinó que, debido a la naturaleza y consecuencias de la OTB como método anticonceptivo permanente, el personal médico tenía un deber reforzado de recabar el consentimiento informado —con todos sus requisitos— de Sonia. Este deber no sólo se incumplió, sino que la vulneración a sus derechos a la salud, a la integridad personal, a la libertad y autonomía reproductiva, y a la información en el acceso a los servicios de salud reproductiva se agravó por la actitud engañosa, coercitiva e inductiva de las autoridades responsables.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

66 *Ibídem*, párr. 21.

67 *Ibíd*, párr. 38

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

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

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

SITUACIÓN DERIVADA DE LA PANDEMIA POR COVID-19

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

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

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

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

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

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

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

La emergencia sanitaria ha tenido también un impacto diferenciado en algunos grupos poblacionales. Las mujeres indígenas y afromexicanas[74] se han visto afectadas por la pandemia de diversas formas. Primero, en el ámbito económico puesto que muchas viven al día y quienes tienen trabajos remunerados los realizan en el sector informal. Segundo, los servicios de clínicas y hospitales han redirigido su atención a la COVID-19, quitándole prioridad a la salud sexual y reproductiva y generando confusión sobre dónde deben acudir en contextos cuya infraestructura y atención ya era precaria.

Asimismo, el Decreto de Austeridad firmado el 23 de abril de 2020[75] provocó la cancelación del presupuesto para las 35 Casas de la Mujer Indígena y Afromexicana (CAMI), uno de los pocos espacios comunitarios en los que las mujeres indígenas y afromexicanas pueden acudir para proteger sus vidas y derechos. Las CAMI son espacios en donde mujeres pertenecientes a estos grupos poblacionales brindan atención a otras mujeres con pertinencia cultural, perspectiva de género y derechos humanos en las vertientes de derechos de las mujeres, prevención de violencia de género y derechos sexuales y reproductivos. En el contexto actual, en el que la violencia de género va en aumento (como lo han mostrado las cifras del Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública), la cancelación del presupuesto destinado a las CAMI es una muestra de que el Estado incumple con su obligación de garantizar a las mujeres indígenas y afromexicanas una vida libre de violencia y el derecho a la salud, además de atentar contra las instituciones que realizan esta labor.

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

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

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

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

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

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

77 *Ibídem*.

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

C. DISCRIMINACIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD: NOM 005

Las personas con discapacidad también enfrentan mayores obstáculos para acceder a servicios de salud reproductiva. Es frecuente que, por ejemplo, las mujeres con discapacidad intelectual y psicosocial sufran violencia obstétrica; incluso, en muchas ocasiones, son forzadas a interrumpir sus embarazos —por ser consideradas incapaces para ser madres—, obligadas a utilizar algún método de anticoncepción temporal o permanente y sometidas de manera desproporcionada a procedimientos de esterilización forzada.[79] A esta situación se suma la presencia de normas en el marco jurídico nacional como la NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar que refiere el "retraso mental" como una indicación para practicar un método de esterilización conocido como OTB. Afirmar que las discapacidades intelectuales o psicosociales son un "indicador" para la esterilización supone que las mujeres con discapacidad no deben reproducirse, lo cual es claramente contrario a la Constitución y a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Dicha Norma, modificada por última vez en el año 2004, se encuentra pendiente de actualizarse. Es necesario que su actualización adopte una perspectiva interseccional en la que se respeten los derechos de las personas con discapacidad que incluya de manera expresa cuestiones de accesibilidad y autonomía en la toma de decisiones y, por supuesto, elimine la indicación para la realización de OTB en casos de mujeres con discapacidad vigente actualmente.

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

2.2

ACCESO A LA JUSTICIA

ELIZABETH[80]

MORELOS

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

En el hospital le realizaron varios tactos vaginales y, más tarde, le indujeron el parto. La atendió un médico residente, quien le realizó una episiotomía, sin informarle y sin supervisión de la médica titular en turno. Derivado de este procedimiento, Elizabeth tuvo un desgarro cervical de 4º grado que le ocasionó una fístula. El proceso de reparación del desgarre fue realizado por la médica titular, quien ignoró y minimizó el dolor que expresó Elizabeth y no le administró anestesia.

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

Por estos hechos Elizabeth presentó una queja en noviembre de 2016 ante la CNDH y, con el acompañamiento de GIRE, una ampliación de queja en abril de 2018. Resultado de esta investigación, en septiembre de 2019, la CNDH dirigió al Director General del IMSS una propuesta de conciliación que consistió en los siguientes puntos: en colaboración con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV), inscribir a Elizabeth y a su hija en el Registro Nacional de Víctimas; proporcionar atención médica y psicológica, hasta su total recuperación, así como atención pediátrica a su hija hasta que alcance su total recuperación; impartir cursos de capacitación sobre aspectos relativos a los hechos identificados en el caso; emitir una circular a fin de que, en el hospital donde sucedieron los hechos, se adopten medidas que garanticen que los expedientes clínicos se encuentren debidamente integrados y protegidos, e implementar y dar cumplimiento a lo previsto en la Recomendación general 31/2017. Sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud.

Paralelamente, en julio de 2017, GIRE acompañó a Elizabeth en la presentación de una demanda de amparo, en la que solicitó la atención médica especializada y urgente para restablecer las afectaciones a su salud derivadas de la deficiente atención recibida. El juez concedió el amparo a efecto de que se reestablezca en su totalidad su salud e integridad física.

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

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

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

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

LILIANA[81]

QUINTANA ROO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PATRONES IDENTIFICADOS

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

CASOS REGISTRADOS, DOCUMENTADOS Y ACOMPAÑADOS POR GIRE

(ENERO 2010-JULIO 2021)

VIOLENCIA OBSTÉTRICA

	TOTAL DE CASOS
REGISTRADOS	40
DOCUMENTADOS	19
ACOMPAÑADOS	57

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

CASOS ACOMPAÑADOS POR GIRE EN ETAPA DE REPARACIÓN INTEGRAL

(ENERO 2016-JULIO 2021)

VIOLENCIA OBSTÉTRICA

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

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

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

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

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

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

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

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

VÍAS DE ACCESO A LA JUSTICIA

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

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

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

QUEJAS ANTE COMISIONES DE DERECHOS HUMANOS

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

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

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

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

QUEJAS POR VIOLENCIA OBSTÉTRICA ANTE LA CNDH

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

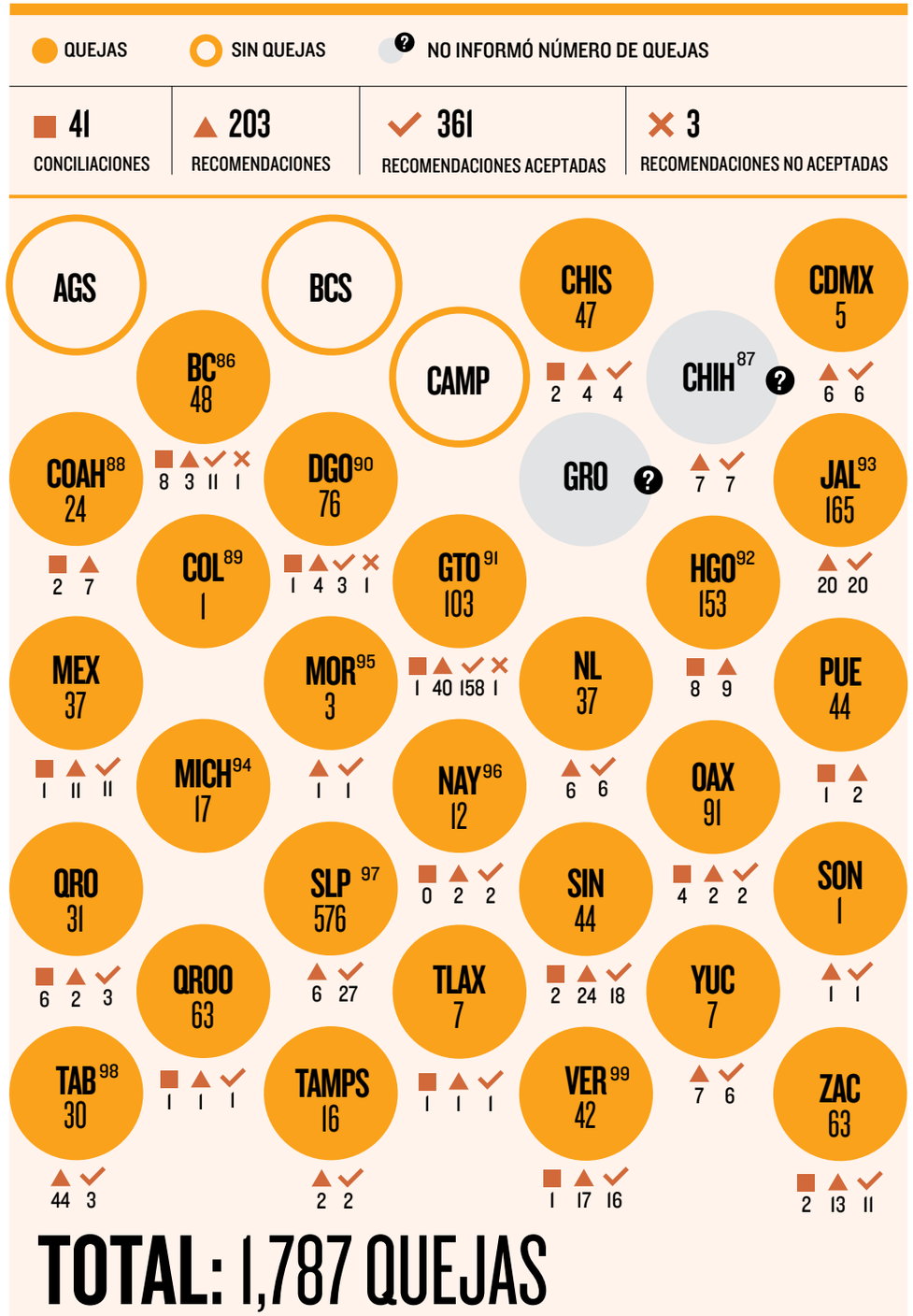
FUENTE: Elaboración de GIRE con base en solicitudes de acceso a la información pública.

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

85 Información de 2015 a 2020.
86 El estado de Chihuahua solicitó consultar su sitio web. De los contenidos en los informes no es posible determinar si se trata de quejas sobre violencia obstétrica. La información sobre el número de recomendaciones fue obtenida directamente por GIRE en el sitio web de la comisión de estado.
87 La autoridad informó en total 23 quejas; sin embargo, al momento de hacer el desglose de las quejas por año suman un total de 24.
88 La autoridad informó una queja por muerte materna. Información de 2014 a 2020.
89 El número de quejas no corresponde necesariamente a violencia obstétrica.
90 El estado de Guanajuato aclaró que de los 40 expedientes de recomendación se emitieron 159 recomendaciones._
91 El número de quejas no corresponde necesariamente a violencia obstétrica.
93 El número de quejas no corresponde necesariamente a violencia obstétrica.
94 El número de quejas no corresponde necesariamente a violencia obstétrica.
95 El número de quejas no corresponde necesariamente a violencia obstétrica.
96 El número de quejas no corresponde necesariamente a violencia obstétrica.
97 El número de quejas no corresponde necesariamente a violencia obstétrica.
98 Información del 2013 al 2020. El estado de Tabasco informó que de las 6 recomendaciones emitidas, 44 puntos recomendatorios fueron aceptados.
99 Información del 2012 al 2020. El estado de Veracruz informó que además de las 16 recomendaciones aceptadas, una más cuenta con aceptación parcial.

QUEJAS POR VIOLENCIA OBSTÉTRICA ANTE COMISIONES LOCALES DE DERECHOS HUMANOS

(ENERO 2010 - ENERO 2020)



TOTAL: 1,787 QUEJAS

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

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

QUEJAS ADMINISTRATIVAS ANTE INSTITUCIONES DE SALUD

El recurso más inmediato que tienen las personas que enfrentan violencia obstétrica es presentar una queja ante la misma institución de salud en la que sucedieron los hechos. Por ello, GIRE ha recomendado[99] a las secretarías de salud tanto federal como locales y al IMSS e ISSSTE fortalecer los sistemas de quejas en los hospitales que atienden partos, para favorecer el acceso a la justicia en casos de violencia obstétrica.

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

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

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

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

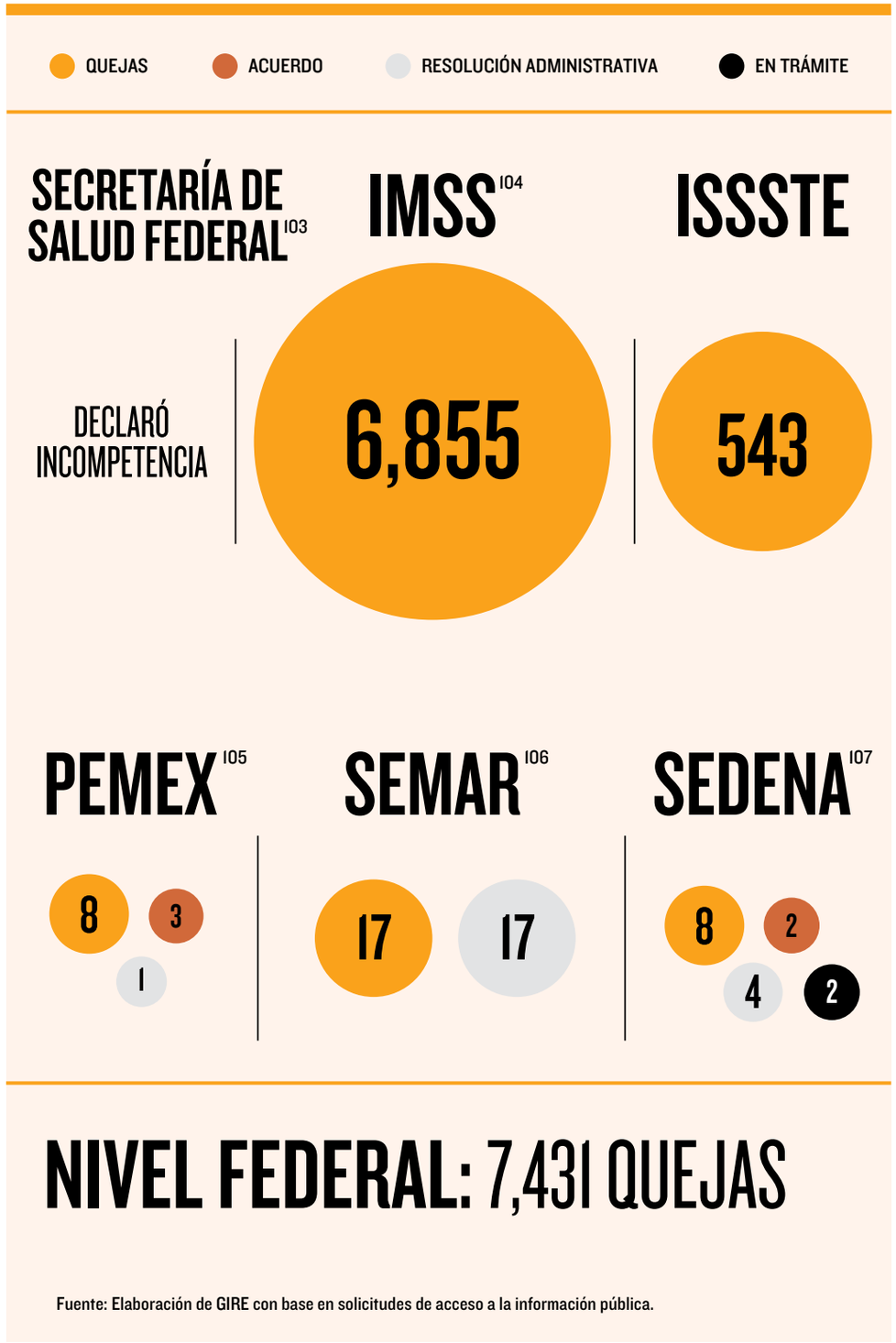
99 GIRE, *Niñas y Mujeres sin justicia. Derechos Reproductivos en México*, 2015, *op.cit*. Y GIRE, *Violencia obstétrica. Un enfoque de derechos humanos, 2015, op.cit*.

Al menos siete entidades federativas[100] informaron que implementaron la plataforma del Sistema Unificado de Gestión,[101] para el registro y seguimiento de quejas de personas usuarias de los servicios de salud algunos a partir del 2012 y otros hasta el 2016. También es importante señalar que las instituciones de salud de Guanajuato, Puebla y Veracruz informaron sobre quejas registradas ante las comisiones de arbitraje médico locales y/o comisión de derechos humanos local. Por su parte, las instituciones de salud de Tamaulipas y Tlaxcala manifestaron incompetencia para responder e informaron que la comisión estatal de arbitraje médico es la instancia competente para dar respuesta.

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

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

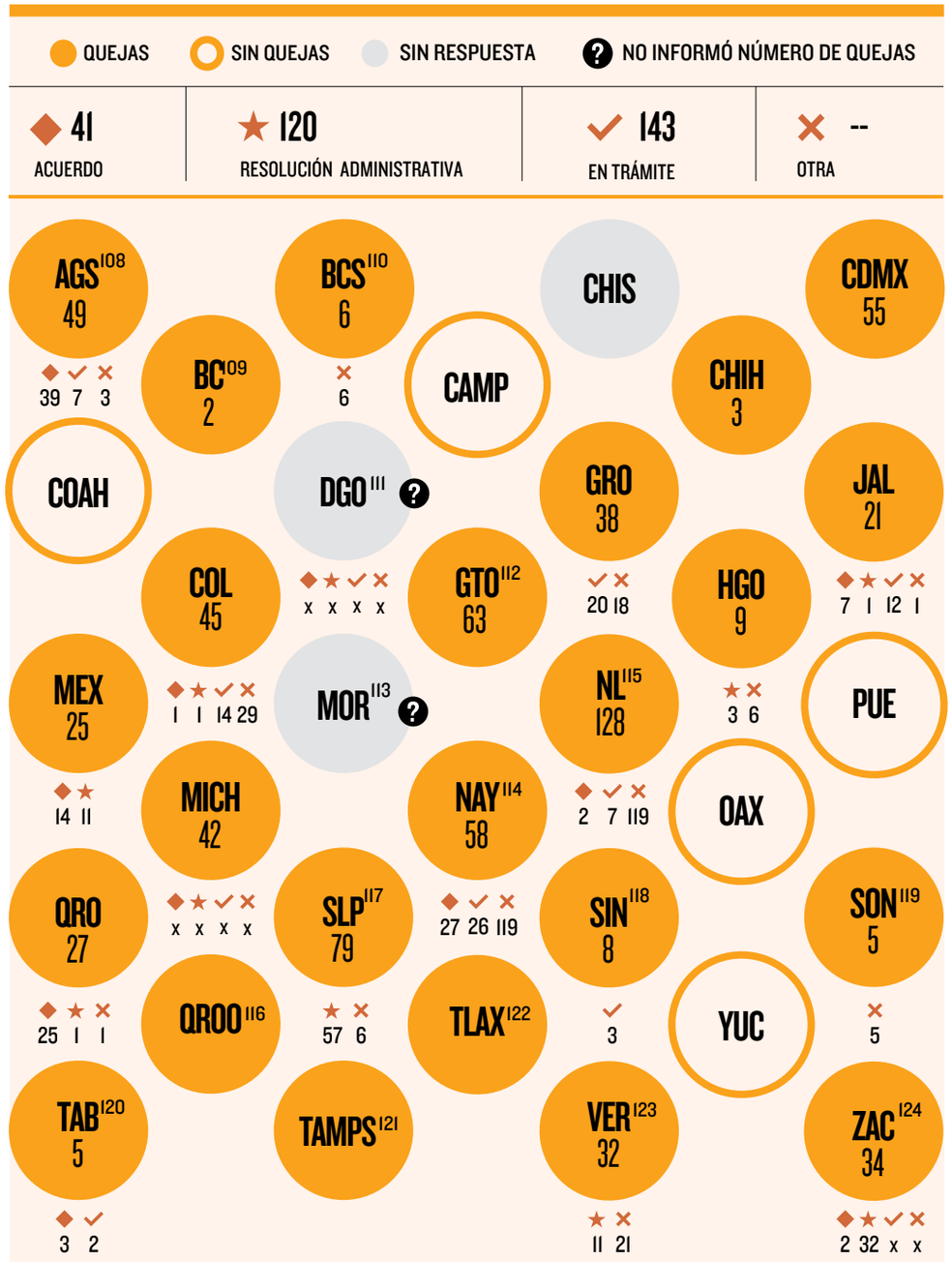
QUEJAS ADMINISTRATIVAS POR VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y FORMAS DE CONCLUSIÓN
(ENERO 2010 - ENERO 2020)



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

QUEJAS ADMINISTRATIVAS POR VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y FORMAS DE CONCLUSIÓN

(ENERO 2010 - ENERO 2020)



NIVEL LOCAL: 729 QUEJAS

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

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

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

AMPARO

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

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

MECANISMO DE ACCESO A LA REPARACIÓN INTEGRAL

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

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

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

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

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

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

125 Sobre la descripción del mecanismo de acceso a la reparación integral se sugiere ver GIRE, *Sin reparación no hay justicia. Obstáculos para la reparación integral por violaciones a derechos humanos en México*.
126 Los nombres han sido cambiados por respeto a su privacidad.

CELIA[127]

CHIAPAS

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

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

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

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

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

127 Celia autorizó a GIRE utilizar su nombre en este informe.
128 CNDH, Recomendación 56/2017, 10 de noviembre de 2017. Disponible en: https://www.cndh.org.mx/documento/recomendacion-562017

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

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

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

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

Desde la entrada en vigor de la LGV (2013) hasta la fecha, no ha sido posible su total implementación: no se ha logrado cumplir con la operación y el efectivo funcionamiento del SNAV[129] y, además, la CEAV ha tenido resultados limitados con relación a la dimensión y cantidad de víctimas que debería atender.[130]

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

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

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

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

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

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

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

Con el argumento de lograr un "ahorro" de más de 68 mil millones de pesos[133] y redestinarlo a otras problemáticas entre las que se encuentra la atención a la COVID-19, el 6 de noviembre de 2020, se concretó la extinción de 109 fideicomisos, entre ellos el Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral al que tenían derecho de acceder todas las víctimas de violaciones a derechos humanos, lo cual provocará que éstas continúen sin recibir los apoyos económicos que por ley deberían tener garantizados.

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

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

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

133 Boletín del Senado de la República "Aprueba Senado, en lo general, extinción de 109 fideicomisos", 21 de octubre de 2020. Disponible en: http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php/informacion/boletines/49479-aprueba-senado-en-lo-general-extincion-de-109-fideicomisos.html
DOF 6/11/2020. Decreto por el que se reforman y derogan diversas disposiciones de la Ley para la Protección de Personas Defensoras de Derechos Humanos y Periodistas; de la Ley de Cooperación Internacional para el Desarrollo; de la Ley de Hidrocarburos; de la Ley de la Industria Eléctrica; de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria; de la Ley General de Protección Civil; de la Ley Orgánica de la Financiera Nacional de Desarrollo Agropecuario, Rural, Forestal y Pesquero; de la Ley de Ciencia y Tecnología; de la Ley Aduanera; de la Ley Reglamentaria del Servicio Ferroviario; de la Ley General de Cultura Física y Deporte; de la Ley Federal de Cinematografía; de la Ley Federal de Derechos; de la Ley del Fondo Mexicano del Petróleo para la Estabilización y el Desarrollo; de la Ley de Bioseguridad de Organismos Genéticamente Modificados; de la Ley General de Cambio Climático; de la Ley General de Víctimas y se abroga la Ley que crea el Fideicomiso que administrará el Fondo de Apoyo Social para Ex Trabajadores Migratorios Mexicanos.

2.3

ACCESO A LA INFORMACIÓN

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

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

AVANCES

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

De suma importancia fue que, en 2016, la ENDIREH integrara por primera vez preguntas destinadas a evaluar aspectos de la experiencia de las mujeres durante su último parto. La encuesta permite una aproximación a un diagnóstico más completo sobre la magnitud y variables asociadas con la violencia obstétrica en el país, así como un reconocimiento por parte del Estado de la existencia e importancia de utilizar el término como tal. En general, los datos reflejados por la encuesta son indicativos de que estamos frente a un problema de violación estructural a los derechos humanos en el espacio de los servicios de salud, y no de una situación excepcional o esporádica.[136]

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

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

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

134 Sobre el caso de Irma véase GIRE, *Violencia obstétrica. Un enfoque de Derechos Humanos,* 2015, *op. cit*, p. 91.
135 CEAV, *Diagnóstico sobre victimización a causa de violencia obstétrica en México*, agosto 2017, p. 137. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/194701/Diagno_stico_VO_port.pdf
136 Castro, Roberto, Erviti, Joaquina, *25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México, op. cit*, pp. 37-42.

BARRERAS

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

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

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

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

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

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

2.4

BALANCE

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

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

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

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

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

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

Aunque en diversos casos se ha logrado acceder a la justicia y a medidas de reparación a través de las comisiones de derechos humanos, lo cierto es que el proceso es largo y a pesar de que se emita una recomendación que reconozca la responsabilidad de las autoridades en la violación a derechos humanos y se señalen medidas de reparación integral, es notable la dificultad para lograr su ejecución, sobre todo de las medidas de no repetición, fundamentales para transformar el contexto que dio pie a los actos de violencia obstétrica.

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

3

MUERTE MATERNA

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

La medida utilizada para evaluar la existencia y gravedad de las barreras para el acceso a los servicios de salud materna, a nivel nacional e internacional, es la Razón de Mortalidad Materna (RMM), que expresa el número de mujeres[1] que mueren durante el embarazo, parto o puerperio por cada cien mil nacidos vivos en un año.

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

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

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

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

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

Aunque ha sido notable el avance en la elaboración de políticas públicas e intervenciones basadas en evidencia científica,[5] el acercamiento al tema desde un enfoque de derechos humanos[6] es posterior. El entendimiento del problema de la mortalidad materna no sólo desde una perspectiva de salud pública sino también de derechos humanos y de justicia social es relativamente reciente.[7]

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

3 *Ibidem*, p. 41.
4 *Ibíd*, p. 42.
5 Loggia, Silvia María, Sesia, Paola y Schiavon, Raffaela, "Guía técnica de derechos humanos para la prevención de la morbimortalidad materna: su importancia como herramienta de incidencia política", en *25 años de buenas prácticas para disminuir la mortalidad materna en México. Experiencias de organizaciones de la sociedad civil y la academia*, Graciela Freyermuth (coord.), 2015, p. 260.
6 El acercamiento de una situación determinada desde un enfoque o perspectiva de derechos humanos implica analizarla desde un conjunto de condiciones: las obligaciones generales a cargo del Estado (respetar, proteger, garantizar y promover), principios (universalidad, interdependencia e indivisibilidad), principios de aplicación (contenido esencial, progresividad, prohibición de regresión, máximo uso de recursos disponibles) y elementos institucionales (disponibilidad, accesibilidad, calidad, aceptabilidad). Vázquez, Daniel, *Guía de estudio, El Enfoque de Derechos Humanos*, Flacso, México, 2018, p. 27.
7 Al respecto, cabe destacar la publicación de las "Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad" por parte de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH) en el año 2012.
8 Bautista, Edgar Rodolfo y López Arellano, Oliva, "Muerte materna en mujeres indígenas de México y racismo de Estado. Dispositivos biopolíticos de salud", en *Salud Problema*, segunda época, año 11, enero-junio 2017, p.50.

3.1

SITUACIÓN EN MÉXICO

A. ESTÁNDARES CONSTITUCIONALES

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

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

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

ALYNE DA SILVA PIMENTEL V. BRASIL[9]

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

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

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

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

Un tribunal brasileño dictó una pensión y una indemnización por daño moral para la hija de Alyne. Sin embargo, no estableció que el Estado fuera responsable de su muerte, por tratarse de una clínica privada. Así, su caso fue llevado al Comité CEDAW por su madre, representada por el Centro de Derechos Reproductivos y Advocacy, Abogacía Ciudadana para los Derechos Humanos, alegando una violación del Estado brasileño al derecho a la vida y a la salud protegidos por la CEDAW.

En 2011, el Comité CEDAW publicó su decisión sobre el caso, en la que señaló la responsabilidad del Estado brasileño reconociendo que la muerte de Alyne era una muerte materna; que el Estado tenía la obligación de monitorear y regular la prestación de servicios de salud, incluyendo los privados; que debía garantizar acceso oportuno a servicios de salud materna sin discriminación; y que es su deber proveer mecanismos efectivos de acceso a la justicia y a la reparación integral.[10]

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

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

COMUNIDAD INDÍGENA XÁKMOK KÁSEK V. PARAGUAY

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

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

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

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

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

11 Schettini, Andrea, "Por un Nuevo Paradigma de Protección de los Derechos de los Pueblos Indígenas: Un Análisis Crítico de los Parámetros Establecidos por la Corte Interamericana de Derechos Humanos", en *Revista Sur*, 2012, p. 69. Disponible en: https://sur.conectas.org/wp-content/uploads/2017/11/sur17-esp-andrea-schettini.pdf
12 Corte IDH, Caso Comunidad Indígena Xákmok Kásek vs. Paraguay. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de agosto de 2010. Serie C, No. 214, párrafo 231. Disponible en: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_214_esp.pdf
13 *Ibidem*, párrafos 137 y 144.
14 *Ibíd*, párrafo 232.
15 *Ibíd*, párrafos 233 y 234.
16 *Ibíd*, párrafo 187.
17 *Ibíd*, párrafo 234

CONFERENCIA DE NAIROBI

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

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

18 ONU, *Declaración de Nairobi sobre la CIPD25: Adelantando la promesa*. Disponible en: https://www.nairobisummiticpd.org/sites/default/files/files/Nairobi%20Summit%20SPANISH.pdf
19 UNFPA, Boletín de prensa, "Cumbre de Nairobi para Avanzar la Implementación del Programa de Acción de la CIPD", 18 de enero de 2019. Disponible en: https://www.unfpa.org/es/press/cumbre-de-nairobi-para-avanzar-la-implementaci%C3%B3n-del-programa-de-acci%C3%B3n-de-la-conferencia
20 *Ibídem*.

B. MARCO NORMATIVO Y DE POLÍTICA PÚBLICA

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

LEY GENERAL DE SALUD

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

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

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

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

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

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

Entre otras cosas, esta Norma establece:

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

NOM-004-SSA3-2012. DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

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

Algunas de sus disposiciones más relevantes son:

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

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

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

Desafortunadamente, GIRE ha observado que la falta de acatamiento de esta Norma es una constante en los casos que ha registrado, documentado y acompañado. Algunos ejemplos son la contradicción de notas entre el personal de salud, la omisión de información a la usuaria y su familia sobre su estado de salud y confusiones de expedientes.[22]

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

CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

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

Funcionalmente, el sistema de salud[25] en México se divide en tres niveles de atención:

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

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

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

POSADAS Y TRANSPORTE DE ASISTENCIA A LA MUJER EMBARAZADA

Los servicios de salud en México han permanecido concentrados en mayor medida en las capitales de las entidades federativas y en zonas urbanas. GIRE ha acompañado y documentado casos, y elaborado investigaciones[28] mediante las cuales se ha expuesto que, a menudo, quienes viven lejos de los centros urbanos deben hacer largos trayectos para recibir atención médica, circunstancia que sin duda contribuye a poner en riesgo su salud. En respuesta a esta situación, se han establecido algunas intervenciones de política pública, tales como la Red de Posadas y el Transporte AME.

25 Véase en este informe el capítulo Violencia Obstétrica para un análisis del Sistema de Salud desde la perspectiva del acceso a los servicios de acuerdo a la derechohabiencia.
26 Soto Estrada, Guadalupe, *et al.*, "Rasgos generales del sistema de salud en México" en González Guzmán, Rafael, *et al.* (coord.), *La salud pública y el trabajo en comunidad*, 2011, p.161.
27 Más información acerca de los tres niveles de atención a la salud puede consultarse en: GIRE, *Atención a la salud reproductiva*, 2020. Disponible en: https://saludreproductiva.gire.org.mx/
28 GIRE, *Salud materna en Yucatán. El caso Valladolid, 2021.* Disponible en: https://casovalladolid.gire.org.mx/

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

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

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

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

29 Posadas Amiga de la mujer embarazada, Gobierno de México, 2015. Disponible en: https://www.gob.mx/salud/prensa/posadas-amiga-de-la-mujer-embarazada
30 GIRE, *Salud materna en Yucatán. El caso Valladolid, op. cit*, 2021.
31 Sistema Infomex, folio 0001200053520.

C. ESTADÍSTICAS PÚBLICAS

RAZÓN DE MUERTE MATERNA

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

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

Aunque sería prematuro ofrecer una explicación acerca de este aumento, es posible que a los problemas derivados de las fallas estructurales del SNS se hayan sumado efectos relacionados a la pandemia por COVID-19, entre ellas, las dificultades de acceso a cuidados prenatales y atención del parto debido a la reconversión de centros de salud para la atención de COVID-19.[32] Además, se ha indicado el riesgo mayor de las mujeres embarazadas para desarrollar formas graves de la enfermedad que hacen necesario su ingreso a unidades de cuidados intensivos.[33]

RAZÓN DE MUERTE MATERNA NACIONAL 2010-2020

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

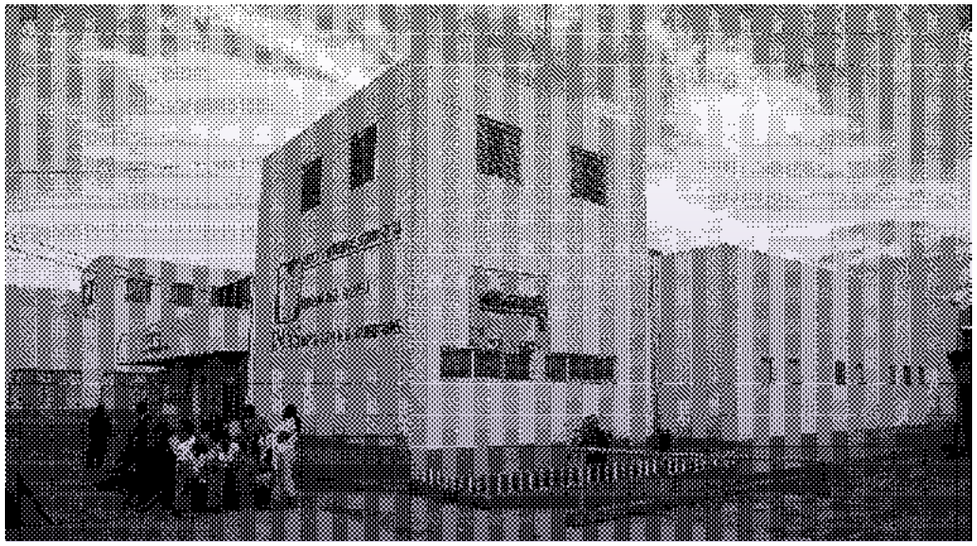
Fuente: Elaboración del Observatorio Género y COVID-19 en México con dato de los Informes Semanales para la Vigilancia Epidemiológica de Muertes Maternas.[34] La información del año 2010 corresponde a datos del Observatorio de Mortalidad Materna.[35]

32 Vega, Margarita, *Muerte materna aumenta 46% por pandemia, mientras caen a la mitad las consultas prenatales* en Animal Político, 19 de octubre de 2020. Disponible en: https://mujeres-covid-mexico.animalpolitico.com/muerte-materna-aumenta-covid
33 ONU México, "Urge intensificar servicios de atención prenatal en los países de la región". Boletín de prensa, 24 de agosto de 2020. Disponible en: https://coronavirus.onu.org.mx/urge-intensificar-servicios-de-atencion-prenatal-en-los-paises-de-la-region
34 Es importante considerar que los Informes Semanales para la Vigilancia Epidemiológica de la Secretaría de Salud tienden a sub-reportar la mortalidad materna debido a que no toman en cuenta a las mujeres que fallecen por complicaciones posteriores al parto. Esta información se ajusta por el INEGI aproximadamente un año después de su ocurrencia.
35 Observatorio de Mortalidad Materna. Mortalidad Materna en México, Numeralia 2010. Disponible en: https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2020/04/Numeralia-2010.pdf. Es importante mencionar que los datos que integran la Numeralia son validados por el INEGI, es decir, se trata de datos oficiales.

Por otro lado, existen modelos teóricos por medio de los cuales es posible identificar la situación que a nivel mundial guarda la muerte materna en cada país. El modelo de transición obstétrica contempla cinco etapas[36] en las que se consideran un conjunto de factores, entre ellos, la RMM.

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

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



36 En las cuales, la primera etapa representa una RMM mayor a mil muertes maternas; la segunda, una RMM entre 999 a 300; la tercera de 299 a 50; la cuarta, una RMM menor a 50; y la quinta, una RMM menor a 5.38, muerte materna.
37 Bautista, Edgar Rodolfo y López Arellano, Oliva, "Muerte materna en mujeres indígenas de México y racismo de Estado. Dispositivos biopolíticos de salud", *op. cit*, pp.37 y 38.
38 *Ibídem*, p. 38.

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

ENTIDADES CON MÁS ALTA RAZÓN DE MUERTE MATERNA

2010 - 2018

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

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

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

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

RAZÓN DE MUERTE MATERNA Y COVID-19

ABRIL 2020 - ABRIL 2021

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

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

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

De los datos anteriores destaca la COVID-19 como la primera causa de defunción señalada por los Informes Semanales de Muerte Materna, así como el mes de enero de 2021 como aquél con una mayor RMM. Debe señalarse que en mayo de 2021 se definió a las mujeres embarazadas como grupo prioritario para el Plan Nacional de Vacunación debido al alto riesgo de complicaciones, hospitalizaciones y muerte a causa del virus. De esta manera, se determinó que toda mujer embarazada (mayor de 18 años y con más de 9 semanas de gestación) podrá recibir la vacuna a partir de dicho mes.[44] Una de las consideraciones de salud pública debido a las cuales se definió a las mujeres embarazadas como grupo prioritario en la estrategia de vacunación consiste en el notable incremento en la RMM durante la pandemia, aumento que se traduce en una regresión de cerca de una década respecto a la tendencia precedente:[45] mientras que la RMM calculada hasta la semana epidemiológica 16 de 2021 es de 50.8,[46] la RMM registrada para el año 2010 es de 51.5. Por otro lado, la RMM en la semana epidemiológica 16 de 2021 representa un aumento de 72 por ciento respecto a la misma semana del año 2020.[47]

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

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

44 Secretaría de Salud, Vacuna COVID-19 y embarazo, Disponible en: http://vacunacovid.gob.mx/wordpress/vacuna- covid-19-y-embarazo/
45 Lineamiento para la prevención y mitigación de COVID-19 en la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida, versión 3, mayo 2021. Disponible en: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2021/05/Lineamiento SMP_COVID19Actualizacion_110521.pdf, pp. 19 y 20.
46 *Ibidem*, pág. 2
47 *Ibíd.*
48 *Ibíd*, pág. 6 y 7.
49 *Ibíd.*
50 *Ibíd*, pág. 19
51 *Ibíd.*

AVANCES

A. ATENCIÓN UNIVERSAL DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

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

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

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

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

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

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

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

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

En abril de 2020, la Secretaría de Salud federal, a través del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, publicó el Lineamiento para la prevención y mitigación de COVID-19 en la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida[54] documento que ha sido actualizado en un par de ocasiones.[55] En el Lineamiento se estableció la clasificación de los servicios de salud sexual y reproductiva, particularmente la atención durante el embarazo, parto y puerperio, como servicios esenciales que deben mantenerse en apego a las medidas de prevención y mitigación de la transmisión de COVID-19.

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

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

54 Lineamiento para la prevención y mitigación de COVID-19 en la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida, 10 abril de 2020. Disponible en: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Lineamientos_Prevencion_COVID19_Embarazos.pdf

55 Lineamiento para la prevención y mitigación de COVID-19 en la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida, versión 2, 20 de julio 2020. Disponible en: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/07/Lineamientos_Prevencion_COVID19_Embarazos_V2.pdf Y Lineamiento para la prevención y mitigación de COVID-19 en la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida, versión 3, *op. cit*.

Debe señalarse, sin embargo, que se ha reportado una disminución en la demanda de estos servicios de salud durante el último año. De acuerdo con datos del Sistema de Información de la Secretaría de Salud, el número de consultas prenatales se redujo 44 por ciento en el primer trimestre de 2020 en comparación con 2019.[56] Se ha explicado que, por un lado, las dificultades de las mujeres para acceder a atención médica tanto para cuidados prenatales como para la atención del parto han aumentado en la medida en la que los servicios se han volcado en la atención de la pandemia (en todo el país, cerca de 900 centros de salud fueron reconvertidos para ello),[57] pero además se ha reportado que el temor al contagio y las restricciones a la movilidad también han contribuido a esta disminución.[58]

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

C. ACTUALIZACIÓN NOM 007. PARA LA ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, Y DEL RECIÉN NACIDO[59]

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

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

57 *Ibidem*.

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

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

BARRERAS

A. PROBLEMAS ESTRUCTURALES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

SATURACIÓN DEL SEGUNDO Y TERCER NIVELES DE ATENCIÓN

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

La falta de recursos humanos, técnicos y materiales en el Sistema de Salud fue reconocida en 2017 por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) como un obstáculo estructural para la atención médica de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. La sobrecarga del personal de salud, además de comprometer sus derechos laborales, tiene un impacto en la calidad y la oportunidad de la atención a las usuarias.[60]

Lo anterior está estrechamente relacionado a los problemas de organización de los niveles de atención de la salud: en la medida en la que el primer nivel ha permanecido insuficientemente desarrollado, el segundo y tercer niveles han debido asumir una carga de servicios desproporcionada. Estos últimos suelen recibir casos sin referencia adecuada y otros que pueden ser detectados y atendidos en el primer nivel. Esta situación aumenta la carga laboral del personal de salud, impacta en los tiempos de atención brindados[61] e impide proveer servicios de calidad.

La inadecuada gestión de la demanda de servicios de atención reproductiva se traduce en que 96 por ciento de los partos en México sean atendidos en hospitales del segundo nivel, lo cual propicia la generación de situaciones como la excesiva medicalización del parto, el uso rutinario de prácticas no basadas en evidencia[62] y muertes maternas que podrían evitarse con una organización eficaz de los servicios de salud.

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

60 CNDH, Recomendación General No. 31/2017 sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud, párrafos 216 y 218.
61 Valdés Santiago, Rosario (coord.), *El abuso hacia las mujeres en salas de maternidad. Nueva evidencia sobre un viejo problema. Resumen ejecutivo*, INSP, 2013, p. 21.
62 UNFPA, *Partería en México*, 2017, p. 4. Disponible en: https://mexico.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Parteria_en_Mexico.pdf
63 Bautista, Edgar Rodolfo y López Arellano, Oliva, "Muerte materna en mujeres indígenas de México y racismo de Estado. Dispositivos biopolíticos de salud", *op.cit*, p. 46.

BARRERAS A LA PARTERÍA

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

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

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

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

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

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

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

B. DISCRIMINACIÓN A MUJERES INDÍGENAS

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

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

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

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

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

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

68 *Ibíd*, p. 169.

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

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

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

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

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

La exclusión de las personas y pueblos indígenas de los programas y políticas de salud les ha dejado en una condición de desigualdad en el acceso a derechos básicos, entre ellos, la salud reproductiva. De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Discriminación (ENADIS) 2017, 72 por ciento de la población hablante de una lengua indígena de seis años o más recurrió principalmente al Seguro Popular —programa que fue eliminado en el año 2019.[76] En su lugar, la actual administración federal impulsó una reforma a la Ley General de Salud para reemplazarlo por el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), organismo dependiente de la Secretaría de Salud federal que, desde enero de 2020, presta los servicios de atención médica a la población general no atendida por alguna institución de seguridad social, bajo la promesa de proveer todo tipo de atención médica y de medicamentos requeridos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.2

ACCESO A LA JUSTICIA

ANITA[81]

PUEBLA

Anita vivía a orillas de la carretera, a 20 minutos del centro de Huehuetla, Puebla. Estudiaba el bachillerato y trabajaba en una papelería que pertenece a sus padrinos. Su padre murió cinco meses antes de los hechos y, en la actualidad, son sus hermanos quienes mantienen la casa económicamente. A los 16 años, Anita se embarazó. Cerca de las 37 semanas de gestación empezó a sentir contracciones y acudió, acompañada de Rosa, su madre, al Hospital Comunitario de Huehuetla.

Cuando llegó al hospital la médica que la atendió le dijo que aún faltaba mucho para que pariera y que regresara en la tarde para una segunda revisión. Anita y su mamá se fueron a su casa y en la tarde volvieron al hospital, donde la doctora volvió a decirle que faltaba mucho y que se saliera a caminar. Anita ingresó al hospital hacia las 10 de la noche. La doctora la revisó y le dijo que todo estaba bien. Sin embargo, una hora más tarde, Anita mandó llamar a su mamá y le dijo que se sentía muy mal y que prefería que la trasladaran al Hospital de Ixtepec para que le realizarán una cesárea, como le habían indicado durante su control prenatal, debido a su corta edad. Su mamá habló con la doctora para solicitar el traslado, pero ésta respondió, molesta, que Anita no era médica y que no podía decidir; que el parto sería vaginal.

Hacia las 4 de la mañana, la ingresaron a la sala de expulsión, y una hora después, la médica llamó a Rosa para que entrara a verla. Anita estaba inconsciente y había mucha sangre en el piso, en la ropa de la doctora y de la enfermera. Rosa limpió a Anita y le pidió a la doctora que ya no la lastimaran. La doctora y la enfermera empezaron a hacerse señas y le dijeron que se saliera. Nadie dio información a la familia sobre el estado de salud de Anita sino hasta las 8 de la mañana, cuando la médica salió a informarles que había fallecido, que no habían extraído al producto porque se dieron cuenta de que Anita "no lo quería" y que ella "no había puesto voluntad" para que el parto evolucionara de manera satisfactoria. Rosa no firmó los documentos del hospital por la entrega del cuerpo porque era necesario averiguar lo que había ocurrido. Personal de la Jurisdicción Sanitaria de Zacatlán se presentó con Rosa y su familia y les aseguraron que el personal médico había realizado su labor correctamente. Más tarde también se presentó personal de la Fiscalía General del Estado de Puebla solicitando que la familia autorizara el traslado del cuerpo a Zacatlán. La familia enterró a Anita y a su bebé el 6 de agosto de 2018. GIRE conoció el caso a través del padrino de Anita y acompaña a la familia en su búsqueda de justicia.

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

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

PATRONES IDENTIFICADOS

Los siguientes casos de muerte materna han sido registrados, documentados y acompañados por GIRE entre enero de 2010 y julio de 2021.[82]

CASOS REGISTRADOS, DOCUMENTADOS Y ACOMPAÑADOS POR GIRE

(ENERO 2010-JULIO 2021)

MUERTE MATERNA

	TOTAL DE CASOS
REGISTRADOS	5
DOCUMENTADOS	3
ACOMPAÑADOS	19

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

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

CASOS ACOMPAÑADOS POR GIRE QUE ESTÁN EN ETAPA DE REPARACIÓN INTEGRAL

(ENERO 2016-JULIO 2021)

MUERTE MATERNA

CASOS		ENTIDAD	AUTORIDAD	ESTATUS
11	Muerte materna	Oaxaca	IMSS	En proceso
		Oaxaca	IMSS	En proceso
		Chihuahua	Secretaría de Salud de Chihuahua	En proceso
		Ciudad de México	IMSS	En proceso
		Oaxaca	Secretaría de Salud de Oaxaca	En proceso
		Yucatán	Secretaría de Salud de Yucatán	En proceso
		Hidalgo	Secretaría de Salud de Hidalgo	En proceso
		Hidalgo	Secretaría de Salud de Hidalgo	En proceso
		Oaxaca	Secretaría de Salud de Oaxaca	En proceso
		Chiapas	Secretaría de Salud del Chiapas	En etapa de cumplimiento
1	Violencia obstétrica, muerte materna y muerte neonatal	Durango	IMSS	En proceso
TOTAL: 12				

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

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

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

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

VÍAS DE ACCESO A LA JUSTICIA

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

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

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

QUEJAS ANTE COMISIONES DE DERECHOS HUMANOS

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

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

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

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

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

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

Citas de la siguiente página

84 El número de quejas corresponde a casos de negligencia médica, pero no necesariamente de muerte materna.

85 El número de quejas y recomendaciones se refiere a casos de obstaculización, negativa o restricción del derecho a la atención médica durante el embarazo, parto, puerperio y después de un aborto, por lo que los totales no corresponden necesariamente a casos de muerte materna.

86 El número de quejas corresponde a violencia obstétrica o negligencia médica, pero no se tiene certeza si estas incluyen casos de muerte materna.

87 El documento menciona quejas 55 y diez recomendaciones por negligencia médica y violaciones al derecho a la vida, sin embargo, por lo cual no se tiene certeza de que correspondan necesariamente a casos de muerte materna.

88 El número de quejas corresponde a diversas violaciones relacionadas a la mala atención médica, por lo que no se tiene certeza de que correspondan a casos de muerte materna.

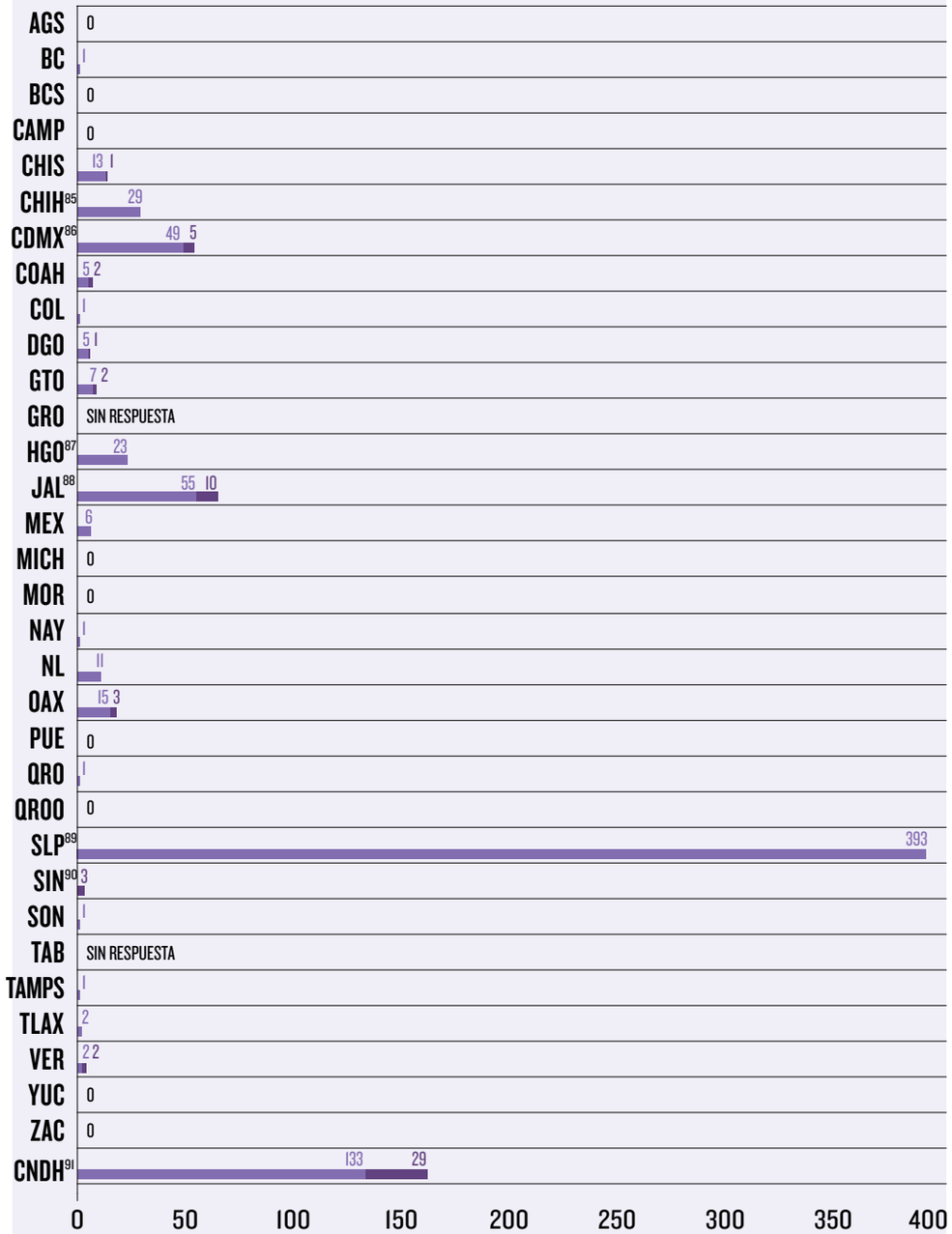
89 Respecto al número quejas, la autoridad remitió a la consulta de sus informes anuales, en los que no se especifica cuáles fueron por muerte materna.

90 En el número de quejas y de recomendaciones pueden estar incluidos casos de muerte neonatal debido a los filtros de búsqueda empleados por el organismo.

QUEJAS POR MUERTE MATERNA ANTE COMISIONES DE DERECHOS HUMANOS

ENERO 2010 - ENERO 2020

754 QUEJAS | **59 RECOMENDACIONES**



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

QUEJAS ADMINISTRATIVAS ANTE INSTITUCIONES DE SALUD

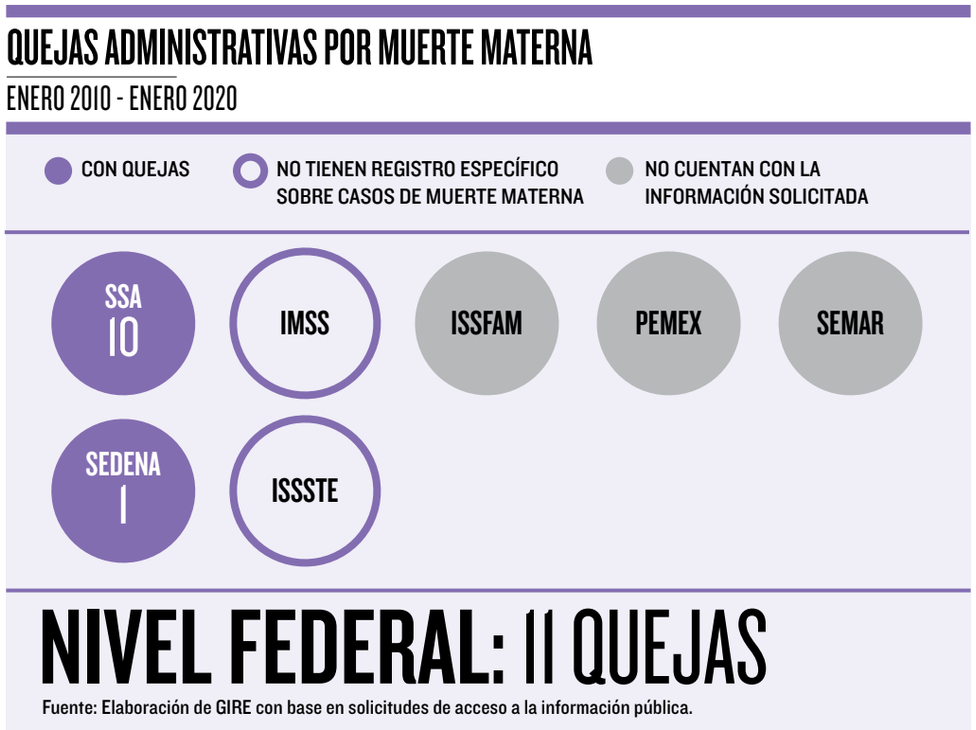
Por otro lado, entre los medios administrativos existe la opción de presentar una queja en la institución pública de salud en la que acontecieron las violaciones a derechos humanos. Las unidades de atención al derechohabiente son áreas que se encuentran en todas las instituciones públicas de salud y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

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

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

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

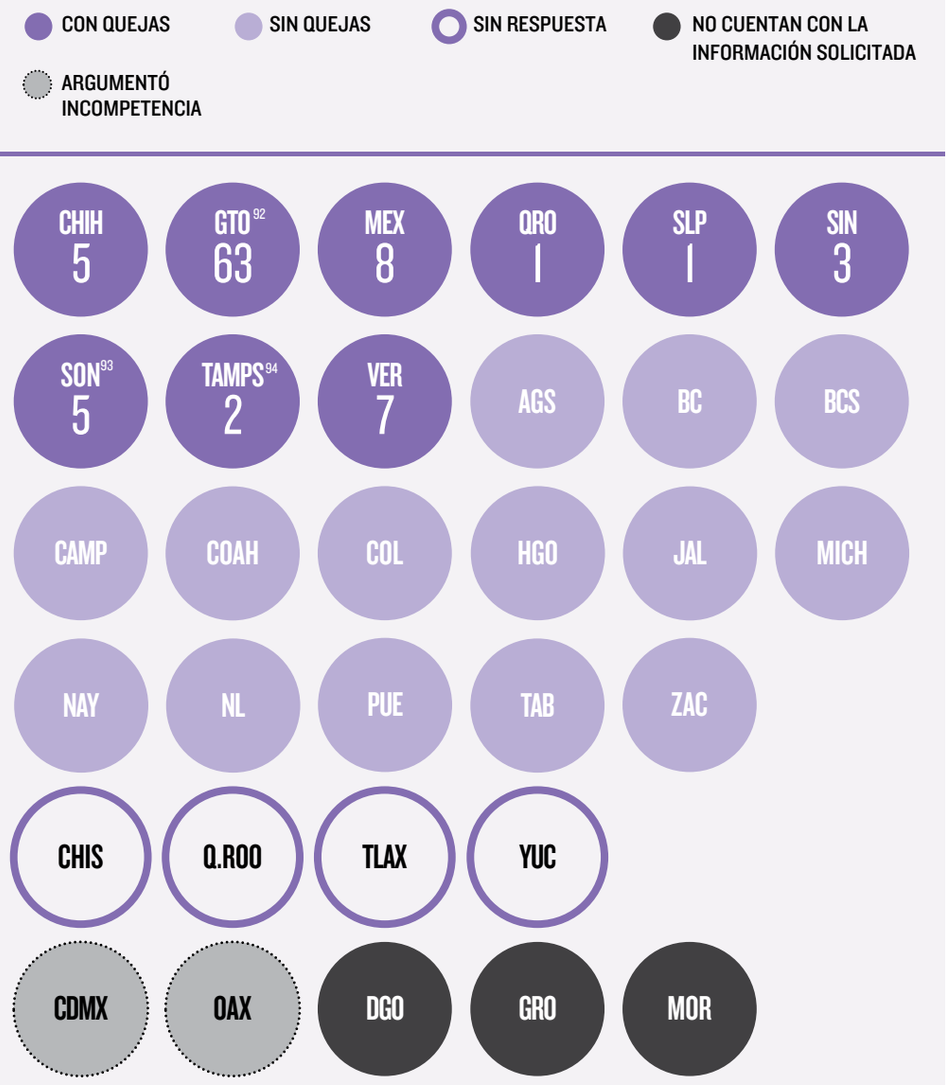
Por medio de solicitudes de acceso a la información, GIRE solicitó a las instituciones de salud federales y locales el número de quejas administrativas registradas del 1 de enero de 2010 al 1 de enero de 2020 por casos de muerte materna.



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

QUEJAS ADMINISTRATIVAS POR MUERTE MATERNA

ENERO 2010 - ENERO 2020



NIVEL LOCAL: 87 QUEJAS

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

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

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

ACCESO A LA REPARACIÓN INTEGRAL

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

SUSANA[94]

CHIAPAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.3

ACCESO A LA INFORMACIÓN

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

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

> Artículo 18. Los sujetos obligados deberán documentar todo acto que derive del ejercicio de sus facultades, competencias o funciones.
>
> Artículo 19. Se presume que la información debe existir si se refiere a las facultades, competencias y funciones que los ordenamientos jurídicos aplicables otorgan a los sujetos obligados.
>
> En los casos en que ciertas facultades, competencias o funciones no se hayan ejercido, se debe motivar la respuesta en función de las causas que motiven la inexistencia.

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

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

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

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

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

AVANCES

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

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

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

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

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

B. OBSERVATORIO DE MORTALIDAD MATERNA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

BARRERAS

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

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

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

Por último, con respecto al ejercicio del derecho a la información, se deben señalar con preocupación el recorte presupuestal que sufrió el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI) para el año 2021.[103]

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

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

3.4

BALANCE

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

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

Sin embargo, a pesar de que los esfuerzos y estrategias orientados a la disminución de las muertes maternas, requieren una constante y suficiente provisión presupuestal, resulta preocupante que, de acuerdo con el Presupuesto de Egresos de la Federación 2021, el rubro de salud materna, sexual y reproductiva haya sufrido una disminución de alrededor de 400 millones de pesos, sobre todo considerando el actual contexto de emergencia sanitaria y económica derivado de la pandemia por COVID-19.[105]

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

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

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

4

VIDA LABORAL Y REPRODUCTIVA

La conciliación entre la vida laboral y la reproductiva se refiere a la búsqueda de una relación armoniosa entre dos ámbitos —el laboral y el personal o familiar—, que suelen encontrarse fragmentados, generando situaciones de desigualdad, particularmente de género, explotación laboral, opresión y violaciones a derechos humanos.[1] Las políticas públicas y la legislación en México han tendido a enfocarse de manera separada en estos ámbitos como si no fuesen interdependientes, cuando en la realidad convergen, se influyen e impactan mutuamente.

Lo anterior ha afectado de manera desproporcionada a las mujeres, quienes, por los roles de género impuestos socialmente, se han enfrentado a la carga de cubrir las responsabilidades relacionadas con la vida reproductiva y familiar, en particular en relación con los trabajos de cuidado,[2] así como con otras labores domésticas no remuneradas. Al mismo tiempo, cumplen con las exigencias de la vida laboral, lo que genera dobles o triples jornadas, además de diferentes formas de discriminación en el empleo, por ejemplo, limitaciones en el acceso a prestaciones de seguridad social, vinculadas a contar con un empleo formal, como las licencias de maternidad y acceso insuficiente a servicios de cuidado infantil.

1 GIRE, *Horas hábiles. Corresponsabilidad en la vida laboral y personal.* 2017, p. 18. Disponible en: https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2019/11/VIDA_LABORAL_Y_REPRODUCTIVA.pdf

2 Los trabajos de cuidado comprenden todas aquellas actividades que permiten a las personas regenerar el bienestar físico y emocional cada día: desde alimentar, vestir y acompañar a alguien hasta cuestiones necesarias para el desarrollo de la vida cotidiana, como cocinar o la compra de medicamentos. LNPP-CIDE en Torres, Natalia, Cejudo, Guillermo, *et al.*, *Diagnóstico sobre las brechas de cuidados en el municipio de Manzanillo*. México, 2020, p.5.

El Estado debe reconocer la importancia de los trabajos de cuidado, en la medida en la que son esenciales para el sostenimiento de la vida y, por lo tanto, de la sociedad.[3] Para ello, debe garantizar que no signifiquen una carga desproporcionada de trabajo para un sector de la población, sino que sean una corresponsabilidad entre personas, familias y sociedad, así como las empresas y el Estado. También debe garantizar que las condiciones en que se brindan y se reciben los cuidados sean adecuadas para todas las partes.

Por otro lado, aunque la seguridad social es un derecho reconocido en la legislación mexicana, el acceso a ella en México depende de que las personas cuenten con un empleo formal, lo cual representa una barrera importante para la garantía de este derecho y la conciliación entre la vida laboral y reproductiva, debido a que 59.1 por ciento de las personas están empleadas en el sector informal; entre ellas, 29 por ciento de las mujeres ocupadas.[4] En el último año, la pandemia por COVID-19 ha tenido un efecto importante en el aumento del desempleo, la informalidad y la precariedad laboral, lo que ha tenido un mayor impacto en las mujeres: mientras que la tasa de ocupación de los hombres disminuyó 6.5 por ciento, la de las mujeres lo hizo en 14.1 por ciento.[5]

3 Jiménez, Lelia y Rodríguez, Graciela, *Agenda para la igualdad de género en México,* Friedrich Ebert Stiftung, 2020, p. 14. Véase también Ceballos, Gilda, "La intensidad de los trabajos de cuidados no remunerados de las mujeres en los hogares urbanos de México. Análisis con datos de la Elcos 2012", en Pacheco, E. (Coord.), *Los cuidados y el trabajo en México. Un análisis a partir de la Encuesta Laboral y de Corresponsabilidad Social (Elcos) 2012, Cuadernos de Trabajo 40*, México, Inmujeres, 2013.

4 INEGI, México, Nuevas estadísticas de informalidad laboral, México, diapositiva 9, 2018. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/encuestas/hogares/regulares/enoe

5 CEPAL, en Saldívar, Belén, "Mujeres han perdido más empleos por el Covid: CEPAL", *El Economista*, 9 de marzo de 2021. Disponible en: https://www.eleconomista.com.mx/empresas/Mujeres-han-perdido-mas-empleos-por-el-Covid-CEPAL-20210309-0025.html

4.1

SITUACIÓN EN MÉXICO

La conciliación entre la vida laboral y la reproductiva toca un abanico amplio de cuestiones, desde el impulso de políticas de no discriminación en los espacios de trabajo, la modificación de patrones culturales que reproducen los roles estereotipados de género, la revisión de la duración y flexibilidad de las jornadas de trabajo, el acceso a servicios de estancias infantiles, hasta la garantía de licencias asociadas a la maternidad o paternidad, entre otros. Aunque existe un marco normativo en México que contempla algunas de estas medidas, en general resulta insuficiente, en primer lugar, porque el esquema de protección social está directamente relacionado con el empleo formal y, en segundo, porque dicho marco normativo no es acorde a los estándares internacionales en materia laboral. Todo ello, sin olvidar los problemas de implementación en los que el Estado es omiso en garantizar incluso las prestaciones mínimas establecidas por ley, pues incluso los trabajadores del sector formal se enfrentan a obstáculos de distinta índole para acceder a las prestaciones que incluye la seguridad social.[6]

A. DIVISIÓN SEXUAL DEL TRABAJO

En el ámbito laboral, los roles y estereotipos de género basados en preconcepciones de lo que deberían hacer las mujeres y los hombres en sociedad conllevan a una forma de división del trabajo que consiste en la asignación de tareas y espacios con base en el sexo de las personas.[7] Esta situación afecta principalmente a las mujeres, aunque también los hombres resultan perjudicados en determinadas situaciones, por ejemplo, cuando enfrentan barreras para acceder a licencias de paternidad o a estancias infantiles.

Una de las consecuencias de la división sexual del trabajo es la llamada "doble jornada", término que se utiliza para designar a la imposición de una carga extra de trabajo en el hogar a las mujeres, no remunerada y adicional a la del empleo remunerado que desempeñan, la cual limita sus posibilidades de desarrollo.

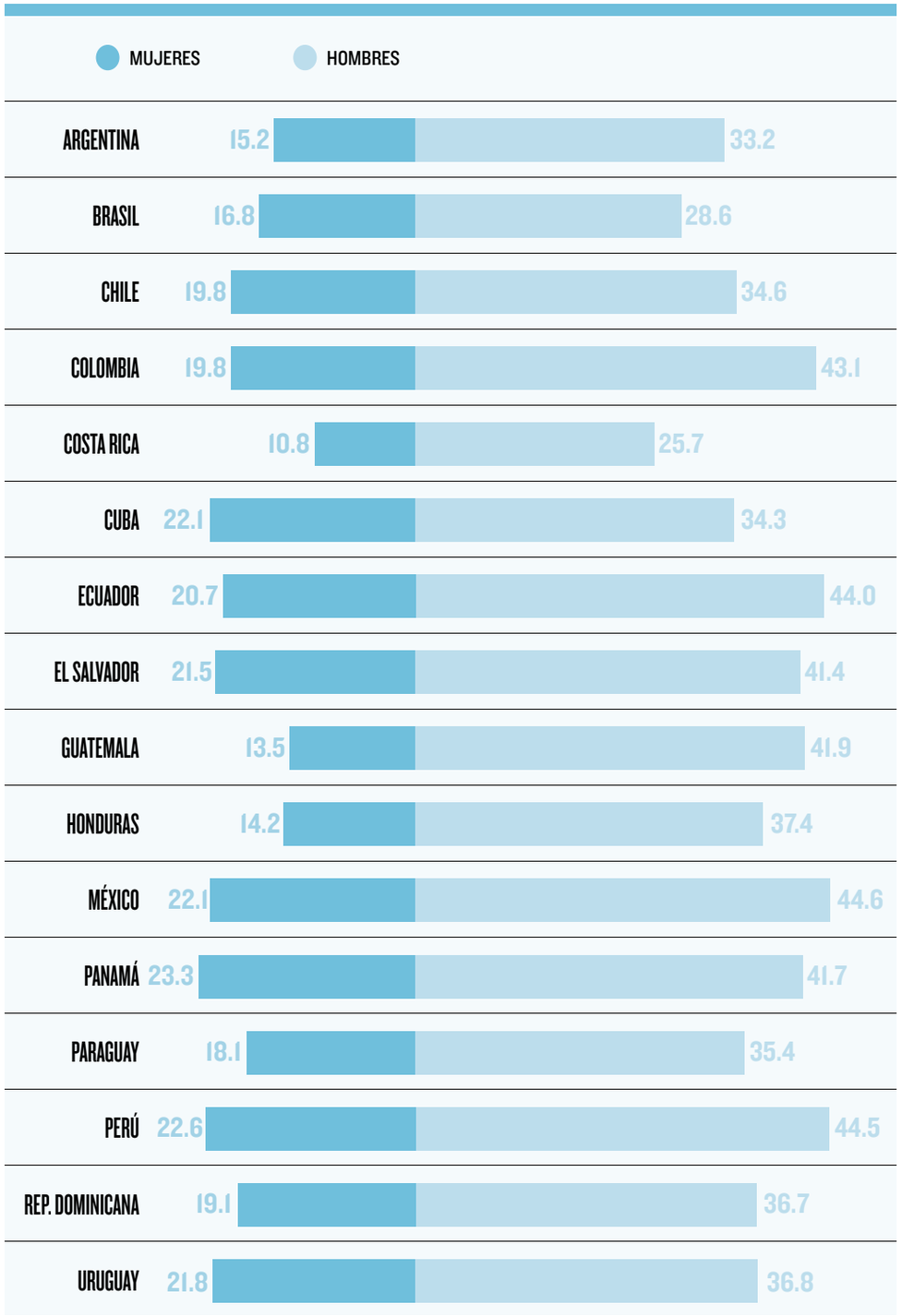
Si bien los hombres también se dedican a las labores domésticas y de cuidado, existe una notable diferencia entre el tiempo que dedican a ello respecto a las mujeres. México es el país de América Latina en el que las mujeres destinan la mayor parte del tiempo al trabajo no remunerado, de acuerdo con datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).[8]

6 GIRE, *La pieza faltante. Justicia Reproductiva,* 2018, p.169. Disponible en: https://gire.org.mx/publicaciones/la-pieza-faltante-justicia-reproductiva/ .

7 SCJN, *Protocolo para Juzgar con Perspectiva de Género*, 2020, p.39. 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(191120).pdf.

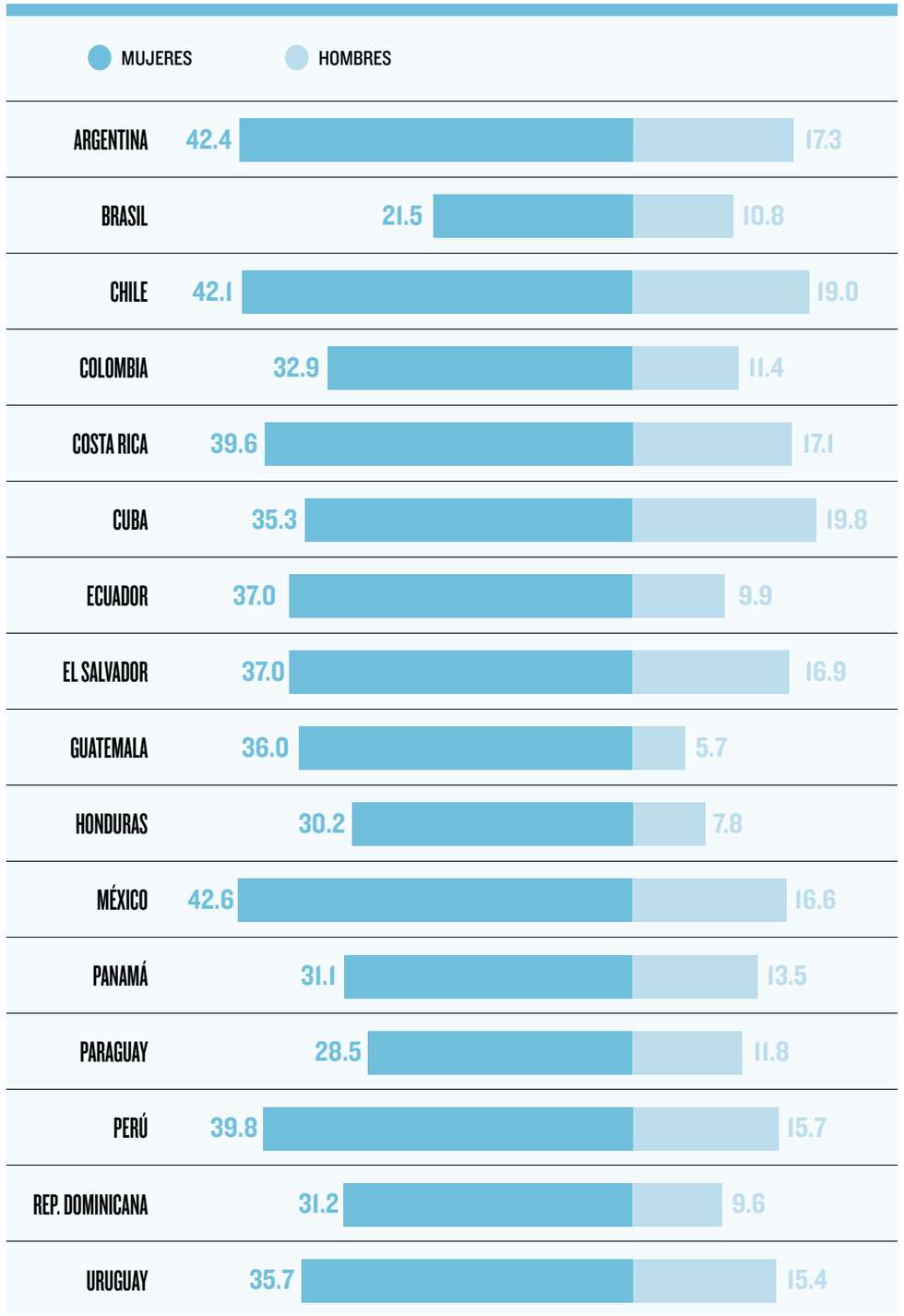
8 CEPAL. Tiempo total de trabajo. Gráfico sobre el tiempo destinado al trabajo remunerado y no remunerado por sexo y según el país. Disponible en: https://oig.cepal.org/es/indicadores/tiempo-total-trabajo.

TIEMPO PROMEDIO DESTINADO AL TRABAJO REMUNERADO



Fuente: Elaboración de GIRE con datos de CEPAL, 2017.

TIEMPO PROMEDIO DESTINADO AL TRABAJO NO REMUNERADO



Fuente: Elaboración de GIRE con datos de CEPAL, 2017.

Para 2019, las mujeres realizaban 70 por ciento de los trabajos de cuidado en México. Según la Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo (ENUT) 2019 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI),[9] las mujeres trabajaban en promedio 59.5 horas a la semana, de las cuales dedicaban 39.7 al trabajo no remunerado (TNR) en el hogar, y 37.9 al trabajo remunerado de mercado (TR); mientras que los hombres trabajaban en promedio 53.3 horas a la semana, de las cuales 47.7 las dedicaban al TR y 15.2 horas al TNR en el hogar. Sin embargo, entre las medidas para reducir el impacto de la pandemia por COVID-19, el cierre de escuelas por más de un año, significó un aumento considerable en el número de horas dedicadas a los trabajos de cuidado de la infancia, lo que ha afectado de manera desproporcionada a las mujeres.[10]

Durante el último año la situación laboral y la informalidad se han agravado: la pandemia por COVID-19 ha tenido un impacto muy importante en el aumento del desempleo, la informalidad y la precariedad laboral, lo que ha significado que un porcentaje importante de mujeres pierda su trabajo y, con ello, su acceso a las licencias de maternidad, estancias infantiles y otro tipo de prestaciones de seguridad social.[11] Las medidas de confinamiento y la falta de apoyo económico por parte del gobierno tuvieron como resultado afectaciones importantes en diversos sectores clave que tienen una sobrerrepresentación femenina, entre los que se encuentran el comercio, restaurantes y servicios de alojamiento, y servicios diversos.[12]

El hecho de que las labores domésticas y de cuidados recaigan en mayor medida en las mujeres implica que con frecuencia enfrenten una doble o triple jornada no remunerada ni reconocida y este panorama se traduce en un ciclo en el que las mujeres, al ser consideradas las principales encargadas de estas tareas, no puedan tomar empleos formales. Así, se ven orilladas a emplearse en trabajos que les permitan atender las labores de cuidado, que suelen encontrarse en el sector informal, sin prestaciones laborales y con frecuencia en condiciones precarias.[13]

9 INEGI, ENUT 2019: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enut/2019/doc/enut_2019_presentacion_resultados.pdf.

10 Observatorio Género y COVID-19 en México. *Nos cayó el 20. Diagnóstico y recomendaciones del Observatorio Género y COVID-19 en México (Bienestar)*, 2021, p. 32: https://genero-covid19.gire.org.mx/wp-content/uploads/2021/05/Manual_Bienestar.pdf

11 INEGI, ENOEN, 17 de noviembre de 2020: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enoe/15ymas/doc/resultados_ciudades_enoe_2020_trim3.pdf.

12 Mercado laboral en post-pandemia, México Cómo Vamos. Disponible en: https://mexicocomovamos.mx/mercado-laboral-en-mexico-el-saldo-al-primer-ano-de-la-pandemia-por-covid-19/

13 GIRE, *La pieza faltante. Justicia Reproductiva*, *op. cit*, p. 149.

B. ESTÁNDARES CONSTITUCIONALES

El reconocimiento constitucional del derecho a la seguridad social en México se estableció por primera vez[14] en la fracción XXIX del artículo 123 de la Constitución Política de 1917.[15] Posteriormente, el 6 de septiembre de 1929[16] dicha fracción fue reformada con el objetivo de expedir la Ley del Seguro Social, sin embargo, ésta fue promulgada hasta el año 1943, dando lugar también a la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).[17] Finalmente, el 5 de diciembre de 1960, se publicó otra reforma[18] a la Constitución que reordenó el artículo 123, creando sus dos apartados A y B. El apartado A regula en términos generales lo relativo a las personas trabajadoras, mientras que el B está dirigido a las y los trabajadores del Estado.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC),[19] ratificado por México en 1981, reconoce el derecho de toda persona a tener la oportunidad de ganarse la vida mediante un trabajo libremente escogido o aceptado, así como el derecho a la seguridad social, el cual contempla la posibilidad de acceder a y mantener prestaciones sociales, ya sea en efectivo o en especie, sin discriminación, con el fin de obtener protección, en particular contra: a) la falta de ingresos procedentes del trabajo debido a enfermedad, invalidez, maternidad, accidentes laborales, vejez o muerte de un familiar, b) gastos excesivos de atención de salud, c) apoyo familiar insuficiente, en particular para los hijos y familiares a cargo.[20]Asimismo, el derecho a la seguridad social "incluye el derecho a no ser sometido a restricciones arbitrarias o poco razonables de la cobertura social existente".[21]

Por otra parte, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) considera que el reconocimiento de la responsabilidad compartida de las madres y los padres del sustento y de atender a la familia, propician un reparto más equitativo de las tareas de cuidado.[22] Por lo anterior ha adoptado una serie de convenios y recomendaciones en materia de conciliación de la vida laboral y la reproductiva, entre los cuales destacan los siguientes:

- El Convenio 156 sobre los trabajadores con responsabilidades familiares, que establece la obligación de los Estados parte de permitir que las personas que tengan hijos u otros miembros de su familia directa que de manera evidente necesiten su cuidado, ejerzan su derecho a desempeñar un empleo sin ser objeto de discriminación y, en la medida de lo posible, sin conflicto entre sus responsabilidades familiares y profesionales.[23]
- El Convenio 183 sobre protección de la maternidad, prevé una licencia de maternidad de al menos 14 semanas[24] y establece la prohibición de despedir o discriminar a la mujer por cualquier motivo relacionado con su embarazo, el nacimiento de su hijo o la lactancia, así como el derecho a las interrupciones o reducciones diarias de su tiempo de trabajo necesarias para la lactancia.[25]
- La Recomendación 191 del Convenio 183 sobre la protección de la maternidad, y la Recomendación 165 del Convenio 156 sobre los trabajadores con responsabilidades familiares contienen disposiciones respecto a la licencia parental,[26] dejando a criterio de los países la determinación de la duración, la remuneración y demás aspectos pertinentes.[27]
- Finalmente, respecto a la licencia de paternidad, la Resolución relativa a la igualdad de género como eje del trabajo decente, adoptada en 2009 por la Conferencia Internacional del Trabajo (CIT), señala que las medidas destinadas a conciliar el trabajo y la familia no se dirigen únicamente a las mujeres, sino también a los hombres. Por ello, insta a los gobiernos a formular políticas adecuadas que permitan equilibrar mejor las responsabilidades laborales y familiares, incluir la licencia de paternidad y parental, y prever incentivos para que los hombres las aprovechen.[28]

A la fecha de publicación de este informe, México ha ratificado 81 convenios de la OIT, de los cuales 67 están en vigor.[29] Uno de ellos es el Convenio 102 sobre la seguridad social (norma mínima), en donde aceptó solamente las partes II, III, V, VI y VIII-X, relativas a la asistencia médica, prestaciones monetarias de enfermedad, prestaciones de vejez, prestaciones en caso de accidente de trabajo y enfermedad profesional, prestaciones de maternidad, prestaciones de invalidez y prestaciones de sobrevivientes.[30] Sin embargo, como el propio título del Convenio lo señala, sólo prevé las normas mínimas con las que deberían cumplir los Estados parte. Es importante señalar que hasta el momento el Estado mexicano no ha ratificado el Convenio 183 sobre la protección de la maternidad ni el Convenio 156 sobre los trabajadores con responsabilidades familiares, instrumentos internacionales de un alcance significativo en cuanto a la protección de la maternidad, la licencia parental y sobre las responsabilidades de cuidados.

14 Aunque los primeros antecedentes de la seguridad social en México son Ley de Accidentes de Trabajo del Estado de México (1904) y la Ley sobre Accidentes de Trabajo del estado de Nuevo León (1906), no existía aún el reconocimiento de la responsabilidad del Estado en la provisión de bienestar social. Véase Cámara de Diputados "Seguridad social". Disponible en: http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/Cesop/Comisiones/2_ssocial.htm.

15 Cámara de Diputados. Texto original de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que reforma la del 5 de febrero de 1857. Versión digitalizada disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpeum/CPEUM_orig_05feb1917.pdf .

16 DOF. Ley por la cual se reforman los artículos 73 y 123 de la Constitución General de la República (6 de septiembre de 1929): http://www.dof.gob.mx/nota_to_imagen_fs.php?cod_diario=186782&pagina=1&seccion=1..

17 DOF. Ley del Seguro Social (19 de enero de 1943): http://www.dof.gob.mx/nota_to_imagen_fs.php?codnota=4555563&fecha=19/01/1943&cod_diario=194788.

18 DOF. Decreto que reforma y adiciona el artículo 123 de la Constitución General de la República (5 de diciembre de 1960). Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_to_imagen_fs.php?cod_diario=201330&pagina=1&seccion=0.)

19 Senado de la República. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Disponible en: https://www.senado.gob.mx/comisiones/desarrollo_social/docs/marco/Pacto_IDESC.pdf.

20 Naciones Unidas, Comité DESC, *Observación general No. 19 El derecho a la seguridad social (artículo 9) [E/C.12/GC/19]*, 39º periodo de sesiones (2007), párrafo 2. Disponible en: <http://bit.ly/1HVDJH4>]

21 *Ibídem*, párrafo 9.

22 OIT. *Informe Mundial sobre la Protección Social 2017-2019: La protección social universal para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible*. p. 30. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_624890.pdf .

23 OIT. Convenio sobre los trabajadores con responsabilidades familiares, 1981 (núm. 156). Disponible en: https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C156.

24 La Recomendación sobre la protección de la maternidad, 2000 (No. 191) señala que la licencia del Convenio 183 debería ampliarse a dieciocho semanas, por lo menos. Disponible en: https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100::NO:12100:P12100_ILO_CODE:R191:NO.

25 OIT. Convenio sobre la protección de la maternidad, 2000 (No. 183) Disponible en: https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C183#:~:text=Todo%20Miembro%20debe%20adoptar%20medidas,p%C3%A1rrafo%201%20del%20art%C3%ADculo%202.&text=(a)%20est%C3%A9n%20prohibidos%20total%20o,mujeres%20embarazadas%20o%20lactantes%2C%20o.

26 Las licencias parentales permiten que cualquiera de los progenitores tome un periodo de tiempo determinado para el cuidado de una persona recién nacida o de una hija o hijo pequeño.

27 OIT. *La maternidad y la paternidad en el trabajo. La legislación y la práctica en el mundo*. p. 8. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_242618.pdf.

28 OIT. *Resoluciones adoptadas por la Conferencia Internacional del Trabajo en su 98.ª reunión* (Ginebra, junio de 2009), p. 11. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_norm/@relconf/documents/meetingdocument/wcms_113006.pdf.

29 OIT. Ratificaciones de México Disponible en: https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=1000:11200:0::NO:11200:P11200_COUNTRY_ID:102764.

30 OIT. Ratifications of C102 - Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (No. 102). Disponible en: https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:11300:0::NO::P11300_INSTRUMENT_ID:312247).

Por otra parte, los cuidados incluyen toda actividad indispensable para satisfacer las necesidades de las personas, tanto de salud básicas y de seguridad física, como el desarrollo de habilidades cognitivas, físicas y emocionales.[31] Las niñas y los niños, las personas con discapacidad, los adultos mayores o cualquier persona que se encuentre imposibilitada para cuidar de sí misma, a causa de una enfermedad o una discapacidad permanente o temporal, tienen derecho a recibir estos cuidados.[32]

Una de las formas en las que el Estado puede proteger y garantizar el derecho al cuidado es al crear y promover instituciones que brinden servicios de apoyo al cuidado de las personas que lo requieren y quienes lo proveen, promover la redistribución de los trabajos de cuidado en los hogares y las comunidades, así como supervisar el adecuado funcionamiento de las instituciones que prestan servicios de cuidado. Entre ellas se encuentran las instituciones para el cuidado de personas con discapacidad, de personas adultas mayores y de cuidado infantil.

Respecto al acceso a estancias infantiles, reconocido en la fracción XXIX del apartado A y en el inciso c de la fracción XI del artículo 123 constitucional, también existen estándares internacionales de derechos humanos:

- La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) reconoce que la familia es un grupo fundamental de la sociedad y medio natural para el crecimiento y el bienestar de todos sus miembros, y en particular de los niños, por lo tanto, deben recibir la protección y asistencia necesarias para poder asumir plenamente sus responsabilidades dentro de la comunidad. Esto no quiere decir que los padres o las madres no pueden trabajar en ningún momento y deben quedarse siempre al cuidado de los hijos, sino que debe existir un justo equilibrio entre el número de horas que los niños pasan con sus familias (tomando en cuenta su edad y necesidades), y que los espacios en los que se encuentren mientras las madres y los padres trabajan deben ser adecuados.[33]

- La Observación General No. 7, Realización de los derechos del niño en la primera infancia, del Comité de los Derechos del Niño[34] señaló que, en el ejercicio de sus derechos, los niños pequeños tienen necesidades específicas de cuidados físicos, atención emocional y orientación cuidadosa, así como en lo que se refiere a tiempo y espacio para el juego, la exploración y el aprendizaje sociales. También señaló que la mejor manera de planificar estas necesidades es desde un marco de leyes, políticas y programas dirigidos a la primera infancia.[35]

- La Observación General No. 13, Aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC) señala que el derecho al cuidado infantil en estancias debe regirse por las siguientes características interrelacionadas: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y adaptabilidad.[36]

31 UNICEF, "El derecho al cuidado: conciliación familiar y laboral en las empresas" 2020, p. 23. Disponible en: https://www.unicef.org/argentina/media/10021/file/El%20Derecho%20al%20Cuidado:%20conciliaci%C3%B3n%20familiar%20y%20laboral%20en%20las%20empresas.pdf .
32 GIRE, *Horas hábiles. Corresponsabilidad en la vida laboral y personal*, *op. cit.*, p. 27.
33 *Ibídem,* p. 203.
34 El Comité de los Derechos del Niño es el órgano de la ONU encargado de supervisar el cumplimiento de la Convención sobre los Derechos del Niño.
35 GIRE, *Horas hábiles. Corresponsabilidad en la vida laboral y personal. op.cit,* p. 206.
36 *Ibídem*, pp. 218 y 219.

En el ámbito constitucional, el 18 de noviembre de 2020, el Pleno de la Cámara de Diputados aprobó un proyecto de Decreto por el que se reforman los artículos 4 y 73 de la Constitución en materia del Sistema Nacional de Cuidados. El proyecto propone adicionar al artículo 4 un párrafo que incluye los siguientes textos: "Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento, así como a los servicios para la atención, cuidado y desarrollo integral infantil, en términos de lo dispuesto en la Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil" y "Para garantizar el derecho al cuidado digno se implementará el Sistema Nacional de Cuidados, que incluye sus dimensiones económica, social, política, cultural y biopsicosocial, así como políticas y servicios públicos con base en diseño universal, ajustes razonables, accesibilidad, pertinencia, suficiencia y calidad".

Lo anterior es un avance importante en la materia puesto que permite vislumbrar la posibilidad de un Sistema Nacional de Cuidados con base constitucional. La relevancia de esta posible reforma radica en la estabilidad y seguridad jurídica que se podría proporcionar a las personas que reciben o brindan cuidados en México. Este proyecto de Decreto aún debe ser revisado por el Senado —y en su caso aprobado por la mayoría de las legislaturas estatales—, mismo que no lo dictaminó en el periodo ordinario de sesiones correspondiente. Al cierre de esta edición, GIRE permanece pendiente de este proceso.

Por su parte, en el ámbito local, en la Ciudad de México ya existe legislación vigente que reconoce el derecho al cuidado y la obligación de la autoridad de establecer un sistema de cuidados. La Constitución de la Ciudad de México, en su artículo 9B, textualmente establece:

> Toda persona tiene derecho al cuidado que sustente su vida y le otorgue los elementos materiales y simbólicos para vivir en sociedad a lo largo de toda su vida. Las autoridades establecerán un sistema de cuidados que preste servicios públicos universales, accesibles, pertinentes, suficientes y de calidad y desarrolle políticas públicas. El sistema atenderá de manera prioritaria a las personas en situación de dependencia por enfermedad, discapacidad, ciclo vital, especialmente la infancia y la vejez y a quienes, de manera no remunerada, están a cargo de su cuidado.

En el ámbito internacional, el 15 de junio de 2015 se adoptó en Washington la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, que entró en vigor el 11 de enero de 2017 y tiene como objeto promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad. Sin embargo, México no la ha ratificado.[37]

Finalmente, cabe señalar que en marzo y julio de 2018, los comités DESC y de la Convención sobre la Eliminación de todas formas de Discriminación contra la Mujer (Comité CEDAW) examinaron, respectivamente, el cumplimiento del Estado mexicano de sus obligaciones derivadas del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y de la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer.

37 OEA. Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Disponible en: http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp.

El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales (Comité DESC) manifestó su preocupación respecto de la fragmentación del sistema de protección social vinculado a la formalidad del empleo que deja fuera a un número significativo de personas que trabajan en el sector informal; así como respecto de las prácticas discriminatorias en el ámbito laboral que afectan a las mujeres principalmente y la brecha salarial que persiste entre los hombres y las mujeres. Por su parte, el Comité CEDAW manifestó su preocupación respecto de la distribución desigual del trabajo doméstico y asistencial entre hombres y mujeres, así como del periodo tan breve de la licencia de paternidad, que obligan a muchas mujeres a aceptar empleos de bajos ingresos a tiempo parcial en el sector informal. Por lo anterior emitieron algunas de las siguientes recomendaciones:[38]

RECOMENDACIONES COMITÉ DESC	RECOMENDACIONES COMITÉ CEDAW
Elaborar un sistema de seguridad social que garantice una cobertura de protección social universal y asegure prestaciones adecuadas a todas las personas, particularmente a las pertenecientes a los grupos más desfavorecidos y marginados, con el objeto de garantizarles condiciones de vida dignas. Disminuir progresivamente el número de trabajadores que participan en el sector informal de la economía e integrarlos al sector formal, y brindarles acceso a la legislación laboral y a la protección social. Aumentar la tasa de participación laboral de las mujeres, incluyendo la posibilidad de adoptar una política de cuidado, que logre un reparto más equitativo de las labores de cuidado entre hombres y mujeres. Adoptar medidas efectivas para combatir los estereotipos de género en la familia y la sociedad.	Vigilar y hacer cumplir las leyes de protección y promoción de las licencias de maternidad. Aumentar los incentivos para que los hombres ejerzan su derecho a la licencia parental. Agilizar la aprobación de la política nacional de cuidado para ofrecer servicios de guardería suficientes y adecuados. Aumentar el acceso de las mujeres al sistema nacional de seguridad social. Elaborar programas coordinados de protección social e indemnización destinados a las mujeres.

38 GIRE, *La pieza faltante. Justicia Reproductiva*, 2018, *op. cit*, pp. 164-165.

C. MARCO NORMATIVO Y DE POLÍTICA PÚBLICA

EL DERECHO A LA SEGURIDAD SOCIAL

El derecho a la seguridad social tiene como finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo.[39] El acceso a la seguridad social y el acceso universal al sistema de salud son de suma importancia durante el embarazo, parto, posparto, y en casos de adopción, por los cuidados requeridos.[40] Sin embargo, quienes trabajan en el sector informal en México no cuentan con protecciones laborales ni de seguridad social y deben enfrentarse a condiciones adicionales de discriminación y violaciones a derechos humanos.[41]

El apartado A del artículo 123 constitucional contempla de manera general todo contrato de trabajo y señala en su fracción XXIX que la Ley del Seguro Social es de utilidad pública y que comprenderá los seguros de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicios de guardería y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares. De igual manera, la fracción V reconoce el derecho a la licencia de maternidad a las mujeres embarazadas[42] por 12 semanas —seis semanas anteriores a la fecha fijada aproximadamente para el parto y seis semanas posteriores al mismo— y a dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno durante el periodo de lactancia.

Por su parte, el apartado B del artículo 123 se refiere a los trabajadores de los Poderes de la Unión y establece las bases mínimas de la seguridad social en su fracción X:

a) Cubrir los accidentes y enfermedades profesionales; las enfermedades no profesionales y maternidad; y la jubilación, la invalidez, vejez y muerte.
b) Conservar el derecho al trabajo por el tiempo que determine la ley en caso de accidente o enfermedad.
c) Para las mujeres embarazadas, licencia de maternidad de 12 semanas —un mes de descanso antes de la fecha fijada aproximadamente para el parto y de otros dos después del mismo—, así como dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno, para alimentar a sus hijos. Además, disfrutarán de asistencia médica y obstétrica, de medicinas, de ayudas para la lactancia y del servicio de guarderías infantiles.
d) Los familiares de los trabajadores tendrán derecho a asistencia médica y medicinas, en los casos y en la proporción que determine la ley.
e) Se establecerán centros para vacaciones y para recuperación, así como tiendas económicas para beneficio de los trabajadores y sus familiares.
f) Se proporcionarán a los trabajadores habitaciones baratas, en arrendamiento o venta, conforme a los programas previamente aprobados (INFONAVIT).

39 Ley del Seguro Social, artículo 2º.
40 GIRE, *Horas hábiles. Corresponsabilidad en la vida laboral y personal*, 2017, *op. cit*, p. 21.
41 GIRE, *La pieza faltante. Justicia Reproductiva*, 2018, *op. cit*, p. 148.
42 Se hace referencia al término "mujeres embarazadas" cuando así lo establece expresamente la legislación consultada para este informe. Sin embargo, el embarazo puede ser experimentado por todas las personas con capacidad gestante, incluyendo hombres trans y personas no binarias. Asimismo, es importante señalar que la legislación actual en materia de licencias y otras prestaciones de seguridad social parte de una visión de la vida familiar y reproductiva de las personas que da por sentada la conformación de familias compuestas por un hombre y una mujer, así como la presencia de hijas e hijos biológicos. Por lo anterior, es necesario que el marco normativo y de política pública en México reconozca y proteja a la variedad de familias que existen en el país y garantice su acceso a prestaciones de seguridad social sin discriminación.

Asimismo, la fracción XIV reconoce el derecho a la seguridad social para quienes desempeñen cargos que se consideren de confianza, y la fracción XIII en el caso de los militares, marinos, personal del servicio exterior, agentes del Ministerio Público, peritos y los miembros de las instituciones policiales, así como de los miembros en activo del Ejército, Fuerza Aérea y Armada.

Si bien el apartado B es más específico que el A, ambos tienen como norma supletoria lo establecido en la Ley Federal del Trabajo (LFT). De manera específica, el apartado A se complementa con la Ley del Seguro Social y sus respectivos reglamentos, mientras que el B se complementa con la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado y sus reglamentos.

En México, las principales instituciones públicas que proporcionan seguridad social son el IMSS y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Anteriormente existía el Seguro Popular, que daba acceso a servicios básicos de salud, pero no cubría prestaciones de seguridad social como estancias infantiles, licencias de maternidad y paternidad, incapacidades ni pensiones. Fue sustituido en el año 2019[43] por el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), que adolece de las mismas limitaciones que su predecesor, ya que se limita a garantizar la prestación gratuita de los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para personas sin seguridad social, pero no acceso a prestaciones como la licencia de maternidad y/o paternidad, o a estancias infantiles.

Si bien se ha destacado en numerosas ocasiones la necesidad de un sistema de seguridad social universal en México, aún no se ha legislado en ese sentido, aunque existen algunas iniciativas cuyos contenidos se orientan a la cobertura de algunas cuestiones relacionadas con la seguridad social, tales como el establecimiento de un Sistema Nacional de Cuidados, el acceso universal a servicios de estancias infantiles, a pensiones, el establecimiento de un ingreso mínimo vital, entre otros:

- En el año 2019 se presentaron seis iniciativas respecto al tema del acceso a estancias infantiles.[44]
- En el año 2020 se presentaron dos iniciativas con el objetivo de que se reconozca en la Constitución el derecho a un mínimo vital para asegurar una vida digna.[45]
- En los años 2013, 2014 y 2018 se presentaron dos minutas y una iniciativa, respectivamente, sobre el tema de pensiones para los adultos mayores.[46]
- En los años 2019, 2020 y 2021 se han presentado cuatro iniciativas relacionadas con el seguro de desempleo.[47]
- En el año 2020 se presentó una minuta respecto del Sistema Nacional de Cuidados.[48]
- En los años 2019 y 2021 se presentaron tres iniciativas relacionadas con el derecho a la vivienda.[49]

43 DOF. Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud Disponible en:: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5580430&fecha=29/11/2019.

44 Véase en: http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2019/03/asun_3825061_20190307_1551392038.pdf, http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2019/04/asun_3852921_20190409_1554307504.pdf, http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2019/06/asun_3883581_20190626_1561556191.pdf, http://sil.gobernacion.gob.mx Archivos/Documentos/2019/07/asun_3885651_20190703_1562169262.pdf, http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos /2019/07/asun_3886897_20190710_1562787472.pdf, http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2019/11/asun_3961783_20191112_1570114658.pdf

45 Véase en: http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2020/06/asun_4043680_20200603_1591200109.pdf, http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2020/07/asun_4052858_20200720_1594829317.pdf.

46 Véase en: http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2013/10/asun_3028952_20131029_1383070344.pdf, http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2014/03/asun_3084058_20140319_1395260681.pdf, http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2018/11/asun_3781681_20181127_1543407832.pdf.

47 Véase en: http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2019/11/asun_3963359_20191114_1573575942.pdf, http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2020/03/asun_4025917_20200324_1583257706.pdf, http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2020/05/asun_4041880_20200527_1590610006.pdf, http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2021/04/asun_4165877_20210408_1615996477.pdf

48 Véase en: http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2020/11/asun_4114719_20201126_1606402009.pdf.

49 Véase en: http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2019/04/asun_3852827_20190409_1553013804.pdf, http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2019/04/asun_3869377_20190429_1556059698.pdf, http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2021/04/asun_4164784_20210407_1617829133.pdf.

A la fecha de publicación de este informe, todas continúan siendo estudiadas. Ninguna ha sido aprobada ni desechada.

LICENCIAS LABORALES

Las licencias son permisos otorgados a las personas trabajadoras para no laborar por un período determinado y deben estar establecidas por ley para garantizar su otorgamiento. En el mundo existen diferentes tipos de licencias asociadas al nacimiento o adopción de una hija o hijo. Desde la perspectiva de quién es la persona a la que se otorga la licencia, pueden ser de maternidad, de paternidad o parentales. También pueden existir otros tipos de licencias, por ejemplo, para el cuidado de personas enfermas o con alguna discapacidad.

Licencias de maternidad

Las licencias de maternidad se incorporaron a la legislación mexicana, junto con otros derechos laborales relacionados con la maternidad, en 1974. Mediante las reformas de ese año se estableció, tanto en la Constitución[50] como en la LFT,[51] el derecho a disfrutar de un periodo especial de descanso durante seis semanas anteriores y seis posteriores al parto,[52] el cual se ha mantenido igual hasta la fecha, pese a que los estándares de la OIT establecen un periodo de al menos 14 semanas, que debería ser ampliado a 18 semanas.[53] Por otra parte, tomando en cuenta la duración de las licencias de maternidad al año 2018 de todos los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), la duración promedio de las licencias de maternidad es de 19.5 semanas.[54]

Los escasos avances legislativos alcanzados en los últimos años consisten en que hoy en día la LFT permite que se transfieran cuatro de las semanas de descanso previas al parto para después del nacimiento del hijo o hija, si las condiciones de salud lo permiten; que el descanso se extienda hasta por ocho semanas posteriores al parto, en caso de que los hijos o hijas hayan nacido con cualquier tipo de discapacidad o requieran atención médica hospitalaria,[55] y en el caso de licencias de maternidad por adopción por un periodo de seis semanas.[56]

Respecto de las retribuciones que reciben durante su licencia, la Ley del Seguro Social establece que las personas trabajadoras tienen derecho a percibir un subsidio en dinero igual al cien por ciento del último salario percibido (artículo 101). Este subsidio lo cubrirá el IMSS en caso de que la mujer haya cotizado por lo menos treinta semanas en el período de doce meses anteriores a la fecha en que debiera comenzar el pago del subsidio, de lo contrario quedará a cargo del patrón el pago del salario íntegro (artículos 102 y 103).

Para las mujeres que trabajan en el sector público, la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado (LFTSE) otorga un mes de descanso por maternidad antes de la fecha fijada para el parto, y dos meses después de éste (artículo 28). Las instituciones del sector público que cubren estas licencias son ISSSTE, PEMEX e Instituto de Seguridad Social para las Familias (ISSFAM).[57] Cabe señalar que el artículo 28 no prevé la posibilidad de transferir semanas previas al parto al periodo posnatal. Es

50 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM), artículo 123, apartado A, fracción V.

51 Lay Federal del Trabajo (LFT), artículo 170, fracción II.

52 UNAM, *Diccionario Jurídico Mexicano*, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Editorial Porrúa, décima edición, México, 1997, ppp. 2160-2162.

53 OIT, *Convenio sobre la protección de la maternidad*, *op. cit.* y *Recomendación sobre la protección de la maternidad*, 2000 (núm. 191)

54 OECD. Employment: Length of maternity leave, parental leave, and paid father-specific leave. Disponible en: https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=54760 .

55 LFT, artículo 170, fracción II. Reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 30 de noviembre de 2012.

56 LFT, artículo 170, fracción II Bis. Reforma publicada en el DOF el 30 de noviembre de 2012.

57 Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas.

indispensable que las trabajadoras del Estado cuenten con flexibilidad en el uso de las semanas para emplearlas tras el parto en beneficio de su cuidado y el de la persona recién nacida. La decisión debería poder tomarse de acuerdo con las necesidades de cada persona.[58]

Cabe mencionar que, en la Ciudad de México, el 10 de febrero de 2021, se publicó en la Gaceta Oficial una reforma al primer párrafo, el inciso a y los numerales 1 y 2 de la fracción II del artículo 21 de la Ley de Igualdad Sustantiva entre Mujeres y Hombres en la Ciudad de México, en la cual se establece que, en caso de adopción, las madres tienen derecho a un permiso por maternidad que comprenda el mismo período establecido por maternidad posterior al parto, que contará a partir de que reciba a la niña o niño adoptado.[59]

Licencias de paternidad

El 30 de noviembre de 2012 se publicó una reforma[60] a la LFT para incorporar un periodo de licencia de paternidad. Pese a que significa un avance en materia legislativa, se establece un periodo muy limitado de tan sólo cinco días para los hombres trabajadores por el nacimiento de sus hijos o hijas y en caso de adopción de un infante (artículo 132, fr. XXVII bis).

Por su parte, la LFTSE aún no contempla este tipo de licencias, pero, con fundamento en su artículo 11, se aplica de manera supletoria la LFT, por lo cual los cinco días deben ser cubiertos por el patrón.[61]

Algunas instituciones públicas federales y locales, así como en el sector privado, otorgan permisos por un período mayor al establecido en la ley. Sin embargo, la mayoría de dichos permisos siguen siendo muy cortos. Por ejemplo, el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) otorga diez días hábiles de licencia por paternidad[62] y la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México (CDHCM) otorga tres semanas.[63]

En septiembre de 2021, el Ministro Arturo Zaldívar, presidente de la SCJN, anunció que los trabajadores del Poder Judicial de la Federación gozarán de licencias de paternidad por un periodo de 3 meses, el mismo periodo establecido por la legislación para la licencia de maternidad, lo cual significa un avance importante para el reconocimiento equitativo de las labores de cuidado. Sin embargo, al no estar establecidas en la legislación laboral, estas prerrogativas dependen de los criterios y la voluntad política de cada institución.

58 GIRE, *La pieza faltante. Justicia Reproductiva,* 2018, *op. cit,* p. 151.

59 Gaceta Oficial de la Ciudad de México. Decreto por el que se reforma el primer párrafo, el inciso a) y los numerales 1 y 2 de la fracción II del artículo 21 de la Ley de Igualdad Sustantiva entre Mujeres y Hombres en la Ciudad de México (10 de febrero de 2021)Disponible en: https://data.consejeria.cdmx.gob.mx/portal_old/uploads/gacetas/bdfb1c07b0f24d1565fba6b13ff4fa07.pdf.

60 DOF. Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley Federal del Trabajo (30 de noviembre de 2012) Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5280815&fecha=30/11/2012. La fracción XXVII Bis del artículo 132 de la LFT fue adicionada mediante su publicación en el DOF el 30-11-2012, y fue reformada en 2018 (DOF 22-06-2018).

61 LFT. Artículo 132, fr. XXVIII Bis: Son obligaciones de los patrones: (...) Otorgar permiso de paternidad de cinco días laborables con goce de sueldo, a los hombres trabajadores, por el nacimiento de sus hijos y de igual manera en el caso de la adopción de un infante.

62 Acuerdo 16/2014 por el que se establece la licencia de paternidad por alumbramiento, la de adopción para padres y madres y la de cuidados paternos en favor de las y los trabajadores del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación.

63 CDHCM, Boletín 134/2016.

El 8 de octubre de 2019 se reunió la Comisión de Trabajo y Previsión Social del Senado de la República para aprobar un dictamen que reformaba la LFT y la LFTSE para establecer una licencia de paternidad de 15 días laborales posteriores al parto, que podrían extenderse hasta 20. Sin embargo, el dictamen aprobado por unanimidad en la Comisión nunca fue publicado en la Gaceta Parlamentaria del Senado y no volvió a abordarse.

Por otro lado, la Cámara de Diputados, el 23 de octubre de 2019, aprobó una reforma a la LFTSE en materia de licencias de maternidad y paternidad en casos de adopción, pero la Minuta sigue sin ser discutida en el Senado desde entonces.

La Comisión de Trabajo y Previsión Social también aprobó, el 18 de noviembre de 2020, un dictamen para reformar el artículo 132 de la LFT y establecer una licencia de paternidad de cuatro semanas con goce de sueldo, además de considerar esquemas de *teletrabajo* durante los primeros cuatro años de vida del menor. Dicho dictamen no ha sido presentado ante el Pleno del Senado para ser discutido y votado.

En la Ciudad de México, la misma reforma de febrero de 2021 a la Ley de Igualdad Sustantiva entre Mujeres y Hombres contribuye al reconocimiento del reparto equitativo de las responsabilidades en el hogar, pues estableció en su numeral segundo que los padres por consanguinidad o por adopción tienen derecho a un permiso por paternidad que comprenda el mismo período establecido por maternidad posterior al parto, que contará a partir del nacimiento o recepción de la niña o niño, según sea el caso.

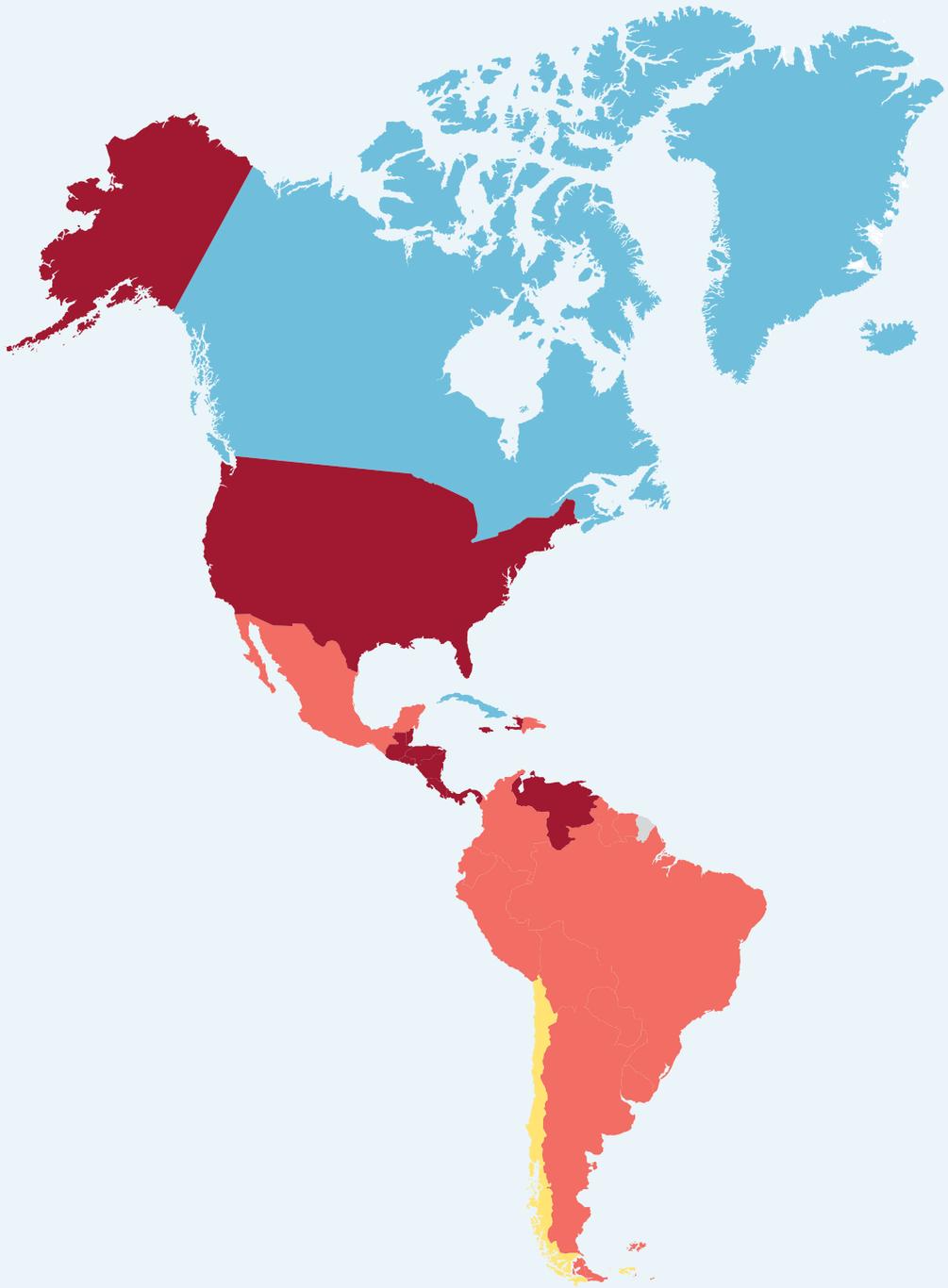
Como puede verse en el siguiente mapa, México se encuentra notoriamente rezagado si se le compara con otros países. Tomando en cuenta la duración de las licencias de todos los países miembros de la OCDE, al año 2018 el promedio de duración de la licencia de paternidad es de 8.5 semanas.[64]

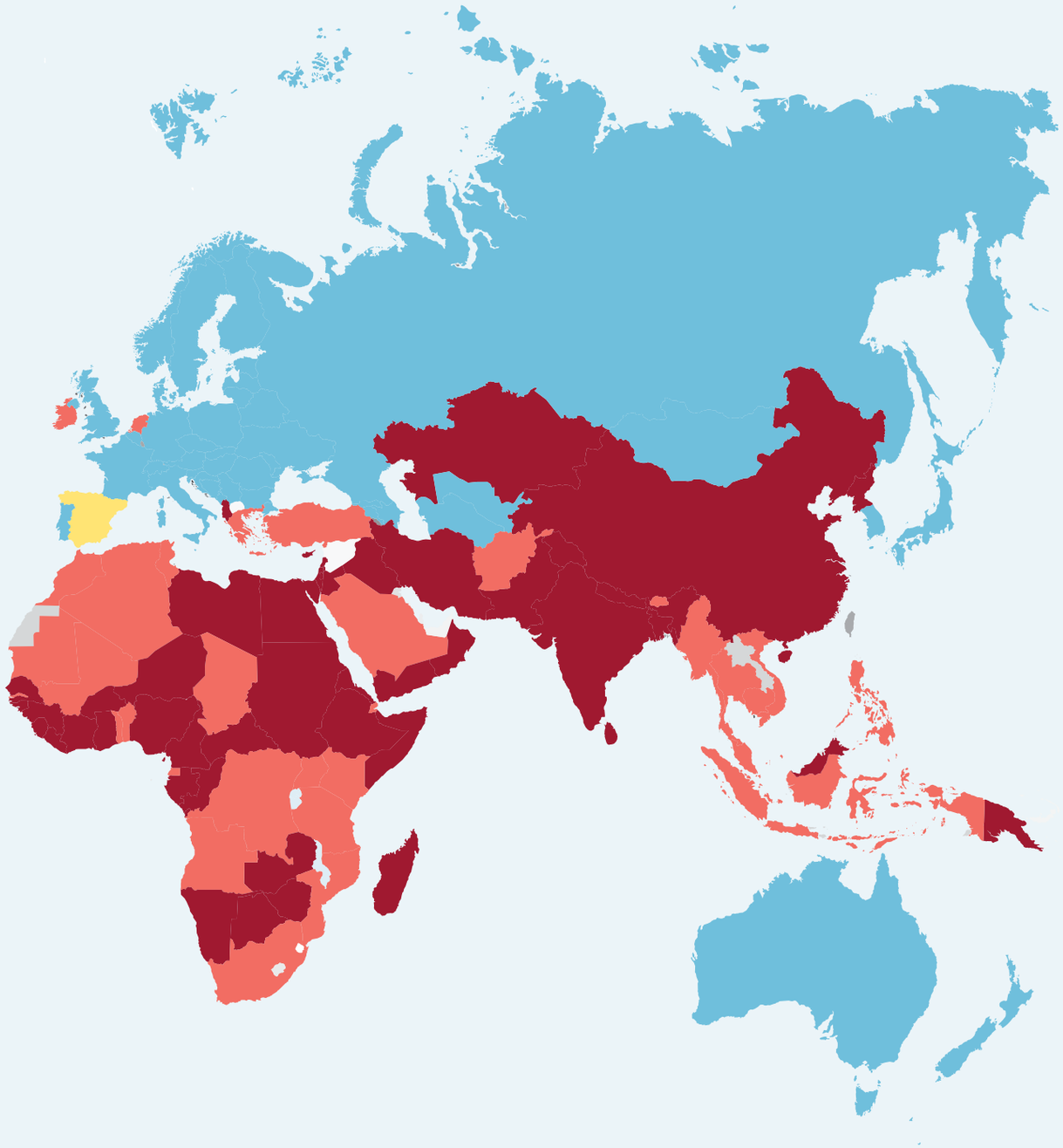
64 OECD. Employment: Length of maternity leave, parental leave, and paid father-specific leave, *op. cit*.

LICENCIAS DE PATERNIDAD EN EL MUNDO

SEMANAS DE LICENCIA

SIN LICENCIA | -3 SEMANAS | 3 - 13 SEMANAS | 14+ SEMANAS





Fuente: World Policy Center, mapa interactivo, disponible en:
https://www.worldpolicycenter.org/policies/is-paid-leave-available-to-mothers-and-fathers-of-infants/is-paid-leave-available-for-fathers-of-infants

Una alternativa a las licencias antes descritas son las licencias parentales, que permiten que cualquiera de los progenitores tome un periodo de tiempo determinado para el cuidado de una persona recién nacida o de un hijo o hija pequeña, prestación que no contempla la legislación en México. Este tipo de licencia ofrece una mayor flexibilidad para que las personas se organicen de acuerdo con sus necesidades para repartir los cuidados de una persona recién nacida o adoptada, lo que contempla además a las familias con conformaciones no normativas, como las parejas del mismo sexo. La duración promedio de las licencias parentales al año 2018, de acuerdo con los datos de la OCDE, es de 63.2 semanas.[65]

Licencia por cuidados médicos

Una adición publicada en el DOF el 4 de junio de 2019,[66] a la LFT, la Ley del Seguro Social y la Ley del ISSSTE incorporó la licencia por cuidados médicos a padres o madres de niñas, niños o adolescentes (NNA) de hasta 16 años, diagnosticados con cualquier tipo de cáncer. Las nuevas disposiciones prevén la posibilidad de obtener licencia cuando estos NNA requieran descanso en los períodos críticos de tratamiento o de hospitalización, incluido el tratamiento destinado al alivio del dolor y los cuidados paliativos por cáncer avanzado. La licencia expedida por el IMSS o el ISSSTE al padre o madre trabajadora asegurada tendrá una vigencia de uno y hasta 28 días. Podrán expedirse tantas licencias como sean necesarias durante un período máximo de tres años sin que se excedan 364 días de licencia.[67]

Si bien esto es significativo, la legislación del trabajo aún no considera las necesidades de otras personas destinatarias de cuidado, como quienes viven con discapacidad, las personas adultas mayores o quienes viven con enfermedades graves o terminales y requieren cuidados intensivos.[68]

Una de las formas en las que el Estado puede proteger y garantizar el derecho al cuidado es al proporcionar y promover la creación de instituciones que brinden servicios de apoyo al cuidado de las personas que lo necesitan, así como supervisar su adecuado funcionamiento. Entre ellas se encuentran las estancias infantiles, además de las instituciones para el cuidado de personas con discapacidad y adultas mayores.

ESTANCIAS INFANTILES

Las reformas de 1974 incluyeron en la Constitución y en la LFT disposiciones relativas a otorgar servicios de guarderías infantiles para las personas trabajadoras. La LFTSE también contiene una disposición en ese sentido desde los años 70. La Constitución señala, respecto del sector privado, que la Ley del Seguro Social comprenderá, entre otros, servicios de guardería y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares.[69]

65 *Ibídem*.
66 DOF. Decreto por el que se adicionan diversas disposiciones de la Ley del Seguro Social, de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y de la Ley Federal del Trabajo (4 de junio de 2019): https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5561817&fecha=04/06/2019.
67 LFT, 170 Bis; Ley del Seguro Social, 140 Bis, y Ley del ISSSTE, 37 Bis.
68 Jiménez, Lelia y Rodríguez, Graciela, *Agenda para la igualdad de género en México*, 2020, *op. cit*, p. 14.
69 CPEUM, artículo 123, apartado A, fracción XXIX.

Respecto del sector público, la Constitución establece la organización de la seguridad social y, en el párrafo en el que habla sobre el embarazo, la licencia de maternidad y la lactancia, indica que las mujeres disfrutarán del servicio de guarderías infantiles.[70]

La LFT estableció que los servicios de guardería infantil se prestarán por el IMSS.[71] Asimismo, la LFTSE dispone la obligación del Estado, como empleador, de proporcionar guarderías infantiles.[72] Sin embargo, el acceso a las estancias infantiles no se contempló para los padres trabajadores con base en la idea de que las responsabilidades de cuidado de niños y niñas debían ejercerse de manera primordial o exclusiva por las mujeres.

Otras instituciones públicas que se sumaron para prestar servicios de cuidado infantil fueron el ISSFAM, PEMEX, la Secretaría de Educación Pública (SEP) y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF).

En la década de 1990 aumentó el número de espacios para el cuidado infantil, tanto del IMSS, como del ISSSTE, además de otras instituciones públicas, en parte porque se adoptaron modelos mixtos de financiamiento.[73] En 2007 inició el Programa de Guarderías y Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras con subsidio y seguimiento de la entonces Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL). Una de las ventajas de este programa es que dio acceso a madres trabajadoras del sector informal.

De 2006 a 2011, los servicios de cuidado infantil y guarderías experimentaron un aumento masivo en términos de cobertura, sin embargo, nunca ha sido suficiente para garantizar el acceso a todas las personas que lo requieren, además de que estuvo acompañado de una mayor heterogeneidad en la supervisión de los servicios, permitiendo tragedias como la sucedida el 5 de junio de 2009 en la Guardería ABC,[74] subrogada por el IMSS, en Hermosillo, Sonora.[75]

Después de la tragedia de la Guardería ABC, se legisló y reguló en materia de calidad y monitoreo de las estancias de cuidado infantil: se promulgó la Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil (LGPSACDII) y su Reglamento con la idea de poder coordinar, evaluar y mejorar la provisión de este servicio. El Reglamento de la LGPSACDII contemplaba la creación de un Sistema Nacional para el Desarrollo Integral Infantil (SNDII) con el encargo de elaborar un Programa Nacional de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil (PNPS), que crearía los indicadores para evaluar su aplicación.

La LGPSACDII también estipuló la creación del Consejo Nacional de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil, conformado por diversas Secretarías de Estado, el SNDIF, el ISSFAM, el IMSS, el ISSSTE, entre otras entidades; y previó la elaboración de un Registro Nacional de Centros de Atención Infantil (RENCAI) y Registros Estatales de los Centros de Atención. Por otra parte, se creó la NOM-009-SEGOB-2015 sobre Medidas de previsión, prevención y mitigación de riesgos en Centros de Atención Infantil en la modalidad pública, privada y mixta (seguridad para los niños y niñas de la primera infancia).

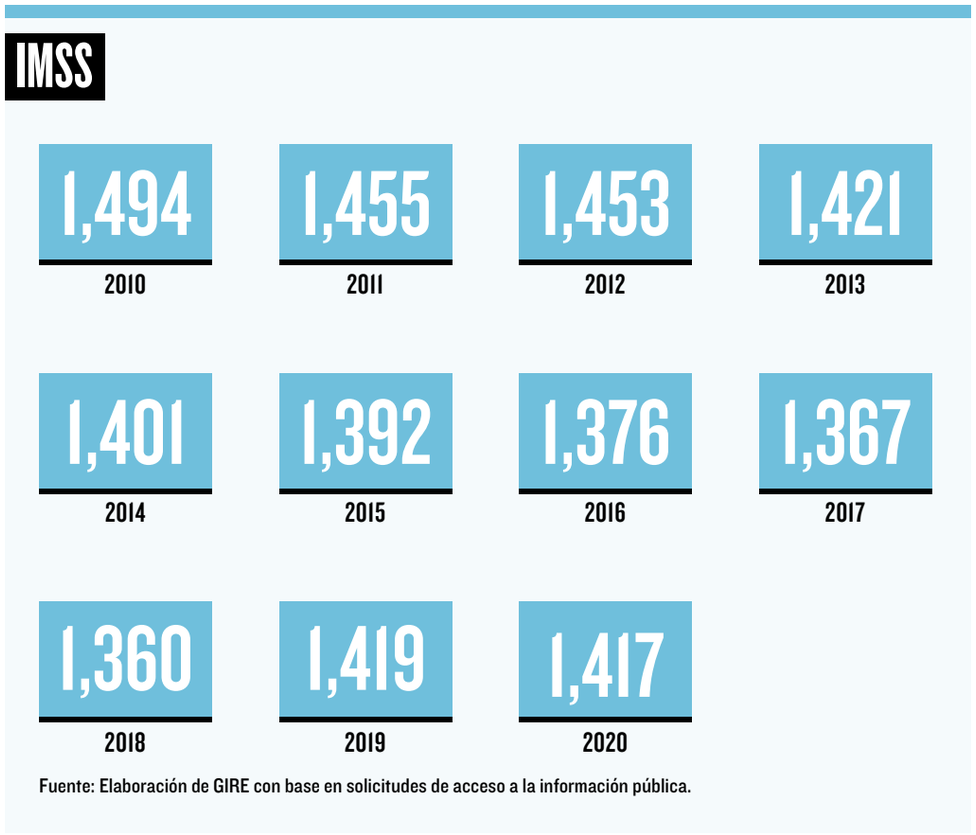
70 CPEUM, artículo 123, Apartado B, fracción XI, inciso c. Reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 31 de diciembre de 1974.
71 LFT, artículo 171.
72 LFTSE, artículo 43, fracción VI, inciso e.
73 GIRE, *Horas hábiles. Corresponsabilidad en la vida laboral y personal*, 2017, *op.cit*.
74 Center for Learning on Evaluation and Results Latin America, Centro de Investigación y Docencia Económicas, *Servicios públicos de cuidado infantil en México: una propuesta para medir su calidad*, México, p. 2. Disponible en: http://clear-la.cide.edu/sites/default/files/Métrica%20de%20la%20calidad%20de%20cuidado%20infantil%20en%20México%20RGT%20.pdf].
75 Ese día se incendió un edificio tipo bodega que compartía la misma estructura que la Guardería ABC y el fuego se propagó rápidamente. Murieron 49 niños y niñas de entre diez meses y cuatro años de edad, y 104 más resultaron lesionados o expuestos a la inhalación de gases tóxicos. Las investigaciones posteriores determinaron que la guardería no cubría con los requisitos de seguridad establecidos.

Todo ello significó un gran avance como legislación, normativa y estándares de política pública. Sin embargo, en la práctica se avanzó poco.[76] Los servicios de estancias de cuidado infantil ofrecidos por las diferentes entidades, públicas y privadas han sido muy variados en cuanto a disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y adaptabilidad en los últimos años, tomando en cuenta criterios de derechos humanos. GIRE ha identificado algunas deficiencias en el cumplimiento de estos criterios, por ejemplo, la falta de disponibilidad de estancias para las madres y padres trabajadores, así como insuficiencia respecto a los criterios mínimos de aceptabilidad.[77]

Por medio de solicitudes de acceso a la información realizadas por GIRE,[78] se conoce que de enero de 2010 a enero 2020 el IMSS[79] ha reportado contar con el siguiente número de estancias infantiles:

ESTANCIAS INFANTILES DEL IMSS

(ENERO 2010 - ENERO 2020)



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

De manera específica, los datos desagregados por entidad federativa más recientes son del año 2020:

76 GIRE, *Horas hábiles. Corresponsabilidad en la vida laboral y personal*, 2017, *op. cit*, pp. 214-244.
77 *Ibídem*, pp. 216-244.
78 Sistema de Acceso a la Información Pública, folio 0064101909720.
79 No fue posible conocer el número de estancias infantiles por parte del ISSSTE debido a que no se obtuvo respuesta a la solicitud de información enviada.

ESTANCIAS INFANTILES DEL IMSS POR ENTIDAD

(2020)

ENTIDAD	CAPACIDAD INSTALADA	INSCRITOS	% DE OCUPACIÓN	NÚMERO DE GUARDERÍAS			TOTAL
				SUBROGADAS	DIRECTAS	INDIRECTAS	
AGUASCALIENTES	4,856	4,112	66.34	1	1	25	27
BAJA CALIFORNIA	15,018	11,549	57.17		3	68	71
BAJA CALIFORNIA SUR	2,384	2,140	70.61			13	13
CAMPECHE	937	780	62.08			8	8
COAHUILA	10,885	8,932	61.78		5	55	60
COLIMA	3,557	3,146	71.64	1	1	16	18
CHIAPAS	2,022	1,433	54.79		1	14	15
CHIHUAHUA	18,339	13,764	58.11		9	88	97
CDMX	24,788	18,488	56.75		50	80	130
DURANGO	3,705	3,194	68.69		2	16	18
GUANAJUATO	13,860	10,512	58.84	2	5	65	72
GUERRERO	3,263	2,536	59.95		2	14	16
HIDALGO	2,930	2,114	56.78		1	18	19
JALISCO	16,527	14,282	66.78		5	90	95
MÉXICO	16,583	12,685	58.47		8	88	96
MICHOACÁN	7,876	6,518	65.57		3	39	42
MORELOS	4,963	3,732	59.17		1	28	29
NAYARIT	3,692	3,229	69.31		1	19	20
NUEVO LEÓN	14,854	12,230	63.10		5	82	87
OAXACA	1,676	1,434	67.75		1	11	12
PUEBLA	5,177	4,233	64.42		4	33	37
QUERÉTARO	6,405	5,366	65.30		1	32	33
QUINTANA ROO	4,284	3,339	57.88		1	20	21
SAN LUIS POTOSÍ	6,023	4,966	65.93		2	31	33
SINALOA	9,125	7,971	69.53	7	2	45	54
SONORA	15,167	12,953	62.79		5	70	75
TABASCO	1,208	961	59.99		1	7	8
TAMAULIPAS	14,153	10,178	54.90		5	71	76
TLAXCALA	808	586	61.17			6	6
VERACRUZ	8,682	6,736	60.43		3	63	66
YUCATÁN	5,519	4,244	59.32		1	34	35
ZACATECAS	3,838	3,258	67.77			28	28
	TOTAL						1,417

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

De los datos anteriores, se observa que la Ciudad de México, el estado de México, Jalisco, Chihuahua y Sonora son las entidades federativas con mayor número de estancias; sin embargo, sólo en Jalisco y Sonora el número de personas inscritas supera 60 por ciento de su capacidad instalada. Por otra parte, Baja California Sur y Colima son las únicas cuya ocupación supera 70 por ciento de la capacidad de las estancias. Sin embargo, estos datos en sí mismos no permiten estimar si el número de estancias de cada entidad es suficiente, ya que deben tomarse en cuenta otros factores como el número de población de derechohabientes de cada entidad, así como el número de niños y niñas que requieren el acceso a estos servicios, además de la calidad y la distribución de las estancias. Por otra parte, es importante señalar que estas cifras sólo corresponden a información reportada por el IMSS, ya que no se obtuvo respuesta por parte del ISSSTE.

Finalmente, el 21 de octubre de 2020[80] se reformaron los artículos 201 y 205 de la Ley del Seguro Social, sustituyendo por el término "personas trabajadoras" la parte que establecía que tendrían acceso al servicio de estancias infantiles las mujeres trabajadoras y de forma excepcional los padres trabajadores viudos o divorciados que ejercían la custodia exclusiva de sus hijos y no hubieran contraído matrimonio nuevamente, o que por resolución judicial tuvieran la custodia de un menor al que no puedan proporcionar atención y cuidados. La regulación anterior no sólo resultaba discriminatoria, sino que reproducía la idea de que las responsabilidades de cuidado, en particular de niñas y niños, corresponden sólo a las mujeres. Lo anterior significa un avance en materia legislativa para el reconocimiento de la necesidad de una corresponsabilidad en el trabajo de cuidados; sin embargo, el Reglamento para la Prestación de los Servicios de Guarderías del IMSS y el Reglamento de los Servicios de Atención para el Bienestar y Desarrollo Infantil del ISSSTE, a la fecha mantienen la misma redacción que distingue entre madres trabajadoras y padres trabajadores viudos o divorciados.

80 DOF. Decreto por el que se reforman los artículos 201, primer párrafo y 205, primer párrafo de la Ley del Seguro Social (21 de octubre de 2020).

REFORMAS EN MATERIA DE TELETRABAJO

A partir del contexto de la pandemia por COVID-19 se identificó una necesidad de incluir el reconocimiento de la modalidad de teletrabajo en la LFT.[81] De esta manera, el 11 de enero de 2021 se reformó el artículo 311 y se adicionó el capítulo XII bis de dicha Ley.[82] Estas disposiciones serán para las personas cuya actividad laboral se desarrolle en su domicilio más de 40 por ciento del tiempo.

Entre las obligaciones para las personas empleadoras destacan las siguientes:[83]

- Proporcionar, instalar y encargarse del equipo necesario para desempeñar el teletrabajo (equipo de cómputo, sillas ergonómicas o impresoras, por ejemplo).
- Asumir los costos derivados de la modalidad de teletrabajo, incluyendo, en su caso, el pago de servicios de telecomunicación y la parte proporcional de electricidad.
- Implementar mecanismos para salvaguardar la información y datos utilizados por las personas trabajadoras.
- Respetar el derecho a la desconexión al término de la jornada laboral.
- Inscribir a las personas trabajadoras al régimen obligatorio de la seguridad social.
- Observar una perspectiva de género que permita la conciliación de la vida personal y la disponibilidad de las personas para atender sus responsabilidades laborales.

Al respecto, la OIT señaló en un informe del año 2020 que durante el teletrabajo se deben respetar una serie de aspectos para garantizar la salud y la seguridad de los trabajadores. Si bien esta modalidad ofrece algunas ventajas como permitir a las personas gestionar la organización de su tiempo de trabajo, investigaciones han demostrado que, en general, puede dar lugar a un horario más prolongado y a un aumento de la carga de trabajo durante las noches y los fines de semana, lo que puede impactar de manera importante en la conciliación de la vida laboral y la familiar, en particular para las mujeres.[84]

Por lo anterior, uno de los retos más importantes a los que se enfrentan quienes realizan teletrabajo es el conflicto entre el trabajo y la vida personal, debido a que los límites entre esas dos áreas se han difuminado. Ante este panorama, la OIT recomienda a los empleadores apoyar la gestión de estos límites, estableciendo expectativas claras sobre los resultados del trabajo y ofreciendo al mismo tiempo la flexibilidad de gestionar los horarios laborales en función de las necesidades individuales.[85]

81 El teletrabajo es una forma de organización laboral subordinada que consiste en el desempeño de actividades remuneradas, en lugares distintos al establecimiento o establecimientos del patrón, por lo que no se requiere la presencia física de la persona trabajadora en el centro de trabajo, utilizando primordialmente las tecnologías de la información y comunicación, para el contacto entre la persona trabajadora y el patrón, bajo la modalidad de teletrabajo (LFT, artículo 330-A).

82 DOF, "Decreto por el que se reforma el artículo 311 y se adiciona el capítulo XII Bis de la Ley Federal del Trabajo, en materia de Teletrabajo", 11 de enero de 2021. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5609683&fecha=11/01/2021

83 STPS, "Entra en vigor reforma que regula el teletrabajo en México", Boletín de prensa 002/2021. Disponible en: https://www.gob.mx/stps/prensa/entra-en-vigor-reforma-que-regula-el-teletrabajo-en-mexico

84 Organización Internacional del Trabajo. *El teletrabajo durante la pandemia de COVID-19 y después de ella. Guía práctica*, 2020, pp. 5 y 6. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---travail/documents/publication/wcms_758007.pdf..

85 *Ibídem*, pp. 18 y 19.

AVANCES

A. ACCESO A ESTANCIAS INFANTILES PARA PADRES TRABAJADORES

Antes de la reforma de octubre de 2020, la Ley del Seguro Social establecía que sólo podían acceder a los servicios de estancias infantiles las mujeres trabajadoras y, de manera excepcional, los hombres trabajadores viudos o divorciados, o a quienes judicialmente se les hubiera confiado la custodia de sus hijos.

En octubre de 2015 el CONAPRED emitió la resolución 8/15, dirigida al ISSSTE y al IMSS como autoridades responsables de cometer discriminación hacia seis padres derechohabientes, quienes deseaban inscribir a sus hijas e hijos a los servicios de estancias infantiles del ISSSTE o de guarderías del IMSS. Dicha prestación se les había condicionado o restringido a encontrarse en los supuestos de divorcio, viudez o cualquier otra circunstancia por la que tuvieran a su exclusivo cargo la custodia legal de sus hijos o hijas.

Por su parte, la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) se pronunció en el Amparo en Revisión 59/2016,[86] acompañado por GIRE, respecto de los estándares mínimos para juzgar con perspectiva de género y estableció la importancia de garantizar la igualdad entre mujeres y hombres en cuanto al acceso a las estancias infantiles, toda vez que la crianza y el cuidado de los hijos y las hijas no es exclusivo de las mujeres, como erróneamente se asume en la legislación con base en estereotipos de género.

El caso versó sobre la negativa del IMSS a un hombre respecto de su petición para acceder al servicio de guarderías para su hijo, bajo el argumento de que no cumplía con los requisitos establecidos en ese momento por los artículos 201 y 205 de la Ley del Seguro Social, pues no se trataba de un trabajador viudo o divorciado. La Segunda Sala de la SCJN, después de analizar los artículos antes citados, así como lo establecido en el artículo 2 del Reglamento de Prestación de Servicios de Guardería del IMSS, determinó que la distinción que se hace entre las mujeres y los hombres trabajadores al concederles a éstos el acceso al servicio de guardería sólo de manera excepcional es injustificada y discriminatoria, contraria al derecho a la igualdad entre la mujer y el hombre establecida en el artículo 4 constitucional y que además refuerza el estereotipo de que el deber de crianza y cuidado de los hijos es responsabilidad de la mujer. Asimismo, determinó que obstaculizar el acceso a los padres a los servicios de guarderías viola los derechos a la no discriminación, a la seguridad social y atenta contra el interés superior del menor.

86 SCJN, Segunda Sala. Sentencia de Amparo en revisión 59/2016, Ministra ponente: Margarita Beatriz Luna Ramos, 29 de junio de 2016. Disponible en: https://emiliano-zapata.scjn.gob.mx/sites/default/files/derechos/2019-04/05.3HombresGuarderiasInfAR59-2016.pdf.

Finalmente, esta sentencia destaca por señalar que las y los juzgadores deben cuestionar los estereotipos preconcebidos en las leyes, respecto de las funciones de uno u otro sexo, así como actuar con neutralidad en la aplicación de la norma jurídica en cada situación, ya que el Estado debe velar porque en toda controversia jurisdiccional donde se advierta una situación de violencia, discriminación o vulnerabilidad por razones de género, ésta se tome en cuenta, a fin de visualizar con claridad la problemática y garantizar el acceso a la justicia de forma efectiva e igualitaria. Posteriormente, la Corte se pronunció en el mismo sentido en otros casos, también acompañados por GIRE.[87]

La reforma del 21 de octubre de 2020, que estableció el derecho de todas las personas trabajadoras de acceder a los servicios de estancias infantiles, eliminó una forma de discriminación directa que reforzaba el estereotipo de género que coloca a las mujeres como únicas responsables del cuidado de los hijos e hijas. GIRE trabajó de manera constante dicho tema, tanto en los casos acompañados desde 2013, como en las acciones de incidencia, recomendaciones al Estado mexicano en sus informes y la constante estrategia de comunicación que ayudó a colocar el tema en la agenda pública.

B. RECONOCIMIENTO LABORAL DE LAS TRABAJADORAS DEL HOGAR

El trabajo del hogar remunerado se trata, por un lado, de una labor invisibilizada, realizada en la mayoría de los casos de manera informal (sin contrato, prestaciones ni seguridad social) y en condiciones de desigualdad; y, por otro lado, que permite a los empleadores salir a generar ingresos sin tener que ocuparse de las labores domésticas y de cuidado. Esto es muy claro en el caso de las mujeres empleadoras quienes, en ocasiones, no cuentan con horarios flexibles, seguridad social que les brinde el servicio de estancias infantiles, días de vacaciones, lactarios y otras prestaciones que faciliten el ejercicio de su vida laboral a la vez que atienden las necesidades del hogar. Así, quienes cuentan con los recursos necesarios, contratan, en la mayoría de los casos, a una mujer que realice sus tareas domésticas y de cuidados, lo que implica que las trabajadoras del hogar cubran, a su vez, dobles jornadas, viéndose especialmente afectadas aquellas que no cuentan con las prestaciones establecidas por ley.[88]

El 10 de abril de 2019 arrancó el Programa Piloto para personas trabajadoras del hogar en México con el fin de implementar un régimen especial para garantizar el acceso a la seguridad social a las personas trabajadoras del hogar, a fin de que sean afiliadas en igualdad de condiciones que el resto de las personas trabajadoras.[89] En noviembre de 2020 se inició la segunda fase de la prueba piloto para la afiliación de las personas trabajadoras del hogar al IMSS, con un procedimiento más sencillo para los usuarios que desean incorporar a las personas contratadas para trabajar en sus hogares, de las cuales se considera que 68 por ciento son mujeres. Se reportó que la afiliación lograda durante la primera fase (27 mil 640 personas y sus beneficiarios) es siete veces superior a los registros que se tuvieron con el esquema anterior de incorporación de trabajadores domésticos, que a abril de 2019 era de tres mil 848 personas.[90]

87 Véase en SCJN los amparos: AR 700/2017, AR 1369/2017, AR239/2018 y AR 568/2018.
88 Oelz, Martin y Uma Rani, *Domestic work, wages, and gender equality: Lessons from developing countries*. OIT, Ginebra, 2015, p. 11.
89 IMSS, Personas trabajadoras del hogar: http://www.imss.gob.mx/personas-trabajadoras-hogar.
90 Gobierno de México. Presenta IMSS segunda fase de la prueba piloto para la afiliación de las Personas Trabajadoras del Hogar (noviembre de 2020). Disponible en: http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202011/762.

Por su parte, la LFT fue reformada el 2 de julio de 2019[91], estableciendo una serie de modificaciones al capítulo XIII sobre trabajadoras del hogar. En los artículos del 331 al 343 se establece a quiénes se considera personas trabajadoras del hogar, así como una serie de derechos y obligaciones para las trabajadoras y sus empleadores.

Entre los avances más relevantes tras las reformas de 2019 a la LFT se encuentra la definición de persona trabajadora del hogar,[92] pues en la actualidad se contemplan tanto labores domésticas como de cuidados y se subraya el hecho de que se trata de una relación laboral. Asimismo, se regulan temas como la edad mínima de la persona trabajadora para prevenir posibles situaciones de abuso y garantizar el correcto desarrollo de las personas adolescentes. La reforma establece también la obligación de un contrato escrito donde se detallen aspectos como el horario, el salario y las prestaciones que recibirá la trabajadora, entre otras cosas. Otro avance importante en la legislación es el establecimiento de un período mínimo de descanso para las trabajadoras, así como el hecho de que los alimentos y la habitación (para quienes residen en el lugar de trabajo) serán obligatorios. Todo lo anterior sumado a la obligatoriedad de inscribirlas en el IMSS.

Por otro lado, las reformas contemplan a las personas migrantes dedicadas al trabajo del hogar como titulares de derechos laborales en México. También se establecen los puntos que justifican la rescisión de un contrato de este tipo, tanto por parte de la persona que contrata como de la persona trabajadora, y los plazos e indemnizaciones correspondientes.

Sin embargo, también es importante mencionar que, para mediados de 2019, nueve de cada diez trabajadoras del hogar eran mujeres (88.9 por ciento); y los 2.2 millones de trabajadoras del hogar representaban, en ese mismo año, 10.2 por ciento del total de población femenina ocupada de 15 años y más. Por su parte, la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) 2019 indicó que 96.7 por ciento de las personas ocupadas en el trabajo doméstico remunerado lo hace de manera informal, y un reciente informe sobre las trabajadoras remuneradas del hogar de América Latina y el Caribe ha señalado que 70.4 por ciento de las trabajadoras domésticas se han visto afectadas por las medidas de confinamiento, ya sea porque han visto disminuida su actividad, por desempleo, reducción de las horas trabajadas o por la pérdida de salarios.[93]

En México, la pandemia ha incrementado las tareas domésticas y de cuidado en los hogares por la necesidad de mayores medidas de desinfección de los espacios y por el cuidado de personas enfermas, infantes y personas mayores. El cierre de escuelas y guarderías implica una necesidad de resolver el cuidado de niños, niñas y adolescentes en horas laborales. Además, la saturación de los sistemas de salud debido al incremento de los casos por COVID-19, ha derivado en el traslado e incremento de cuidados al interior de los hogares.[94] Esta sobrecarga del trabajo no remunerado afecta principalmente a las mujeres.

91 DOF. Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley Federal del Trabajo y de la Ley del Seguro Social, en materia de las personas trabajadoras del hogar (2 de julio de 2019) Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5564651&fecha=02/07/2019.

92 LFT, artículo 331: Persona trabajadora del hogar es aquella que de manera remunerada realice actividades de cuidados, aseo, asistencia o cualquier otra actividad inherente al hogar en el marco de una relación laboral que no importe para la persona empleadora beneficio económico directo, conforme a las horas diarias o jornadas semanales establecidas en la ley, en cualquiera de las siguientes modalidades: I. Personas trabajadoras del hogar que trabajen para una persona empleadora y residan en el domicilio donde realice sus actividades, II. Personas trabajadoras del hogar que trabajen para una persona empleadora y que no residan en el domicilio donde realice sus actividades, y III. Personas trabajadoras del hogar que trabajen para diferentes personas empleadoras y que no residan en el domicilio de ninguna de ellas.

93 ONU Mujeres, OIT, CEPAL, *Trabajadoras remuneradas del hogar en América Latina y el Caribe frente a la crisis del Covid-19*, 2020, p. 8. Disponible en: https://www.cepal.org/sites/default/files/document/files/trabajadoras_remuneradas_del_hogar_v11.06.20_1_1.pdf.

94 OIT, Convenio 189, artículo 3. Disponible en: https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C189.

Muchas trabajadoras han enfrentado despidos injustificados, suspensión "indefinida" sin goce de sueldo, reducción del sueldo o, quienes trabajan de planta, han tenido que permanecer en confinamiento en el hogar donde trabajan. Y, por otra parte, la crisis sanitaria ha impactado también el acceso de las personas trabajadoras del hogar al programa piloto implementado por el IMSS en 2019. En marzo de 2020 se reportó la afiliación de 21,592 personas trabajadoras del hogar al programa piloto, pero para mayo de ese mismo año esta cifra disminuyó a 21,133. Es decir, en tan sólo un mes se registró que, al menos, 459 personas trabajadoras del hogar perdieron el acceso a la seguridad social, sin embargo, esta cifra no refleja el número real de trabajadoras que han sido despedidas injustificadamente tras la pandemia.[95]

En términos presupuestales, si bien el Programa de Apoyo Financiero a Microempresas Familiares, que contempla a las trabajadoras del hogar incorporadas al IMSS, se consideró como la vía para que recibieran un apoyo económico adicional durante la crisis sanitaria; el programa presenta graves problemas de opacidad, ya que no se cuenta con un padrón en el que se pueda desagregar por sexo a las y los beneficiarios y tampoco se cuenta con información desagregada por sector de la economía, formal o informal, del negocio beneficiado. Además, durante 2020, existió un sobrejercicio en este programa presupuestario debido a la implementación de medidas de mitigación económica por la pandemia.[96]

Por último, es importante señalar que el 3 de julio de 2020, México ratificó el Convenio 189 sobre las Trabajadoras y los Trabajadores Domésticos, el cual establece una serie de derechos para las trabajadoras domésticas, así como la obligación del Estado de adoptar medidas para asegurar la promoción y la protección efectivas de los derechos humanos de dichas personas trabajadoras.[97]

95 Observatorio Género y COVID-19 en México. *Nos cayó el 20. Diagnóstico y recomendaciones del Observatorio Género y COVID-19 en México*, 2021, *op. cit*, p. 32.

96 Observatorio Género y COVID-19 en México, 2020. Trabajadoras del hogar. Disponible en: https://genero-covid19.gire.org.mx/tema/trabajadoras-del-hogar/.

97 Observatorio Género y COVID-19 en México. *Nos cayó el 20. Diagnóstico y recomendaciones del Observatorio Género y COVID-19 en México*, 2021, *op. cit*, pp. 19-21.

BARRERAS

A. OBSTÁCULOS AL ACCESO A LICENCIAS LABORALES

LICENCIAS DE MATERNIDAD

A la insuficiencia de los períodos de licencia otorgados por la legislación mexicana se suman los obstáculos formales e informales que pueden existir dentro de los esquemas laborales para solicitarlas. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (ENESS) del INEGI, en 2017, "739 mil mujeres trabajadoras de 15 a 49 años mencionaron recibir atención materna por parto, complicaciones en el embarazo o aborto; de las cuales sólo 45 por ciento refirió haber obtenido una incapacidad o licencia médica",[98] lo que se traduce en que 55 por ciento de ellas vieron violados sus derechos humanos.

A pesar de que en marzo de 2019 fueron aprobados dos dictámenes para ampliar las licencias de maternidad, y éstos se publicaron en la Gaceta del Senado y recibieron la Primera Lectura el 3 de octubre de 2019, nunca fueron retomados e incluso desaparecieron de la lista de "asuntos pendientes" a partir de la sesión del 15 de octubre del mismo año.

Por otra parte, no sólo las personas que laboran en el sector informal encuentran obstáculos para acceder a licencias de maternidad. El requisito para que el IMSS cubra el subsidio de la licencia establecido en la Ley del Seguro Social (artículo 101) es que la persona trabajadora debe haber cotizado al menos 30 semanas anteriores a la licencia (artículo 102, fracción I), de lo contrario quedará a cargo del empleador el pago del salario íntegro (artículo 103). Esta distinción entre quienes han cotizado 30 semanas y quienes no, puede ser uno de los motivos por los que las y los empleadores recurren a la práctica discriminatoria (y prohibida por ley) de solicitar certificados de ingravidez al momento de la contratación.

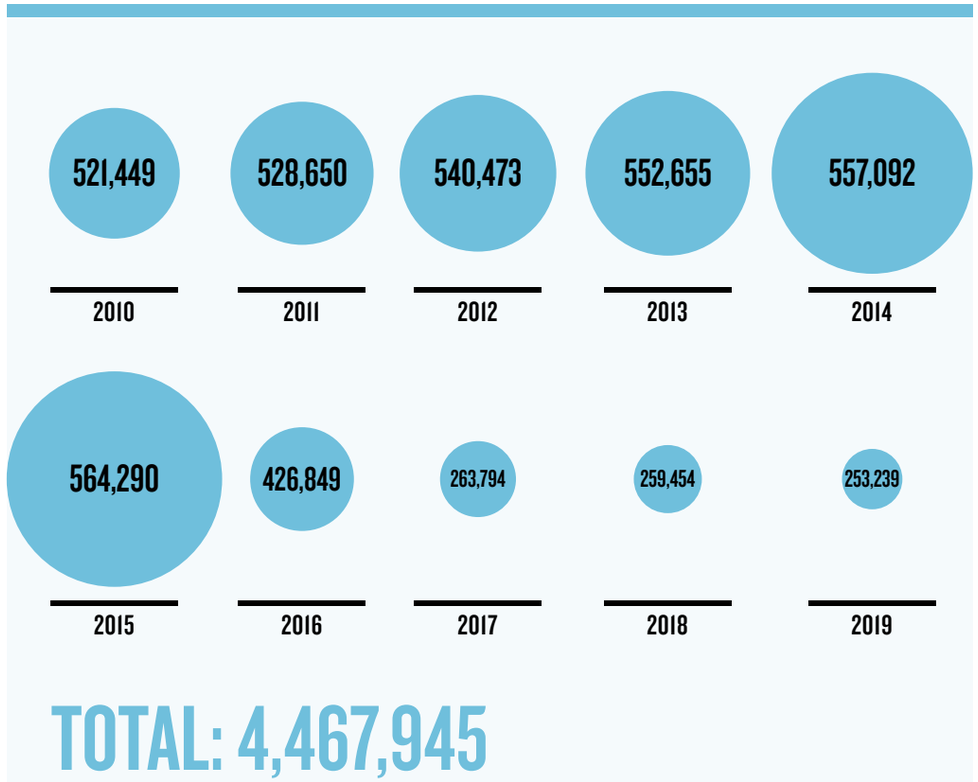
También, a quienes laboran en el sector público, la LFTSE aún no les permite transferir semanas previas al parto al período posnatal (artículo 28) y no prevé la licencia de maternidad en caso de adopción.

98 INEGI, ENESS, Principales Resultados, 2017, p. 26. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/eness/2017/doc/presentacion_eness_2017.pdf

Aunque hay entes públicos que otorgan licencias por adopción (como la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México), la falta de regulación a nivel de la LFTSE deja en desventaja a las trabajadoras del Estado que no pueden acceder a esta prestación. De esta manera, el Estado mexicano falla en garantizar el acceso al mismo derecho para todas las mujeres: por un lado, quienes trabajan en el sector público tienen menos acceso a servicios que las que trabajan en el sector privado; sin embrago, no se puede perder de vista que las mujeres empleadas en el sector informal tienen todavía menos posibilidad de acceso a prestaciones como ésta.

En respuesta a una solicitud de información enviada por GIRE, el IMSS[99] afirmó que el número de certificados de incapacidad temporal, es decir, de licencias, por concepto de maternidad, otorgados entre el 1º de enero de 2010 y el 1º de enero de 2020 fue según se muestra en la siguiente tabla:

LICENCIAS DE MATERNIDAD OTORGADAS POR EL IMSS
(ENERO 2010 - ENERO 2020)



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

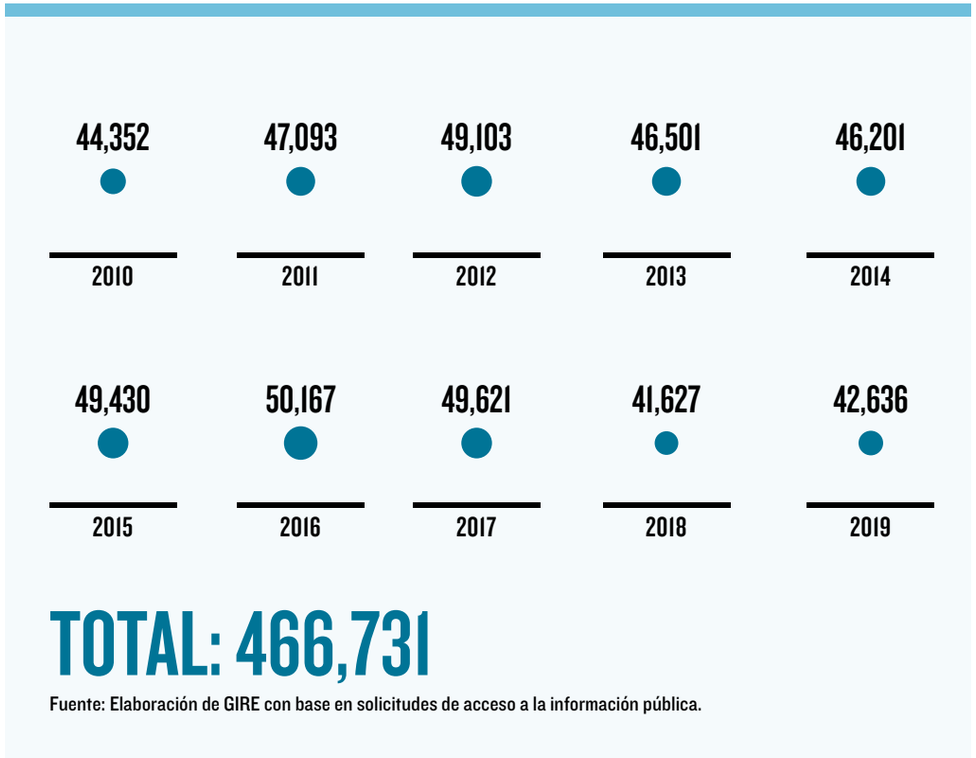
99 IMSS, Sistema de Acceso a la Información Pública, folio 0064101909120.

De los datos anteriores, se observa que el número de licencias otorgadas desde 2010 va gradualmente en aumento hasta 2015, cuando comienza a reducirse considerablemente, y en el año 2017 baja de manera abrupta a casi la mitad y continúa en descenso. El oficio de respuesta del IMSS añade "Nota: En el mes de julio de 2016 el IMSS anuncia nuevas reglas para otorgar las incapacidades por maternidad, con la expedición de un certificado único de incapacidad hasta por 84 días a las aseguradas", es decir, un certificado que suma los 42 días previos y los 42 días posteriores al parto. Sin embargo, no proporciona información adicional sobre si las nuevas reglas limitan u obstaculizan de alguna manera el acceso a las licencias de maternidad o la razón del descenso en el número de licencias otorgadas.

Por su parte, el ISSSTE, como respuesta a una solicitud de información enviada por GIRE,[100] manifestó que el número de licencias de maternidad otorgadas por año desde el 1º de enero de 2010 hasta el 1º de enero de 2020 fue:

LICENCIAS DE MATERNIDAD OTORGADAS POR EL ISSSTE

(ENERO 2010 - ENERO 2020)



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

100 ISSSTE, Sistema de Acceso a la Información Pública, folio 0063700546820.

Las fluctuaciones que se observan en este caso podrían deberse a múltiples factores, sin embargo, los números absolutos no dan suficiente información acerca de si las personas enfrentaron barreras para acceder a las licencias o si hay algún patrón con respecto a quiénes la solicitan, en qué situaciones se les niegan y otros supuestos que pudieran explicar la tendencia a la disminución a partir del año 2018.

LICENCIAS DE PATERNIDAD

La limitada duración de la licencia de paternidad reconocida por la ley en México refuerza el estereotipo de que el cuidado de las niñas y niños es responsabilidad principal o exclusiva de las mujeres. Los trabajadores que son padres sufren una doble discriminación: una licencia muy breve y la ausencia de subsidios públicos para la misma, ya que la Ley del Seguro Social no los contempla. Esta situación repercute también en las mujeres, pues por lo general son ellas quienes tendrán que hacer frente a las labores de cuidado de la persona recién nacida o adoptada ante la ausencia de una licencia de paternidad. Estas limitaciones resultan también en una forma de discriminación para las familias homoparentales conformada por varones, o de un hombre que esté criando a un hijo solo, que se encontrarán con la dificultad para llevar a cabo los cuidados que requiere la hija o el hijo recién nacido.

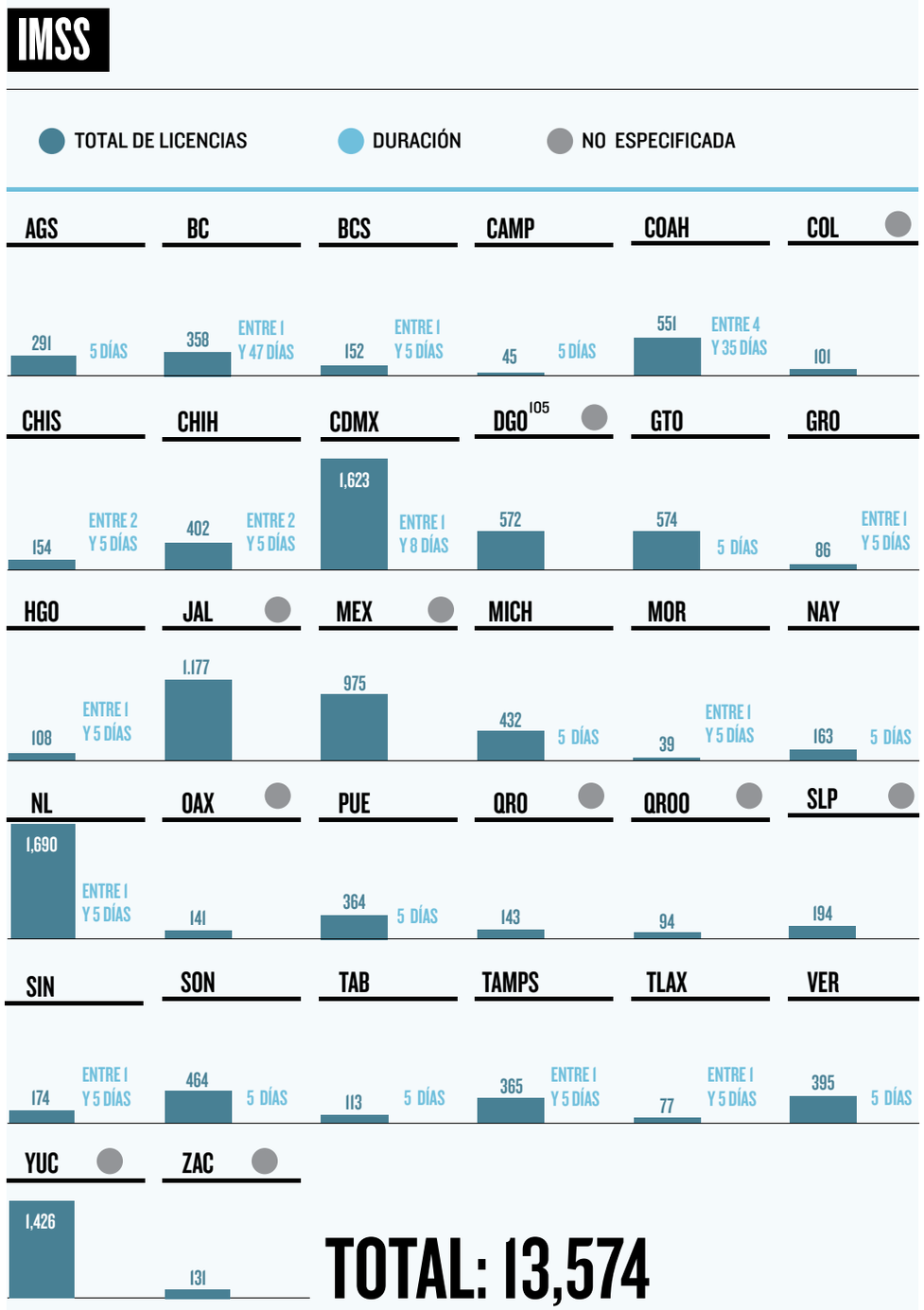
Aunado a lo anterior, es frecuente que las licencias de paternidad no se tomen, a pesar de que los trabajadores tengan derecho a ellas; en parte, porque el IMSS no las subsidia y, también, por la cultura laboral patriarcal que considera que los varones no deben abandonar el trabajo para cuidar de sus hijas e hijos.[101]

Al igual que en el caso de las licencias de maternidad, GIRE solicitó al IMSS el número de licencias de paternidad autorizadas en el periodo del 1º de enero de 2010 al 1º de enero de 2020. Dicho instituto informó que no cuenta con esta información sistematizada[102] y proporcionó las respuestas enviadas por sus delegaciones en las entidades federativas sobre el número de trabajadores del IMSS que contaron con licencia de paternidad.[103] Sin embargo, los criterios de cada delegación fueron distintos,[104] por lo cual no es posible determinar si existen barreras en el acceso a la licencia de paternidad del IMSS a partir de dichos datos. Cabe también mencionar que en varias de las respuestas se recibió información que no comprendía a la totalidad del período por el que se solicitó la licencia.

101 GIRE, *Horas hábiles. Corresponsabilidad en la vida laboral y personal, 2017, op.cit*, pp. 147-154.
102 Puede deberse a que, conforme a la LFT, el pago del permiso de cinco días con goce de sueldo corre por cuenta del empleador y no del IMSS.
103 IMSS, Sistema de Acceso a la Información Pública, folio 0064101909620.
104 Por ejemplo, mientras la mayoría de los estados proporcionó el número total de licencias otorgadas, así como la duración de las mismas, otros estados reportaron la totalidad de días otorgados en general de cada año.

LICENCIAS DE PATERNIDAD OTORGADAS POR ENTIDAD FEDERATIVA

(ENERO 2010 - ENERO 2020)



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

105 Reportaron el total de días autorizados, no el número de licencias.

Algunas delegaciones del IMSS como Baja California, Campeche y Ciudad de México reportaron haber otorgado licencias a sus trabajadores con una duración mayor a los cinco días establecidos por la LFT, entre ellas destaca Baja California que ha otorgado licencias a sus trabajadores hasta por 47 días. Cabe resaltar también el caso de Tamaulipas, que reportó haber otorgado licencias aún antes de la reforma de 2012 a la LFT.

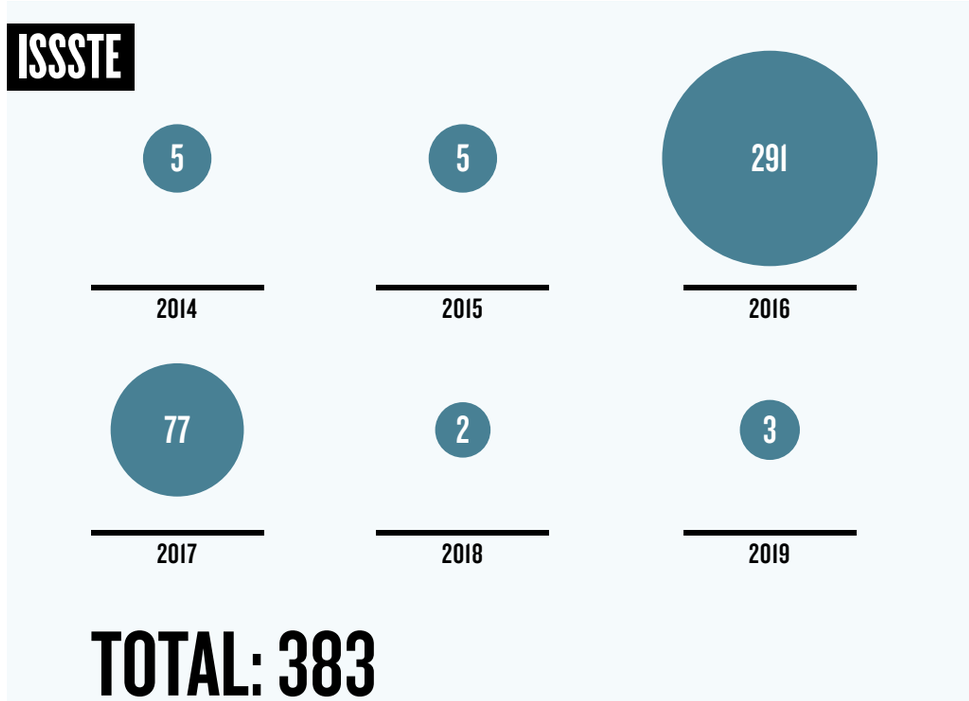
Asimismo, se observa que la mayoría de las delegaciones del IMSS no cuenta con información de varios años en los cuales ya era vigente la reforma de 2012 a la LFT que incorporó la licencia de paternidad. Varias delegaciones reportaron que las licencias se comenzaron a autorizar a partir de 2015, 2016 o 2017, derivado de la modificación del artículo 63 inciso XVI del Reglamento Interior de Trabajo del Contrato Colectivo de Trabajo el 16 de octubre de 2015. Otras entidades manifestaron que comenzaron a autorizar las licencias hasta que se modificó el programa informático del IMSS para poder incluir dichos casos.

Es importante señalar que, si bien estos datos aportan información interesante, son insuficientes, ya que sólo se refieren a los trabajadores del IMSS y no a toda la población derechohabiente.

Por su parte, el ISSSTE reportó los siguientes datos, también en relación con sus trabajadores y no con la totalidad de la población derechohabiente:

LICENCIAS DE PATERNIDAD OTORGADAS

ENERO 2010 - ENERO 2020



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

En el caso de la información proporcionada por el ISSSTE, también se observa una diferencia significativa entre el número de permisos otorgados a sus trabajadores en 2016 en comparación con los demás años. En este caso la información no fue desagregada por entidades y sólo se reportaron los totales de algunos años, por lo cual la información resulta insuficiente.

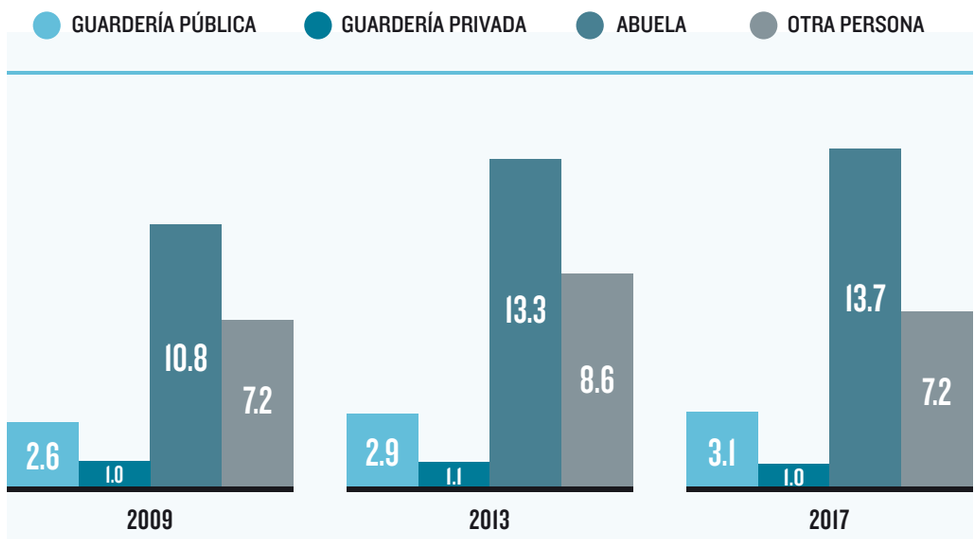
En el último año, el crecimiento del desempleo, la informalidad y la precariedad laboral, particularmente a partir de la pandemia por COVID-19 han impactado a los padres trabajadores y a su posibilidad de tener acceso a las instituciones de seguridad social y, por ende, a una licencia de paternidad. De acuerdo con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la OIT "las repercusiones de la pandemia —pérdida del trabajo, estrés prolongado y deterioro de la salud mental— afectarán a las familias durante años", por lo cual señalaron que las políticas favorables a la familia, las licencias remuneradas, las disposiciones laborales flexibles y el acceso a guarderías de calidad para las situaciones de emergencia pueden marcar una importante diferencia.[106]

106 UNICEF, OIT, "Al agravarse cada vez más la situación por COVID-19, se requiere más ayuda para las familias que trabajan, dicen Unicef y OIT", comunicado de prensa, 30 de marzo de 2020. Disponible en: https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/al-agravarse-situacion-por-covid-19-se-requiere-mas-ayuda-para-familias-que-trabajan

B. ELIMINACIÓN DEL PROGRAMA DE ESTANCIAS INFANTILES DE LA SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL

En México, la mayoría de las madres y padres trabajadores no tienen acceso a estancias de cuidado infantil, debido a que éstas suelen estar asociadas a la derechohabiencia a un sistema de seguridad social. De hecho, las cifras muestran que cuando las madres y los padres trabajan, a la mayoría de niñas y niños los cuidan las abuelas y otras mujeres del núcleo familiar.[107]

CUIDADO DE NIÑAS Y NIÑOS
(2017)



Fuente: Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2017.

107 INEGI, *ENESS, Principales Resultados, op. cit.* p.27.

A pesar de todo el desarrollo legislativo y normativo respecto de la educación inicial y el enfoque de desarrollo integral de la infancia, aún no se garantiza el acceso a servicios adecuados de cuidado infantil para las madres y padres trabajadores.

En cuanto a disponibilidad, los últimos dos años han significado un enorme retroceso en los derechos, tanto de las niñas y niños de recibir atención y cuidados, como de las madres y padres de recibir el apoyo del Estado para el cuidado de sus hijas e hijos. En diciembre de 2018 el Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras, enfocado a familias sin acceso a seguridad social y en condiciones económicas precarias, sufrió una reducción de casi 50 por ciento en su presupuesto. En febrero de 2019 se publicaron nuevas reglas de operación que desaparecieron el Programa de Estancias Infantiles y establecieron uno nuevo, llamado Programa de Apoyo para el Bienestar de las Niñas y Niños, Hijos de Madres Trabajadoras, que consiste en realizar transferencias directas a madres o padres a cargo de uno o más niños menores de cuatro años. Un número muy importante de estancias infantiles cerraron y dejaron a miles de madres y padres trabajadores sin acceso a servicios de cuidado infantil.[108]

GIRE, junto con la Fundación de la Barra Mexicana Colegio de Abogados, Save the Children, la Red por los Derechos de la Infancia en México (REDIM), así como un grupo de estancias y madres beneficiarias del Programa de Estancias Infantiles, promovió el 12 de abril de 2019 una demanda de amparo indirecto para tutelar los derechos constitucionales de 34 madres trabajadoras y de sus hijos e hijas, quienes se beneficiaban del ahora extinto Programa de Estancias Infantiles para apoyar a Madres Trabajadoras.

En dicho amparo se argumentó que la eliminación del Programa de Estancias Infantiles y su sustitución por el Programa de Apoyo para el Bienestar significa una clara violación a derechos humanos por las siguientes razones:

1) El Estado mexicano incumple sus obligaciones en materia de derechos humanos, tales como promover, proteger, respetar y garantizar los derechos de los niños, niñas y padres de familia y el principio del interés superior del menor, en particular en lo que se refiere a las niñas y niños cuyos padres no están afiliados al sistema de seguridad social.

2) La medida es una violación a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que reconoce que este grupo poblacional y sus familiares deben recibir la protección y la asistencia necesarias para que quienes viven con una discapacidad gocen de sus derechos plenamente y en igualdad de condiciones.[109]

108 CNDH, Recomendación No. 29 / 2019 Sobre el caso de la violación a los derechos humanos de las personas usuarias y beneficiarias del "programa de estancias infantiles para apoyar a madres trabajadoras, 31 de mayo de 2019, México.

109 Con las reglas anteriores el Gobierno Federal, por conducto de la Secretaría de Desarrollo Social (hoy Secretaría del Bienestar), cubría $1,800 mensuales por cada niña o niño de entre 1 año y hasta 1 día antes de cumplir los 6 años, con alguna discapacidad que contaran con certificado médico vigente, que se transferían directo a la Estancia Infantil afiliada al Programa que cuente con Autorización del Modelo de elección de la madre trabajadora. Sin embargo, en las nuevas Reglas de Operación promulgadas el 28 de febrero de 2019, se modificaron los términos del apoyo, estableciendo que se brindaría un apoyo bimestral de $3,600 bimestrales por cada niña o niño. En la demanda de amparo se argumentó que las nuevas reglas de operación no responden a las necesidades de las personas con discapacidad, ni garantizan de forma alguna sus derechos, ya que no prevén procedimientos ni lineamientos que permitan establecer la forma en que se garantizarán los derechos de las niñas y niños con discapacidad. De manera puntual se señaló que "Las reglas de operación impugnadas impiden que se vigile que las estancias infantiles cuenten con personal capacitado para cuidar a las niñas y niños y, en caso de que sean los familiares los que presten el cuidado, se deja a aquellos en una situación de clara desventaja respecto de otras niñas y niños".

3) Se violan también los derechos a la salud, educación, trabajo, así como sus garantías de no regresión, igualdad entre hombres y mujeres y protección al interés superior de la infancia. El principio de no regresividad de los derechos sociales asegura que, una vez alcanzado un cierto nivel de protección, el Estado no está facultado para establecer un sistema con menor protección.

4) Se omite la realización de un análisis de proporcionalidad sobre la idoneidad de la medida propuesta por el Gobierno de entregar los recursos directamente a los padres. El principio de proporcionalidad es relevante cuando se enfrenta la posibilidad de que un derecho sea limitado. Aquí la cuestión es saber de qué manera y con qué requisitos se puede limitar este derecho. Además de que se están violando las garantías de seguridad jurídica y de legalidad por falta de fundamento y motivación.[110]

Con motivo de lo anterior, se integró el expediente de Amparo indirecto 563/2019, respecto al cual está pendiente que el Tribunal Colegiado se pronuncie.

110 GIRE, "Defender las estancias infantiles", 1 de abril de 2019. Disponible en: https://gire.org.mx/blogs/defender-las-estancias-infantiles/

4.2

ACCESO A LA JUSTICIA

ARMANDO Y GISELA[111]

CIUDAD DE MÉXICO

El hijo de Armando y Gisela tenía dos años y asistía a una guardería del IMSS a la que ella tenía derecho en virtud de su relación laboral; sin embargo, ésta terminó. Gisela consiguió otro empleo como trabajadora del hogar, pero se quedó sin la prestación de servicios de cuidado infantil. Entonces Armando, quien aún era derechohabiente del IMSS, solicitó formalmente, con acompañamiento de GIRE, la inscripción de su hijo en otra guardería. Su solicitud fue negada con fundamento en la Ley del Seguro Social, que establecía que el servicio de guarderías era exclusivo para las mujeres; y que sólo de forma extraordinaria se prestaría a un hombre (en el caso de que fuera viudo, divorciado, tuviera la custodia de los hijos por resolución judicial, siempre y cuando no contrajera matrimonio nuevamente o se uniera en concubinato, o por resolución judicial ejerciera la patria potestad). Tal determinación era discriminatoria y violatoria de derechos humanos.

En marzo de 2015, con acompañamiento de GIRE, Armando presentó una demanda de Amparo Indirecto en contra del IMSS. El caso llegó a la SCJN, la cual se pronunció, en el Amparo en Revisión 59/2016, y señaló que la distinción entre hombres y mujeres del beneficio del servicio de guarderías es injustificada y discriminatoria, violatoria del artículo 1º de la Constitución. La Corte resaltó que ese trato diferenciado deriva de la asignación a las mujeres del rol de cuidado de los hijos e hijas, por el sólo hecho de serlo, lo que implica un estereotipo de género, sin considerar que la responsabilidad de la crianza, la atención y el cuidado de los hijos es una responsabilidad de los padres, que deben participar en igual medida. El trato diferenciado discrimina a mujeres, y también a hombres.

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

La Corte determinó que el cuidado de los hijos y velar por el pleno desarrollo de la familia es una tarea de corresponsabilidad de ambos padres y que, por lo tanto, los (entonces) artículos 201 y 205 de la Ley del Seguro Social violaban el derecho humano de no discriminación, de igualdad, de seguridad social y el del interés superior del niño contenidos en los artículos 1º, 4º y 123, apartado A, de la Constitución Federal, en la medida en la que establecía requisitos a los hombres, distintos de los que se señalan a las mujeres aseguradas, para poder acceder al beneficio de la guardería de los hijos, y porque privan al menor de acceder al mismo a través del padre asegurado por el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Esta sentencia[112] marcó un parteaguas en materia de derechos humanos y no discriminación relacionada con los servicios de cuidado infantil. Después de dicha sentencia, otros cinco padres obtuvieron amparos otorgados por la SCJN en el mismo sentido; finalmente, en 2020, se logró la reforma a la Ley del Seguro Social por la cual la distinción entre padres y madres trabajadores en el acceso a estancias infantiles fue eliminada.

112 SCJN, Segunda Sala, "Sentencia de Amparo en revisión 59/2016", Ministra ponente: Margarita Beatriz Luna Ramos, 29 de junio de 2016, pp. 33 y 34.

PATRICIA[113]

CIUDAD DE MÉXICO

Patricia laboraba en el Instituto Electoral del Distrito Federal (hoy Ciudad de México) como líder de proyecto, cuando se embarazó y tuvo a su hija. Desde que notificó que cursaba un embarazo su jefe comenzó a ejercer acoso laboral en su contra que se intensificó al regresar a laborar, cuando concluyó su licencia de maternidad en septiembre de 2014. A raíz de que ella se convirtió en madre, se le cambió de distrito y por tanto se le alejó de su domicilio y de la posibilidad de llevar a cabo la lactancia a la que tenía derecho; su jefe la excluyó de realizar sus funciones, con el argumento de que "absorbían más tiempo del que ella podía dar"; le cambió de actividades y la dejó de considerar para ningún trabajo con el argumento de que "no podía contar con ella" a causa de que solicitaba permiso por cuidados maternos; se le negaron permisos para vacaciones bajo el argumento de que gozaba de muchos privilegios y que "había regresado de tomar vacaciones", refiriéndose a la licencia de maternidad y los cuidados maternos. A causa del acoso laboral que enfrentaba, Patricia se vio forzada a renunciar el 16 de mayo de 2016.

El 22 de junio de 2016, demandó laboralmente al Instituto Electoral de la Ciudad de México (IECDMX) ante el Tribunal Electoral de la Ciudad de México, por despido injustificado, reinstalación, salarios caídos y pago de otras prestaciones de seguridad social. El Tribunal resolvió en abril de 2017 que no existía despido injustificado, pues Patricia había presentado su renuncia de manera voluntaria, aunque sí condenó al IECDMX al pago de aportaciones relativas a Fondo de la Vivienda del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales del Estado (FOVISSSTE), Sistema del Ahorro para el Retiro (SAR) e ISSSTE; así como a pagarle las partes correspondientes por concepto de vacaciones, prima vacacional y fondo de ahorro del período laborado en 2016.

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

Patricia, además de buscar justicia por la vía procesal laboral, acudió con acompañamiento de GIRE a diferentes instancias de promoción y protección de los derechos humanos y prevención de la discriminación. La Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México (CDHCM) recibió su queja y abrió un expediente de investigación. El 26 de noviembre de 2020 la CDHCM emitió la Recomendación 08/2020 por violencia institucional perpetrada en contra de mujeres trabajadoras al servicio del Estado, por razón de maternidad, en contra de sus derechos laborales. Dicha recomendación incluye el caso de Patricia, junto con otras dos trabajadoras al servicio del Estado a quienes se les violaron sus derechos humanos.

La CDHCM indicó en su Recomendación que se acreditó que el IECDMX, con motivo de las responsabilidades vinculadas a la maternidad, relegó a Patricia de sus funciones, y que esta situación implicó un ambiente laboral adverso y violento, en el que ella vio afectado su desarrollo profesional, impidiéndole realizar un trabajo con el pleno goce de sus derechos en igualdad de condiciones y de trato, y que no se le proporcionó un trabajo aceptable en condiciones justas. Asimismo, la CDHCM indicó que se acreditó que el hecho de que Patricia ejerciera sus derechos reproductivos produjo repercusiones negativas en el trabajo. Por lo tanto, la CDHCM determinó que el IECDMX incurrió en violaciones a los derechos de Patricia al trabajo y a la seguridad social, a una vida libre de violencia, y al ejercicio de sus derechos reproductivos.[114]

En el caso de Patricia, la CDHCM reconoció su calidad de víctima y la de su hija y determinó que tienen derecho a la reparación integral por las violaciones a sus derechos humanos. Al cierre de esta publicación, se está en espera de que la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas de la Ciudad de México le otorgue los números de víctima a ella y a su hija para solicitar el acceso al esquema de reparación integral, de acuerdo con lo que define la Ley de Víctimas de la Ciudad de México.

Todavía es pronto para evaluar el cumplimiento de la Recomendación 08/2020. Sin embargo, el caso de Patricia ejemplifica lo intrincado que resulta el acceso a la justicia para quienes padecieron violaciones a sus derechos humanos en el ámbito de la vida laboral y personal. El caso de Patricia no es un caso aislado. GIRE ya ha documentado la existencia de una pluralidad de casos de despido relacionados con el embarazo o con la maternidad.[115] No obstante, el problema es invisibilizado y persisten, además, las múltiples dificultades para su reparación integral.

114 CDHCM, Recomendación 08/2020, párrafos 175-179, 218-222, 237, 192, 222 y 240.
115 GIRE, *Horas hábiles. Corresponsabilidad en la vida laboral y personal*. 2017, *op.cit*, pp. 283-300

MÓNICA[116]

CIUDAD DE MÉXICO

Mónica laboraba como elemento de la Policía Bancaria e Industrial de la Ciudad de México (PBI). A finales de 2017, confirmó que estaba cursando su segundo embarazo, diagnosticado como de alto riesgo por las recurrentes amenazas de aborto que presentó. Le fueron otorgadas varias incapacidades hasta que fue colocada en el área de personas incapacitadas del sector, lo cual implicaba que sólo percibiera su salario base, es decir, sin el salario extra de las comisiones que le eran asignadas. La drástica reducción de ingresos le generó problemas económicos que le impedían solventar sus gastos, por lo que tomó la decisión de solicitar su alta voluntaria del área de incapacitación del sector para tener la posibilidad de ser asignada a una comisión que le permitiera alcanzar mejores ingresos. Sin embargo, le asignaron una que le implicaba traslados de aproximadamente seis horas en trasporte público. Cuando solicitó que le asignaran una comisión cercana a su domicilio y en horario flexible, considerando su embarazo, le señalaron que, si no podía ajustarse al servicio, se diera de baja.

Al nacer su hija, Mónica tomó su licencia de maternidad. Antes de que ésta terminara, solicitó la autorización de una licencia especial denominada permiso retribuido, que consiste en otorgar a madres trabajadoras de confianza de la Administración Pública de la Ciudad de México cuatro meses y medio, contados a partir de la conclusión de la licencia de maternidad, con goce de 100 por ciento de su salario bruto mensual. Sin embargo, su solicitud fue rechazada por considerar que el presupuesto de la corporación se vería afectado. Posteriormente, el Coordinador Jurídico de la PBI le señaló que el permiso retribuido estaba dirigido a madres trabajadoras que tenían una relación laboral, requisito con el que el personal femenino incorporado a la PBI no cumplía, ya que no se consideraba que tuvieran una categoría de trabajadoras, reconociéndoles sólo una relación de naturaleza administrativa, no laboral.

116 Mónica autorizó a GIRE utilizar su nombre en este informe.

Mónica se incorporó a sus labores, pero su hija presentó problemas de salud, por lo que solicitó días de cuidados maternos. Luego se presentó en su lugar de trabajo para recibir indicaciones y reincorporarse a laborar, pero a partir de ese momento la PBI dejó de tener comunicación con ella, colocándola en un estado de incertidumbre al no aclarar su situación laboral y retenerle el pago de su salario y prestaciones. Debido a que esta situación persistió, presentó una queja por violación de derechos humanos ante la CDHCM y GIRE la acompañó en el proceso de búsqueda de justicia.

El 26 de noviembre la CDHCM emitió la Recomendación 8/2020, que incluyó tanto el caso de Patricia, como el de Mónica. En el caso de Mónica, la CDHCM estableció que la Policía Bancaria e Industrial cometió las siguientes omisiones violatorias de derechos humanos: garantizar un ambiente laboral libre de violencia; garantizar y reconocer el acceso a la cobertura social existente; garantizar el derecho a las licencias para el ejercicio de la maternidad, y garantizar el reposo para la lactancia. Asimismo, reconoció la calidad de víctima de Mónica, su hijo y su hija por estas violaciones y su derecho a la reparación integral.

A pesar de no contar aún con un dictamen de reparación integral por parte de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas de la Ciudad de México (CEAVI), Mónica logró, con el acompañamiento de GIRE, reincorporarse a su trabajo bajo las condiciones que ella solicitó, con un horario especial que le permitiera contar con espacios para el cuidado de sus hijos. El 3 de mayo de 2021 fue su primer día de regreso al trabajo, y a la publicación de este informe, Mónica continúa en espera de la emisión del dictamen de la CEAVI para dar seguimiento al cumplimiento del resto de las medidas de la reparación integral.

PATRONES IDENTIFICADOS

Los siguientes casos relacionados con estancias infantiles y licencias de maternidad y paternidad han sido registrados, documentados y acompañados por GIRE entre enero de 2010 y julio de 2021.

CASOS REGISTRADOS, DOCUMENTADOS Y ACOMPAÑADOS POR GIRE

(ENERO 2010-JULIO 2021)

CONCILIACIÓN DE LA VIDA LABORAL Y REPRODUCTIVA

	TOTAL	MATERIA
REGISTRADOS	28	Estancias infantiles (28)
DOCUMENTADOS	5	Estancias infantiles (5)
ACOMPAÑADOS	36	Licencias de maternidad (3) Estancias infantiles (33)
EN REPARACIÓN INTEGRAL	2	Licencias de maternidad (2) En proceso

De 2010 a 2020, GIRE había acompañado más de 30 casos relacionados con acceso a estancias infantiles. En este acompañamiento, la estrategia de amparo ha sido usada, principalmente, para impugnar la inconstitucionalidad de la Ley del Seguro Social que restringía el acceso a los servicios de guardería, en los casos de padres de familia, a que fueran viudos, divorciados o tuvieran la patria potestad de sus hijas o hijos. A través del juicio de amparo se logró obtener el acceso al servicio de guarderías, a veces incluso desde el inicio del juicio mediante la concesión de medidas cautelares, y la declaratoria de inconstitucionalidad de la norma por discriminatoria.

Sin embargo, a partir de la reforma de octubre de 2020 a la Ley de Seguridad Social, los artículos 201 y 205 establecen que el servicio de guardería se brindará a todas las personas trabajadoras aseguradas sin distinción, por lo cual ya no será necesario acudir a un juicio de amparo para poder acceder a este servicio de seguridad social.

En casos de falta de acceso a la licencia de maternidad por el IMSS o ISSSTE, GIRE ha presentado amparos y también quejas ante comisiones de derechos humanos.

Sin embargo, a través de los juicios de amparo se ha podido observar, por un lado, lo complicado que es obtener una respuesta respecto del ejercicio de un derecho por parte de las autoridades administrativas (en este caso el IMSS), que la demoraban durante meses o se defendían perpetuando estereotipos de género. Por otro lado, se ha podido observar cómo es que en el poder judicial aún existen criterios formalistas, carentes de perspectiva de género y restrictivos en cuanto a la procedencia del juicio de amparo, que alargan los juicios y hacen necesario acudir a una segunda instancia para revertir tales criterios, demorando el acceso a la justicia y la obtención de un servicio de seguridad social en suma necesario.

Por su parte, la estrategia de presentación de quejas ante comisiones de derechos humanos también es un procedimiento que implica un tiempo considerable; por ejemplo, en los casos de conciliación de la vida laboral y la reproductiva, GIRE observó que la integración de los expedientes de queja demoró entre dos y seis años. Asimismo, al no existir un precedente en la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México sobre violencia institucional vinculada al ejercicio de la maternidad, existía la dificultad de que el personal de la comisión y las instituciones señaladas como responsables consideraran que los casos debían atenderse por la vía administrativa y laboral, no como un asunto relacionado a derechos humanos, y mucho menos a derechos reproductivos, a pesar de que con la reforma constitucional en materia de derechos humanos de junio de 2011 el ámbito laboral fue incluido como competencia de las comisiones de derechos humanos. Sin embargo, derivado de esta estrategia, se logró que la CDHCM emitiera la Recomendación 8/2020, en la que, por primera vez, se pronunció reconociendo la violencia institucional ejercida en contra de mujeres trabajadoras vinculándola con el ejercicio de la maternidad, lo cual es un avance importante respecto de los derechos reproductivos de las mujeres en México.

VÍAS DE ACCESO A LA JUSTICIA

La presentación de quejas ante comisiones de derechos humanos prevé el establecimiento de medidas de reparación integral por violaciones a derechos humanos. Sin embargo, éstas pueden tomar años para alcanzar una resolución. La experiencia de GIRE en la utilización de este mecanismo frente a las comisiones en los casos que acompaña ha mostrado factores como la limitada participación que se da a las personas agraviadas durante la tramitación de la queja; la falta de consideración de las peticiones de las víctimas al emitir recomendaciones para garantizar una reparación integral acorde con los derechos humanos, y los límites y obstáculos en el acceso a los expedientes de queja para las víctimas y sus representantes legales. También es frecuente que las recomendaciones emitidas sean aceptadas por las autoridades, pero no se les brinde puntual seguimiento ni se recaben pruebas sobre su cumplimiento. Por ejemplo, en ocasiones la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) da por cumplida la recomendación de forma satisfactoria, a pesar de que no exista un cumplimiento total por parte de la autoridad responsable y limitándose al intercambio de oficios entre autoridades.

Las violaciones a derechos humanos relacionadas con la vida laboral y la reproductiva, tales como la falta de acceso a licencias por maternidad o paternidad, la discriminación o los despidos injustificados con motivo de la maternidad, la falta de acceso a servicios de cuidado infantil adecuados y suficientes, generan afectaciones importantes en el proyecto de vida de las personas, así como en sus ingresos y acceso a otros derechos, como vivienda, alimentación adecuada, educación de la infancia y salud. Por otro lado, antes de la reforma de la Ley del Seguro Social en 2020, los criterios de acceso a servicios de estancias infantiles implicaban una discriminación basada en estereotipos de género que no permitía la corresponsabilidad en el cuidado de los hijos e hijas y que frecuentemente ocasionaba que recayera sobre las mujeres la realización de dicha labor, llevando a cabo una doble o triple jornada y teniendo que recurrir a trabajos mal remunerados o precarios para hacer frente a esa situación. Ante casos como éstos, GIRE recurrió al juicio de amparo como una forma de lograr un cambio estructural —una reforma legal—, así como el acceso a la justicia para las personas y familias que ha acompañado.

En materia de reparación integral, a pesar de que al cierre de esta edición se está a la espera del dictamen por parte de la CEAVI en el caso de Mónica, se logró la restitución de su puesto y, por tanto, de su derecho al trabajo, también obtuvo garantías de no repetición en los procesos administrativos concretos de cumplimiento, y se espera que dicho dictamen defina medidas de compensación por daño material y moral en apego a estándares de derechos humanos.

A pesar de que tanto en los casos de Armando y Gisela como en el de Mónica se logró la restitución de sus derechos, y en el de Patricia es importante que se haya reconocido, por parte de la CDHCM, la violencia institucional que sufrió por razón de maternidad, las dificultades en el acceso a la justicia siguen siendo evidentes: diversas instancias que pudieron garantizarlo, no lo hicieron; tomó años alcanzar una resolución que les reconociera como víctimas de violaciones a derechos humanos, y el acceso a la reparación integral también ha sido un proceso lento aun cuando se tenía una resolución favorable.

Estos tres ejemplos son muestra de que el acceso a la justicia aún es limitado para las personas que en México ven violados sus derechos humanos en relación con la conciliación de la vida laboral y la reproductiva. A la fecha de publicación de este informe, GIRE se encuentra dando seguimiento a dos casos de reparación integral relativos a licencias de maternidad.

4.3

ACCESO A LA INFORMACIÓN

El acceso a información desglosada por sexo y otras condiciones como la discapacidad, la edad y la pertenencia a una comunidad indígena, en materia de derechos laborales y seguridad social es fundamental para conocer la situación que viven las personas en relación con su vida laboral y reproductiva, así como para saber si se están garantizando sus derechos y ofreciendo vías de acceso a la justicia en casos de que les sean violados. Algunas encuestas del INEGI durante muchos años han proporcionado información muy útil y relevante en este sentido; por ejemplo, la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), la Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo (ENUT) y la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH).

Aquella información que no es posible conocer a través de datos e información derivados de encuestas como las descritas, o a través de los portales de las autoridades relevantes en materia de conciliación entre la vida laboral y la reproductiva, se ha obtenido mediante el envío de solicitudes de acceso a la información (SAI).

AVANCES

Al no encontrar información abierta o que no esté suficientemente desglosada, se ha hecho necesario recurrir al envío de solicitudes de acceso a la información. En general, los datos que desde GIRE se han solicitado en temas de conciliación entre la vida laboral y la reproductiva corresponde resolverlos a diversas autoridades del ámbito federal, y las respuestas se han obtenido en tiempo y forma.

Las respuestas a las SAI obtenidas para la realización de este capítulo fueron enviadas a tiempo y de manera completa, permitiendo conocer datos interesantes sobre el acceso a las prestaciones que comprende la seguridad social en la última década, tales como el número de licencias de maternidad otorgadas por el IMSS y el ISSSTE, así como las licencias de paternidad otorgadas a los trabajadores de estas instituciones, y el número de estancias infantiles que existen en las entidades federativas.

Asimismo, se observó que la comunicación con las instancias encargadas de la transparencia de los sujetos obligados es accesible. Esto contrasta con el nivel de información que se puede obtener (de parte del IMSS o el ISSSTE) en otros temas abordados por GIRE, como el aborto, la muerte materna y la violencia obstétrica.

BARRERAS

A pesar de la importancia de la producción de datos a partir de las encuestas mencionadas, algunas de ellas se han dejado de realizar en el último trienio, o bien, dejaron de efectuarse con la misma frecuencia que antes. En enero de 2019, el INEGI anunció que tras haber recibido un monto presupuestal menor al que se proyectó para su funcionamiento, se vio obligado a cancelar o suspender cerca de una decena de proyectos, además de tener que llevar a cabo ajustes en los paquetes de remuneración de las personas que laboran en el Instituto. La reducción del presupuesto a organismos clave como el INEGI pone en riesgo la generación de datos e información que constituyen un insumo fundamental para conocer la situación que guarda el acceso al conjunto de derechos humanos, en general, y en materia de derechos reproductivos, como la posibilidad de conciliar la vida laboral con la reproductiva.[117]

Aunque en general a lo largo de los años en los que GIRE ha realizado SAI sobre este tema ha obtenido un buen nivel de respuesta por parte de las autoridades federales, también se han realizado SAI a instituciones locales, como comisiones de derechos humanos y juntas locales de conciliación y arbitraje, en cuyos casos el nivel de respuesta es muy distinto: varios de los sujetos obligados han respondido que no cuentan con registros de la información que se les solicita o simplemente no han respondido.[118]

En el caso de las SAI realizadas para este capítulo, se obtuvieron algunas respuestas que no correspondían de manera exacta a lo solicitado[119] o no se obtuvo respuesta. De igual manera, si bien los datos obtenidos para este capítulo nos permiten conocer información interesante, resultan insuficientes para determinar si existen barreras en el acceso a las prestaciones que incluye la seguridad social.

Por otro lado, es importante que exista información abierta y accesible de manera sencilla respecto a servicios de seguridad social y prestaciones, debidamente contabilizados y desglosados por sexo y otras categorías relevantes como la discapacidad, la edad y la pertenencia a una comunidad indígena.

117 Animal Político, "El Inegi cancela o suspende 14 encuestas al no obtener los recursos que pidió para 2019", 24 de enero de 2019, consultado en https://www.animalpolitico.com/2019/01/recorte-presupuesto-inegi-cancela-proyectos/

118 GIRE, *Horas hábiles. Corresponsabilidad en la vida laboral y personal*. 2017, *op. cit,* pp. 284-294. Se realizaron SAI a las comisiones locales de derechos humanos para conocer el número de quejas por solicitudes de pruebas de embarazo en el proceso de contratación, así como por despido laboral a causa de embarazo, maternidad o paternidad reciente, por ausentarse para el cuidado de las hijas o hijos o por llevar hijas o hijos a la oficina. También se les preguntó sobre quejas por negativa a padres (hombres) para admitir a sus hijas o hijos en estancias infantiles. En el caso de las juntas locales de conciliación y arbitraje se realizaron SAI para conocer el número de despidos por embarazo, por maternidad o paternidad reciente o por ausentarse para el cuidado de las hijas o hijos.

119 Por ejemplo, en el caso del IMSS respecto a las licencias de paternidad otorgadas a la población derechohabiente, GIRE supone que la falta de esta información tiene que ver con el hecho de que el subsidio no lo cubre el Instituto, sino el empleador; sin embargo, habría sido oportuno tener certeza sobre ello a partir de la respuesta.

4.4

BALANCE

Los roles de género basados en estereotipos impactan en el ámbito laboral de manera negativa, generando situaciones de discriminación y otras consecuencias como la división sexual del trabajo y la brecha salarial entre mujeres y hombres; pero también impactan en otros aspectos, como la naturalización de la idea de que las labores de cuidados y del hogar corresponden a las mujeres, quienes deben realizar una doble jornada no remunerada. Por otra parte, la falta de universalidad de la seguridad social en México impide la garantía de este derecho y dificulta la posibilidad de conciliar la vida laboral y la reproductiva, situación que también afecta en mayor medida a las mujeres.

Este panorama apunta a la urgencia de que el Estado garantice el acceso universal a estancias infantiles, servicios de salud, pensiones, incapacidades médicas, licencias de maternidad, paternidad y parentales, y otras prestaciones de seguridad social desde una perspectiva de derechos humanos. De la mano de lo anterior, continúa pendiente la implementación de medidas que promuevan la participación igualitaria de los hombres en las tareas de cuidados y domésticas.

Continúa siendo un pendiente que el Estado mexicano ratifique tanto el Convenio sobre la protección de la maternidad (No. 183) de la OIT, que establece una duración de las licencias de maternidad de al menos 14 semanas, como la Recomendación sobre la protección de la maternidad (No. 191), que indica la importancia de ampliar su duración a 18 semanas. Debe avanzarse tanto en la ratificación de estos instrumentos como en la ampliación de las licencias en concordancia con estos estándares.

En el caso de los padres trabajadores, es indispensable tomar medidas enfáticas para lograr que dichas licencias sean efectivamente tomadas, por ejemplo, mediante el establecimiento de su obligatoriedad y la ampliación de su duración.

Uno de los avances más importantes es el que se ha dado respecto del reconocimiento legal de los derechos laborales de las trabajadoras del hogar, sin embargo, que lo establecido en el marco legal se cumpla constituye un reto importante al que será necesario dar seguimiento.

Por otro lado, los servicios de cuidado infantil deben estar disponibles para las hijas e hijos de todas las madres y padres que trabajan, independientemente de si lo hacen en el sector formal o informal. El sistema de seguridad social universal debe abarcar esta prestación. Los padres y madres que se quedaron sin servicios de estancias infantiles tras la eliminación del Programa de Estancias Infantiles de Sedesol en 2018, aún no encuentran solución.

Finalmente, cabe señalar que el contexto de la pandemia por COVID-19 trajo consigo cambios importantes como la implementación y regulación del teletrabajo, y una serie de efectos negativos, entre los cuales destacan: las reducciones presupuestales que afectaron a todas las instituciones públicas, el aumento de carga de los cuidados del hogar, el desempleo, la informalidad y la precariedad laboral, situaciones que afectan principalmente a las mujeres, pero que tienen un impacto general en la garantía de los derechos humanos, incluidos los laborales.

Es así que, al cierre de la década, en México hay una falta de políticas integrales de corresponsabilidad en la conciliación de la vida laboral y la reproductiva. La responsabilidad del Estado en materia de cuidados debe ser asumida a través de diversas medidas que van más allá de la mera transferencia monetaria para ayudar a cubrir los gastos de los hogares. Es necesario también regular la provisión de cuidados desde las instituciones públicas y privadas, ampliar la oferta de servicios públicos —suficientes y de calidad— y revalorizar las labores de cuidado, tanto las remuneradas como las no remuneradas.[120]

120 Torres, Natalia, Cejudo, Guillermo, *et al.*, *op. cit*, 2020, p. 36.

5

REPRODUCCIÓN ASISTIDA

El 25 de julio de 1978 nació en el Reino Unido, tras un procedimiento de fertilización in vitro, Louise Brown. A partir de ese momento, las Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA) posibilitan cada año el nacimiento de miles de niños y niñas en todo el mundo. De acuerdo con cifras publicadas por la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida (RED LARA),[1] de 1990 a 2012 en América Latina nacieron 128,245 niños y niñas a través de alguna TRHA. A nivel global, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha dicho que más de cinco millones de personas han nacido con ayuda de dichas técnicas.[2]

Se trata de intervenciones que incluyen el manejo in vitro de ovocitos y espermatozoides humanos o de embriones para la reproducción.[3] El uso de TRHA como respuesta, originalmente, a un problema médico —infertilidad o esterilidad— actualmente resulta limitado, ya que el acceso a estas técnicas no sólo es relevante para quienes tienen un problema de salud, sino también para las personas que, por diferentes razones, no puedan lograr un embarazo sin asistencia, como las parejas del mismo sexo o las personas solas.

El acceso a las TRHA implica el ejercicio de una serie de derechos humanos, entre ellos, a fundar una familia, a la vida privada (autonomía reproductiva), a la salud y a beneficiarse del progreso científico y tecnológico. Garantizar estos derechos incluye la regulación e implementación de estos procedimientos reproductivos para que quienes no puedan concebir sin intervención médica acudan a ellas.

1 La Red Lara recolecta, analiza y publica información sobre procedimientos de reproducción asistida realizados en los centros latinoamericanos afiliados a la Red. Red Lara, *Estado Actual de la Reproducción Asistida en América Latina y el Mundo*. Disponible en: https://redlara.com/images/arq/Situacao_atual_REDLARA_no_mundo.pdf

2 OMS, *Infertility*, 14 de septiembre 2020. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility

3 Estas incluyen, pero no se limitan a, fertilización *in vitro*, transferencia embrionaria, inyección intracitoplásmica, biopsia embrionaria, diagnóstico genético preimplantatorio, eclosión asistida, transferencia intrafalopiana de gametos, transferencia intrafalopiana de cigotos, criopreservación de gametos y embriones y donación de semen, óvulos y embriones. Véase Zegers-Hochschild, Fernando, *et al.*, "The International Glossary on Infertility and Fertility Care, 2017", en *Human Reproduction*, vol. 32, núm. 9, 2017, p. 397. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5850297/

A medida que se extiende el uso de las TRHA en el mundo surge un amplio abanico de regulaciones alrededor de éstas. Desde hace varias décadas, diversos países han comenzado a elaborar leyes, normas técnicas o protocolos encargados de diferentes aspectos de la reproducción asistida, además de establecer órganos de vigilancia que aseguren el correcto funcionamiento de las clínicas públicas y privadas.

5.1

SITUACIÓN EN MÉXICO

En México, desde finales de la década de los 80 se crearon clínicas de reproducción asistida en hospitales de los sectores público y privado.[4] La expansión de los centros en los que se practican estos procedimientos y el elevado número de niñas y niños que han sido concebidos con este tipo de ayuda —a pesar de que no hay cifras oficiales y precisas—[5] revela que cada día más personas recurren a TRHA. Sin embargo, hasta este momento no se cuenta con una regulación en la materia que norme los aspectos generales del acceso y provisión de estos servicios.

En este tema es importante mencionar la gestación subrogada, un contrato a través del cual una persona acepta llevar un embarazo para otra(s) que tiene(n) la intención de fungir como padre(s) o madre(s) del producto de dicho embarazo. En la mayoría de los casos, para la gestación subrogada es necesario recurrir a TRHA, otro motivo por el cual es fundamental contar con un marco normativo que regule, de manera general, el acceso y práctica de estos procedimientos.

La práctica de la gestación subrogada plantea cuestiones particularmente complejas, ya que involucra temas controvertidos que siguen sin resolverse desde una perspectiva feminista y de derechos humanos.[6] Además, el aumento en el número de personas que participan en este tipo de acuerdos a nivel mundial ha dado lugar a complejas discusiones teóricas y políticas sobre diversos temas como los derechos de las partes involucradas, las reglas para determinar la filiación de los niños y niñas que nacen a través de estos acuerdos y el marco legal necesario para responder a esta práctica global. En el plano internacional, a pesar de que hay varios esfuerzos vigentes, hasta este momento no se ha logrado un instrumento normativo que aborde aspectos transfronterizos de la gestación subrogada o gestación por sustitución.[7, 8]

4 Cardaci, Dora y Sánchez Bringas, Ángeles, "Hasta que lo alcancemos… Producción académica sobre reproducción asistida en publicaciones mexicanas", *Alteridades*, 2009 19 (38), p. 24. Disponible en: https://alteridades.izt.uam.mx/index.php/Alte/article/view/171/170

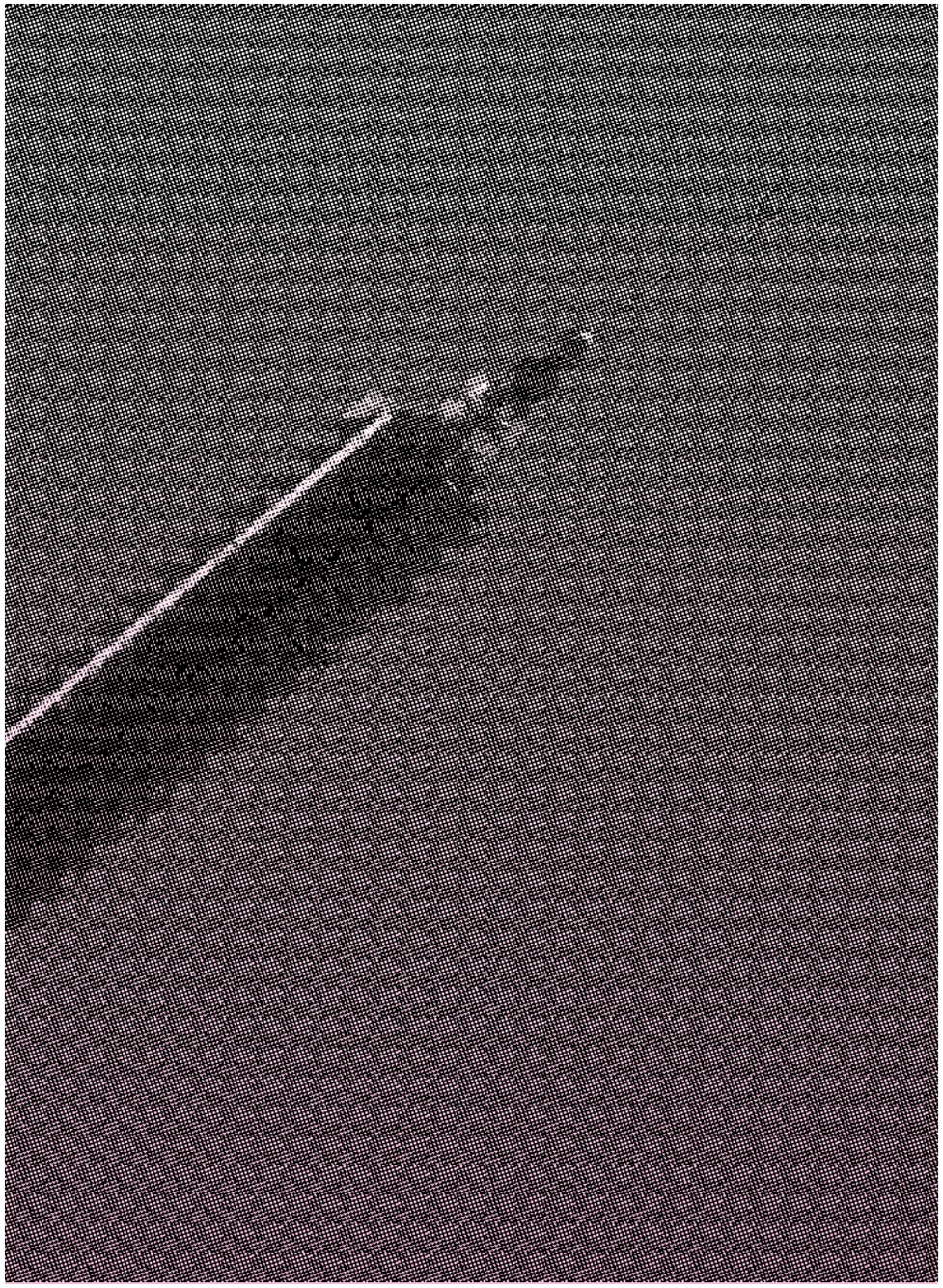
5 A pesar de que no existen datos oficiales al respecto, de acuerdo con el último reporte de la Red Lara, entre 1999 y 2012 nacieron 17,238 niños y niñas en México con ayuda de alguna TRHA. Red Lara, *op. cit*, p. 14.

6 Sobre cuestiones controvertidas que conlleva la práctica de la gestación subrogada véase Fulda Graue, Isabel, Ramos Duarte, Rebeca y Tamés Noriega, Regina, "Cuestiones controvertidas en torno a la gestación por sustitución", en Albornoz, María Mercedes (editora), *La gestación por sustitución en el derecho internacional privado y comparado*, IIJ UNAM-CIDE, pp. 55-71, 2020. Disponible en: https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv/detalle-libro/6030-la-gestacion-por-sustitucion-en-el-derecho-internacional-privado-y-comparado

7 El aumento de casos y conflictos derivados de acuerdos de gestación subrogada transfronterizos ha hecho necesaria la intervención de la comunidad jurídica internacional. El tema ha sido impulsado a la agenda de la Conferencia de la Haya sobre Derecho Internacional Privado (HCCH) desde hace varios años, en el marco del proyecto sobre filiación. En ese ámbito se han hecho esfuerzos por encontrar solución a conflictos en situaciones internacionales de la familia y la niñez. Sobre el tratamiento que se le ha dado a esta temática véase, Rubaja, Nieve, "La labor de foros internacionales en materia de gestación por sustitución", 2020, pp. 319-339, en: Albornoz, María Mercedes (editora), *op. cit*.

8 GIRE utiliza los términos gestación subrogada o gestación por sustitución por considerarlos los más adecuados desde una perspectiva de derechos humanos.

Además de las implicaciones éticas y jurídicas de la figura de la gestación subrogada, su práctica, cada vez más común, ha sido objeto de diferentes regulaciones nacionales que con frecuencia entran en disputa o que producen efectos casi inmediatos en los patrones que sigue en su aspecto transfronterizo. Dicha situación genera cambios en la regulación de los Estados que se convierten en principales receptores de las personas e intermediarios interesados en establecer contratos de este tipo, generalmente hacia mayores restricciones que, usualmente, tienen efectos adversos en las personas a las que se busca proteger.



CONSECUENCIAS NO DESEADAS DE REGULACIONES PROHIBITIVAS

Después de que Tailandia estableciera restricciones para celebrar acuerdos de gestación subrogada, la práctica se trasladó a Camboya que, con la intención de frenar los efectos nocivos de estos acuerdos, publicó una directiva administrativa para prohibir la práctica de la gestación por sustitución onerosa. Con base en esta directiva, al menos cuarenta mujeres gestantes[9] —algunas embarazadas— permanecieron en prisión de junio a diciembre de 2018, cuando fueron liberadas bajo la condición de que declararan que criarían como propios a los bebés producto de estos acuerdos.[10]

El ejemplo de Camboya ha demostrado de forma muy clara el peligro de adoptar regulaciones prohibitivas, en particular aquellas que establecen sanciones penales, cuyas consecuencias serán enfrentadas por quienes se encuentran en situaciones de mayor vulnerabilidad: las personas gestantes y los recién nacidos producto de dichos acuerdos.

El Informe de la relatora especial sobre la venta y la explotación sexual de niños refiere que el caso de Camboya pone de manifiesto los riesgos que conlleva una aplicación estricta del derecho penal sin tomar en cuenta el interés superior de la niñez y los derechos de las gestantes y de los padres y madres intencionales.

9 Naciones Unidas, Relatora Especial sobre la venta y la explotación sexual de niños, incluidos la prostitución infantil, la utilización de niños en la pornografía y demás material que muestre abusos sexuales de niños, 15 de julio de 2019, párrafo 77 y Contribución de GIRE para *Informe de la Relatora Especial sobre la venta y la explotación de niños*, incluidos la prostitución infantil, la utilización de niños en la pornografía y demás materiales que muestre abusos sexuales de niños. Disponible en: https://www.ohchr.org/_layouts/15/WopiFrame. aspx?sourcedoc=/Documents/Issues/Children/SR/Surrogacy/CivilSociety/GIRE.docx&action=default&DefaultItemOpen=1

10 Esparza Pérez, Rosa Verónica, "Estados cuya legislación permite la gestación por sustitución, sólo si es altruista", p. 164, en: Albornoz, María Mercedes (editora), 2020, *op. cit*.

A. ESTÁNDARES CONSTITUCIONALES

Los derechos humanos exigen que todos los servicios de salud sexual y reproductiva estén disponibles y sean accesibles sobre la base de la igualdad y la no discriminación.

El derecho a fundar una familia está protegido por el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (artículo 23), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (artículo 1) y la Convención Americana sobre Derechos Humanos (artículo 17).

Por otra parte, el Comité de Derechos Económicos, Sociales (Comité DESC) y Culturales, en su Observación General No. 22, reconoce que el derecho a la salud sexual y reproductiva implica un conjunto de libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a adoptar decisiones y hacer elecciones libres y responsables, sin violencia, coacción ni discriminación, con respecto a los asuntos relativos al propio cuerpo y la propia salud sexual y reproductiva. Entre los derechos cabe mencionar el acceso sin trabas a toda una serie de establecimientos, bienes, servicios e información relativos a la salud, que asegure a todas las personas el pleno disfrute del derecho a la salud sexual y reproductiva. El mismo Comité establece en la Observación General No. 25, relativa a la ciencia y los derechos económicos, sociales y culturales, que los Estados parte deben asegurar el enfoque de género en el cumplimiento del derecho a beneficiarse del progreso científico, por ejemplo, el acceso a tecnologías de reproducción asistida sobre la base de la igualdad y la no discriminación.

Además del contenido de dichos instrumentos internacionales, con relación a la prohibición de la fertilización in vitro en el Estado de Costa Rica, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) al resolver los casos Artavia Murillo y otros[11] y Gómez Murillo y otros,[12] retomó el argumento de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) respecto a que "la vida en común y la posibilidad de procrear es parte del derecho a fundar una familia", y que las barreras para acceder a estas técnicas constituyen una injerencia injustificada por parte del Estado en la vida privada.

De manera reciente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado que la prestación de servicios de planificación familiar de alta calidad, incluidos los servicios de atención de la fertilidad, es uno de los elementos fundamentales de la salud reproductiva.[13] Por su parte, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en su informe sobre el Estado de la Población Mundial (2021), ha señalado que el cumplimiento de los derechos a la autonomía e integridad corporales requiere que los gobiernos faciliten y hagan accesibles información, servicios y métodos de salud sexual y reproductiva de calidad. Esto implicaría servicios e información que respalden las decisiones sobre la formación de una familia, entre ellos, tratamientos de la infertilidad.[14]

---

11 Corte IDH, *Caso Artavia Murillo y otros (Fecundación in vitro) vs. Costa Rica. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de* 28 *de noviembre de* 2012. Serie C No. 257, párrs. 141 a 151. Disponible en: www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_257_esp.pdf.

12 Corte IDH, *Caso Gómez Murillo y otros vs. Costa Rica. Sentencia de* 29 *de noviembre de* 2016. Serie C No. 326, párr. 29. Disponible en: www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_326_esp.pdf.

13 OMS, Infertility, 14 de septiembre 2020. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility.

14 UNFPA, *Estado de la Población Mundial 2021: "Mi cuerpo me pertenece. Reclamar el derecho a la autonomía y la autodeterminación"*, 2021, p. 83. Disponible en: https://lac.unfpa.org/es/publications/estado-de-la-poblaci%C3%B3n-mundial-2021-%E2%80%9Cmi-cuerpo-me-pertenece-reclamar-el-derecho-la

B. MARCO NORMATIVO GENERAL

En México, la emisión de la normatividad aplicable a los servicios relacionados con reproducción asistida es competencia federal y, con fundamento en el artículo 73 constitucional, corresponde a la Ley General de Salud (LGS) establecer las bases para su regulación. El artículo 3º de dicha ley establece que el control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y células es materia de salubridad general.

Por otra parte, de conformidad con el artículo 68 de la LGS, los servicios de planificación familiar comprenden, entre otros, el apoyo y fomento de la investigación en materia de anticoncepción, infertilidad humana, planificación familiar y biología de la reproducción humana. La planificación familiar forma parte de la salubridad general y, en términos de lo que establece la LGS, corresponde a la Secretaría de Salud garantizar que los servicios que se presten en la materia constituyan un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos e hijas.

Por último, el artículo 13 de la LGS en su inciso A, fracción I, establece que corresponde al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, dictar las normas oficiales mexicanas a que quedará sujeta la prestación, en todo el territorio nacional, de los servicios de salud en las materias de salubridad general. En consecuencia, compete a la Secretaría de Salud la emisión de una norma oficial para regular los aspectos médicos y técnicos de la prestación de los servicios de reproducción asistida en los ámbitos público y privado.

Desde 2011, GIRE ha señalado la necesidad de regular la provisión de estos procedimientos de una manera integral que sea compatible con los derechos humanos y los avances científicos, siendo el principal interés proteger los derechos de las personas involucradas en los procedimientos.[15] Sin embargo, hasta el momento, no hay avances en la materia.

En México, la primera iniciativa se presentó en el seno del poder legislativo en 1999,[16] desde entonces se han presentado varias iniciativas que buscan normar la reproducción asistida. No obstante, hasta este momento, ninguna ha sido aprobada.[17] Cabe señalar que algunas de las que se han presentado, lejos de garantizar plenamente los derechos humanos de las personas, pretendían otorgarle personalidad jurídica al embrión, reconocer únicamente familias de parejas conformadas por un hombre y una mujer[18] o limitar de forma excesiva el acceso a los servicios de reproducción asistida.[19] Otras, más adecuadas, proponían una regulación integral de la materia, fundamentada en los derechos humanos y la evidencia científica.[20]

15 Véase GIRE: *Omisión e Indiferencia. Derechos Reproductivos en México*, 2013, p. 175; *Niñas y Mujeres sin Justicia. Derechos Reproductivos en México*, 2015, pp. 242 y 243; *Gestación subrogada en México. Resultados de una mala regulación*, 2017, pp. 60 y 61. Disponibles en: https://gire.org.mx/informes/

16 González, Santos P., "From Esteriology to Reproductive Biology: The Story of the Mexican Assisted Reproduction Business", *Reproductive, Biomedicine and Society*, vol. 2, 2016, p.124. Disponible en: https://core.ac.uk/download/pdf/82179219.pdf

17 Algunas de las iniciativas que se han presentado tanto en la Cámara de Diputados como en el Senado se pueden consultar en: GIRE, *Omisión e Indiferencia. Derechos Reproductivos en México*, 2013, pp.168 y 169. *op. cit*, 2015, pp. 226-228. Así como en el *Informe de actividades de la Comisión Nacional de Bioética en torno al marco regulatorio en materia de reproducción humana asistida*, 2013. Disponible en: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/Informe.pdf

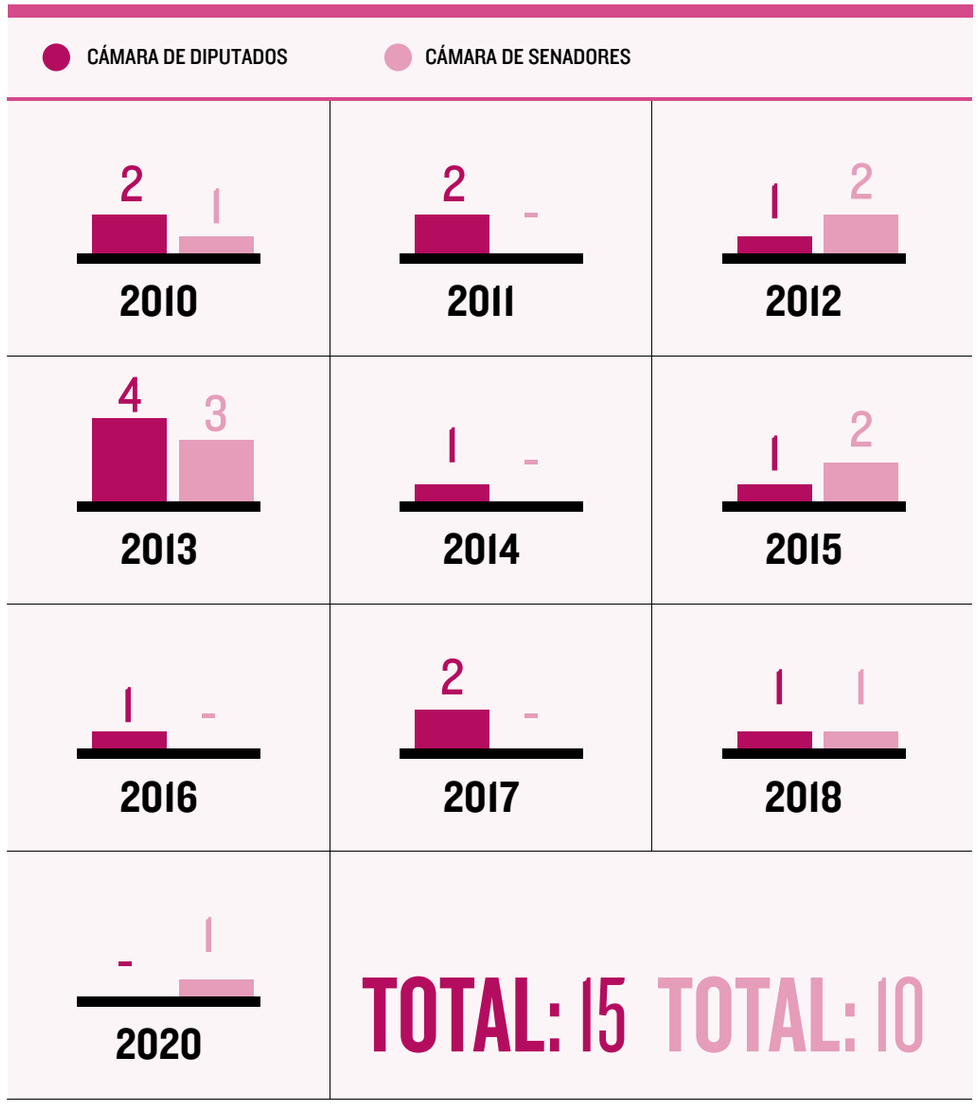
18 Véase Senado de la República, LX Legislatura. "Iniciativa con Proyecto de Decreto por el que se crea la Ley de Reproducción Humana Asistida y se reforman distintos artículos de la Ley General de Salud, a cargo de los senadores Fernando Castro Trenti del Grupo Parlamentario del PRI y Ernesto Saro Boardman del Grupo Parlamentario del PAN" en *Gaceta del Senado*, México, núm. 237, lunes 28 de abril de 2008. Disponible en: http://bit.ly/U3vLIP.

19 Véase Cámara de Diputados, LXI Legislatura "Iniciativa que reforma y adiciona los artículos 314 y 327 de la Ley General de Salud, a cargo de la diputada Oralia López Hernández del Grupo Parlamentario del PAN" en *Gaceta Parlamentaria*, México, año XV, núm. 3427-IV, miércoles 11 de enero de 2012. Disponible en: http://bit.ly/Wi0sJj.

20 Véase Senado de la República, LXI Legislatura. "Iniciativa de los legisladores María de los Ángeles Moreno Uriegas, María del Socorro García Quiroz, Rosalinda Elena Mondragón Santoyo *et al.* que contiene proyecto de decreto por el que se derogan, reforman y adicionan diversos artículos de la Ley General de Salud" en, *Gaceta del Senado*, México, núm. 21, miércoles 13 de julio de 2011. Disponible en: http://bit.ly/W2RxcM.

INICIATIVAS EN MATERIA DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA PRESENTADAS EN EL CONGRESO DE LA UNIÓN

(ENERO 2010 - MAYO 2020)



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

PROPUESTAS NORMATIVAS PENDIENTES SOBRE REPRODUCCIÓN ASISTIDA EN EL CONGRESO DE LA UNIÓN

AÑO	ASUNTO	CÁMARA DE ORIGEN		ESTADO QUE GUARDAN	OBSERVACIÓN
2012	Que adiciona y reforma diversas disposiciones de la Ley General de Salud, en materia de reproducción humana.	Senado		Pendientes en comisiones de la cámara revisora (Cámara de Diputados).	Estas iniciativas fueron dictaminadas en conjunto y se emitió el Dictamen de las Comisiones Unidas de Salud, Derechos Humanos y de Estudios Legislativos, de siete iniciativas que reforman y adicionan diversos artículos de la Ley General de Salud, en materia de Reproducción Asistida. El Dictamen fue aprobado por el Pleno del Senado el 28 de abril de 2016. La Minuta se encuentra pendiente de dictamen en la Cámara de Diputados desde el 6 de septiembre de 2016.
	Con proyecto de Ley de Reproducción Humana Asistida y reforma a diversas disposiciones de la Ley General de Salud.	Senado			
2013	Que reforma y adiciona diversas disposiciones de la Ley General de Salud.	Senado			
	Que reforma y adiciona diversas disposiciones de la Ley General de Salud, relativo a la reproducción humana médicamente asistida.	Comisión permanente			
2015	Que reforma y adiciona diversas disposiciones de la Ley General de Salud.	Senado			
	Que reforma y adiciona diversas disposiciones de la Ley General de Salud, en materia de reproducción humana asistida.	Senado			
2018	Que reforma y adiciona diversas disposiciones de la Ley General de Salud.	Senado		Pendiente en comisiones de la cámara de origen.	Pendiente de dictamen en las Comisiones Unidas de Salud y de Estudios Legislativos, así como en espera de la opinión por parte de la Comisión de Derechos de la Niñez y de la Adolescencia, todas del Senado de la República.
2020	Que reforma los artículos 5º, 6º y 46 de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.	Senado		Pendiente en comisiones de la cámara de origen.	

El dictamen aprobado el 28 de abril de 2016 por el Senado de la República en la LXIII Legislatura (2015-2018) retomó las propuestas de siete iniciativas presentadas entre 2012 y 2015 para reformar la Ley General de Salud, pero la minuta aún se encuentra pendiente de dictamen en comisiones de la Cámara de Diputados, en donde fue formalmente notificada desde septiembre de 2016.[21] Este dictamen representó el intento más significativo por legislar en materia de reproducción asistida, aunque entre el conjunto de reformas a la legislación sanitaria más relevantes —aprobadas por las y los senadores— se incluyeron una serie de disposiciones y condicionantes preocupantes:

Primero, que toda persona que requiera de un tratamiento de reproducción asistida deberá tener la indicación médica para ello. En el apartado de consideraciones se especifica que, a partir de la indicación médica, el profesional de la salud valida que la persona que se someterá a este procedimiento "está libre de la presencia de infecciones, padecimientos de tipo genético o congénito, o bien de alguna malformación del útero o hipertensión, por ejemplo". A pesar de que, con esta disposición lo que se busca es proteger la salud tanto de las usuarias como de la posible descendencia, deberá aclararse, en una NOM, qué tipo de padecimientos harían inviable someterse a estos procedimientos o establecer la ruta para evaluar el riesgo potencial de un embarazo y, con base en este diagnóstico, que sean los y las usuarias quienes decidan libre e informadamente sobre el uso de dichas técnicas.

Segundo, prevé como requisito cumplir con lo que se determine en los protocolos del establecimiento donde se lleva a cabo el tratamiento. La necesidad de regular el acceso a las TRHA es precisamente para evitar que cada establecimiento fije criterios discriminatorios y arbitrarios. Tercero, establece que las personas que accedan a los servicios deberán gozar de bienestar físico y mental. Este requisito debe ser claro y definir ambos conceptos, para que no se vulnere el derecho a la igualdad y la no discriminación, por ejemplo, a las personas con discapacidad.

No obstante, el dictamen prevé una disposición positiva: la creación de un Registro Nacional de Reproducción Asistida, coordinado por la Secretaría de Salud, que se encargue de recabar, integrar y actualizar los datos y estadísticas relacionados con los procedimientos de este tipo. Resulta positiva la creación de este órgano que podría colaborar para remediar la ausencia de datos sobre la práctica de estos procedimientos en el país.

21 Las iniciativas presentadas entre 2012 y 2015 en el Senado fueron dictaminadas en comisiones y por el Pleno. Al día de hoy, la minuta, formalmente, sigue vigente puesto que no ha sido desechada por la cámara revisora (Cámara de Diputados).

2018
INICIATIVA QUE REFORMA Y ADICIONA DISPOSICIONES DE LA LEY GENERAL DE SALUD[22]

El proyecto busca que se reformen y adicionen algunas disposiciones de la LGS, para regular a nivel nacional el acceso a las TRHA en general, garantizando con ello el ejercicio de ciertos derechos humanos para quienes requieren de este tipo de procedimientos.

ASPECTOS POSITIVOS:

- Reconoce que el Estado debe garantizar el acceso a los servicios de reproducción asistida como una forma de proteger el derecho de las personas a fundar una familia, a la igualdad y no discriminación, a la salud y a beneficiarse del progreso científico.
- No incluye un requisito de ciudadanía, ni estado civil para acceder a TRHA.
- En la exposición de motivos se reconoce que no siempre se recurre a las TRHA por razones de infertilidad y establece que es necesario eliminar cualquier tipo de discriminación en el acceso a los servicios de reproducción asistida, para que también puedan acudir a ellos parejas del mismo sexo o personas que quieran procrear solas.
- Establece un Registro Nacional de Reproducción Asistida, que podría ayudar a subsanar la ausencia de información estadística en el tema y permitiría realizar diagnósticos más certeros sobre la práctica en México.

ASPECTOS AMBIGUOS:

- Las personas deben disfrutar de bienestar físico y mental. Este requisito debe ser claro y definir ambos conceptos, para que no se vulnere el derecho a la igualdad y a la no discriminación.

22 Iniciativa de la exsenadora Olga María del Carmen Sánchez Cordero Dávila con proyecto de decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la LGS, en materia de reproducción humana asistida. Disponible en: https://bit.ly/2U6dJeB.

2020
INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE REFORMAN Y ADICIONAN DIVERSAS DISPOSICIONES A LA LGS, CÓDIGO PENAL FEDERAL Y CÓDIGO CIVIL FEDERAL, EN MATERIA DE GESTACIÓN SUBROGADA[23]

A LA LGS
ASPECTOS POSITIVOS

- Establece que las TRHA constituyen una materia de salubridad general.
- Debe ser prioritaria la atención integral de las mujeres[24] que hayan decidido hacer uso de alguna TRHA.

ASPECTOS PREOCUPANTES

Establece sanciones que van de los seis a los 17 años de prisión y multa por el equivalente de ocho mil a 17 mil días de salario:

- Al que comercie o realice actos de simulación jurídica que tengan por objeto la intermediación onerosa de técnicas de reproducción asistida.
- A los que promuevan, favorezcan, faciliten o publiciten la obtención o la procuración ilegal de técnicas de reproducción asistida, órganos, tejidos y células o el trasplante de los mismos.
- En el caso de técnicas de reproducción asistida a los padres pactantes o contratantes que tengan conocimiento de la ilicitud del procedimiento.

Resulta preocupante la falta de claridad sobre lo que se pretende sancionar. Si, por ejemplo, la intención es limitar la participación de intermediarios, para acuerdos de gestación subrogada, resulta riesgoso que para ello se establezcan sanciones penales. En todo caso, la legislación debería reconocer la existencia de estos intermediarios y definir qué instituciones deben encargarse de su regulación y vigilancia.

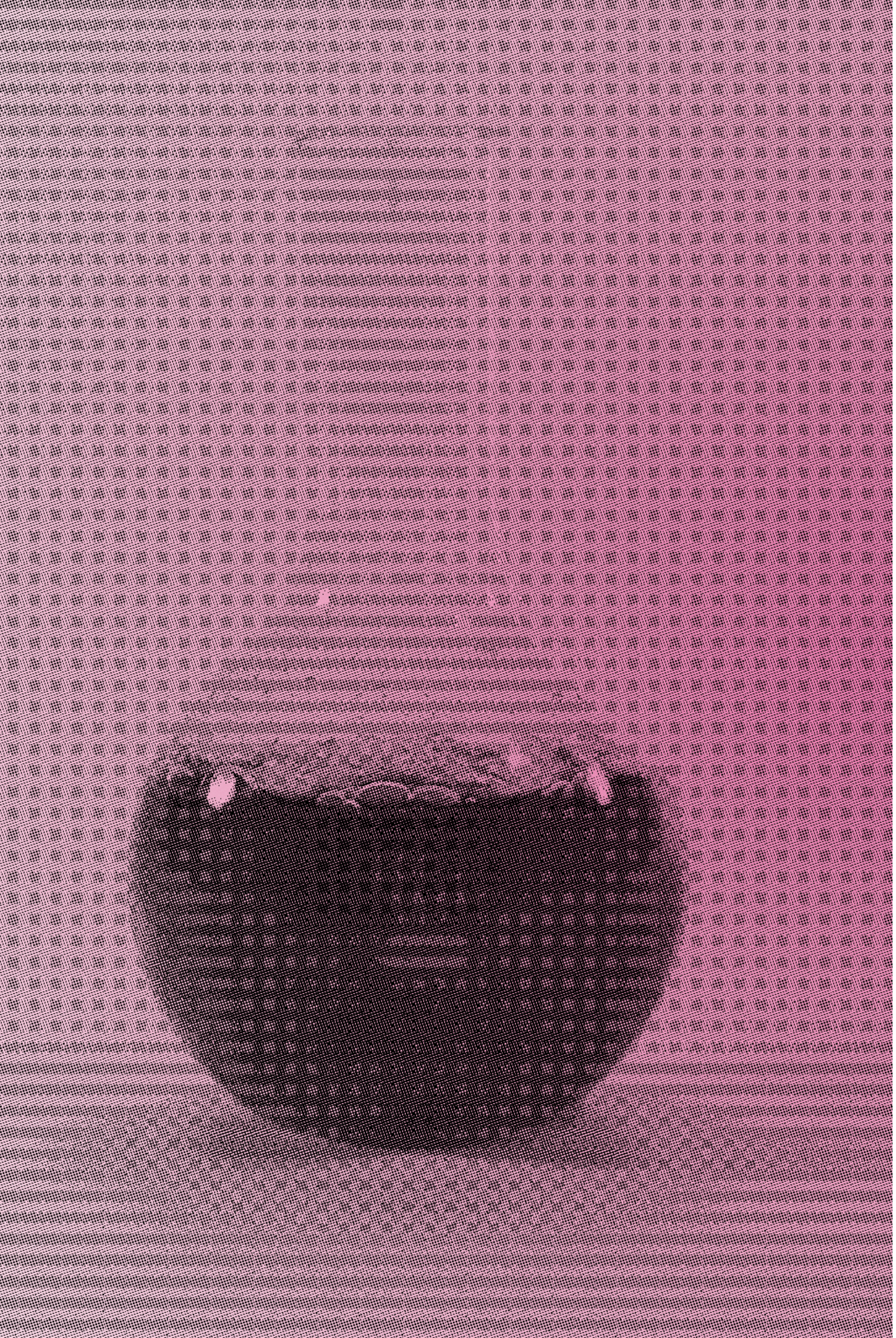
Además, la ambigüedad de las conductas que se sancionan se podría prestar a la criminalización de todas las partes al permitir la incertidumbre jurídica por acuerdos consentidos. En la propuesta están previstos los acuerdos onerosos (Artículo 389 *Quáter* del Código Civil Federal), por lo que no queda claro cómo se distinguen éstos de los que se sancionan con prisión.

AL CÓDIGO CIVIL FEDERAL

La mayor parte de los aspectos que se pretende adicionar a este código son cuestiones de salubridad general y, en consecuencia, deben estar regulados en la LGS y en una Norma Oficial. Entre otras, establece especificaciones técnicas para la práctica de TRHA, el perfil de salud de las personas que participan en acuerdos de gestación subrogada, así como las obligaciones a cargo de las clínicas y responsables de éstas. El establecimiento de estas disposiciones constituiría una invasión de competencias federales.

23 Iniciativa de la senadora Cora Cecilia Pinedo Alonso con proyecto de decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones a la LGS, Código Penal Federal y Código Civil Federal, en materia de gestación subrogada. Disponible en: https://bit.ly/3vlmA8Z.

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



Por último, por disposición de ley, los establecimientos en los que se practican procedimientos de reproducción asistida deben contar con una licencia sanitaria expedida por la Comisión Federal contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS).[25] En 2013, según datos de esta Comisión, GIRE reportó que 52 establecimientos contaban con autorización para practicar procedimientos de reproducción asistida.[26] El número de clínicas y establecimientos con licencia ha tenido un aumento importante en la última década. Hasta enero de 2020, la COFEPRIS tenía registro de 130 establecimientos privados y públicos, a nivel nacional, con licencia sanitaria para practicar procedimientos de reproducción asistida, un aumento de 160 por ciento con respecto a la cifra reportada en 2013.[27]

PROVISIÓN DE SERVICIOS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA EN MÉXICO

La ausencia de un marco normativo que regule y vigile el acceso a TRHA en México limita la calidad de la información disponible acerca de la manera en la que se llevan a cabo estos procedimientos reproductivos. Sin embargo, por medio de solicitudes de acceso a la información y el acompañamiento de casos, GIRE ha obtenido datos sobre la forma en la que operan los servicios de reproducción asistida en el país.[28]

Para la elaboración de este informe, GIRE envió solicitudes de acceso a la información a diversas instituciones de salud federales y locales, acerca de la provisión de TRHA en sus clínicas y hospitales, sobre el número de personas que han solicitado procedimientos de reproducción asistida y el número de personas a las que se les proporcionó este servicio, de enero de 2010 a enero de 2020, desagregada por factores como edad, sexo, nacionalidad, estado de civil y si eran personas con discapacidad o hablantes de lenguas indígenas.[29] De la información recabada por GIRE se advirtió que, hasta este momento, las instituciones públicas en las que se realizan procedimientos de reproducción asistida —de baja y alta complejidad— son el Centro Médico Nacional (CMN) 20 de Noviembre, del ISSSTE,[30] el Instituto Nacional de Perinatología (INPER) Isidro Espinosa de los Reyes, el Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini Sáenz, en el estado de México, y el Hospital Militar de Especialidades de la Mujer y Neonatología de la Secretaría de la Defensa Nacional.

---

25 Conforme a la LGS, la Secretaría de Salud ejerce las atribuciones de regulación, control y fomento sanitario, a través de la COFEPRIS, en lo relativo al control y vigilancia de los establecimientos de salud; el control sanitario de productos y servicios; el control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y sus componentes, células de seres humanos, entre otros. Por ello, los establecimientos en los que se practican procedimientos de reproducción asistida deben contar con una licencia sanitaria expedida por la COFEPRIS.

26 GIRE, *Omisión e Indiferencia. Derechos Reproductivos en México*, 2013, *op. cit*, p. 167.

27 PNT, solicitud de acceso a la información, folio 1215100092419. COFEPRIS, *Listado de establecimientos autorizados para reproducción asistida*. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/439319/SEASS_RA.pdf

28 Véase: GIRE, *Niñas y Mujeres sin Justicia. Derechos Reproductivos en México,* 2015, *op. cit*, pp. 218-221 y GIRE, *Gestación subrogada en México. Resultados de una mala regulación*, 2017, *op. cit*, pp. 39-41.

29 Se enviaron solicitudes de acceso a la información a la Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición. Salvador Zubirán, Hospital General de México. Dr. Eduardo Liceaga, Hospital General Dr. Manuel Gea González, Hospital Juárez de México, IMSS, ISSSTE, ISSFAM, SEDENA, SEMAR, PEMEX, Hospital de la Mujer (CDMX), Secretaría de Salud del Estado de México, y el Instituto Materno Infantil del Estado de México.

30 PNT, Solicitud de acceso a la información, folio 0063700547520.

31 PNT, Solicitud de acceso a la información, folio 1225000031620: el INPer informó con relación a personas con discapacidad atendidas, lo siguiente: 41 con alguna discapacidad física, dos con discapacidad "aprender/recordar", 11 con discapacidad "emocional/mental".

32 Información del periodo febrero 2015 a enero 2020. El 16 de febrero de 2015 el entonces gobernador del estado de México inauguró la Clínica de Fertilidad y Biología de la Reproducción en el Hospital Materno Infantil Perinatal Mónica Pretelini Sáenz.

33 La autoridad reportó un total de 1680, sin embargo, en el desglose por año, la suma es de 1681.

34 PNT, Solicitud de acceso a la información, folio 0000700245120: la Sedena señaló "infertilidad" como discapacidad; por ello, todas las solicitantes y usuarias a las que se les realizó un procedimiento de reproducción asistida se les registró como persona con discapacidad. De la información proporcionada no se puede saber si existe algún otro tipo de discapacidad entre quienes solicitaron y recibieron ese tratamiento. Lo deseable sería que la información se desagregue por tipo de discapacidad.

35 La autoridad no especificó la edad de las solicitantes, sólo precisó el rango de edad, que es el mismo tanto para los procedimientos solicitados como para los realizados.

36 No se tiene el resto de la información debido a que la autoridad no cuenta con los datos desagregados.

PROCEDIMIENTOS DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA SOLICITADOS Y REALIZADOS POR INSTITUCIONES PÚBLICAS

(ENERO 2010 – ENERO 2020)

		INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA	MÓNICA PRETELINI SÁENZ[32]	HOSPITAL MILITAR DE ESPECIALIDADES DE LA MUJER Y NEONATOLOGÍA DE LA SEDENA[34]	CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE
PROCEDIMIENTOS	S	33,906	1,681[33]	40,707	2,716[36]
	R	6,943	894	18,077	2056
EDAD PROMEDIO	S	34	36	24-40[35]	SD
	R	34	36		
SEXO	S	33, 893 MUJERES	1,618 MUJERES	40,707 MUJERES	SD
		13 HOMBRES	61 HOMBRES		
			2 NO ESPECIFICA		
	R	6,943 MUJERES	0 HOMBRES	18,077 MUJERES	SD
			863 MUJERES		
			31 NO ESPECIFICA		
PERSONA CON DISCAPACIDAD	S	SD	1 MUJER	SD	SD
			3 HOMBRES		
	R	54[31]	0		
HABLANTE DE LENGUA INDÍGENA	S	SD	0	0	SD
	R	9			
ESTADO CIVIL	S	SD	CASADAS	CASADAS	SD
	R	4134 CASADAS	CASADAS	CASADAS	SD
		5 SOLTERAS			
		2804 UNIÓN LIBRE			
NACIONALIDAD	S	SD	MEXICANA	MEXICANA	SD
	R	41 EXTRANJERA	MEXICANA	MEXICANA	SD
		6,902 MEXICANA			

S: SOLICITADOS R: REALIZADOS SD: SIN DATO
Fuente: Elaboración de GIRE con información de solicitudes de acceso a la información.

C. MARCO NORMATIVO LOCAL

En México se ha buscado remediar la ausencia de una regulación federal sobre reproducción asistida incluyendo disposiciones relacionadas con estos procedimientos en códigos civiles o familiares locales. Sin embargo, muchas veces, en estos ordenamientos se establecen cuestiones que están fuera de la competencia local, como las condiciones de salud de las personas que intervienen o las obligaciones a cargo de las clínicas en donde se realizan estos procedimientos. Esos aspectos tienen relación con la salubridad general y, en consecuencia, compete regularlos al Congreso de la Unión y a la Secretaría de Salud Federal. En términos del artículo 124 constitucional, las entidades federativas solamente tienen competencia para regular las consecuencias civiles y familiares que se derivan del uso de las TRHA, como el reconocimiento de paternidad y maternidad, filiación, datos registrales, entre otros.

En este tenor, algunas entidades federativas han regulado cuestiones o consecuencias derivadas del uso de procedimientos de reproducción asistida. Es el caso de la Ciudad de México[37] y de los estados de Coahuila,[38] México,[39] Jalisco,[40] Michoacán,[41] Puebla,[42] Querétaro,[43] San Luis Potosí,[44] Sonora,[45] Tamaulipas[46] y Zacatecas.[47]

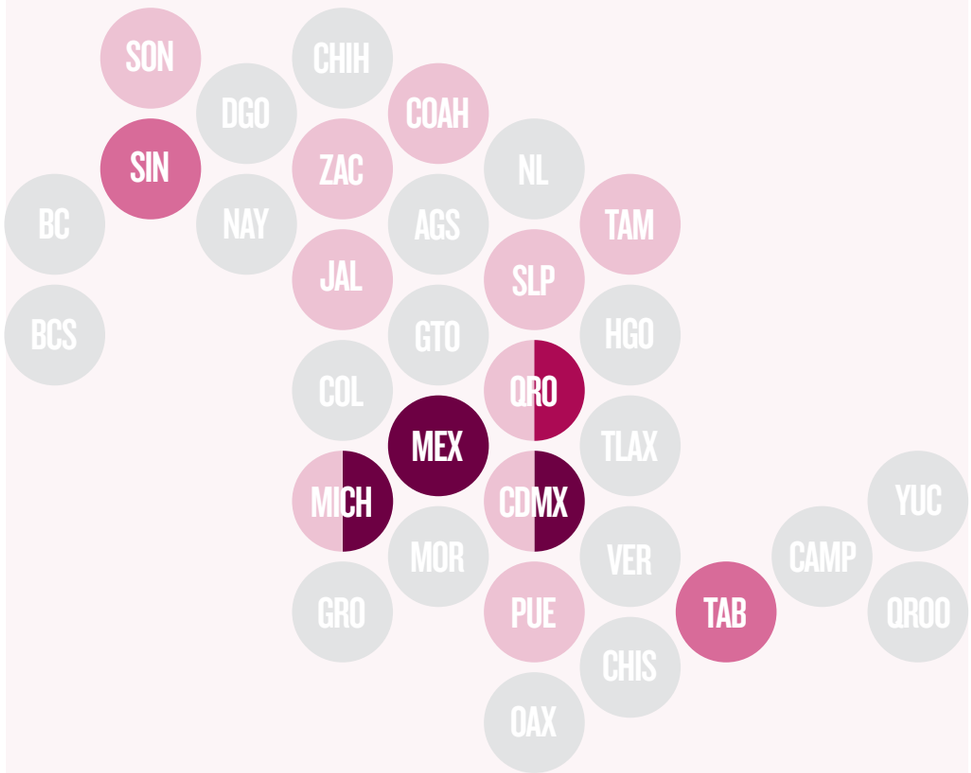
En la regulación de la Ciudad de México y de los estados de Coahuila, Jalisco, Michoacán, Puebla, Querétaro, Sonora, Tamaulipas y Zacatecas se reconoce el vínculo filial que se genera entre el producto de la reproducción asistida y quienes expresaron su voluntad para participar en la práctica de estos procedimientos reproductivos, lo que resulta positivo toda vez que garantiza el vínculo filial y las obligaciones que se derivan de éste.

Por su parte, la gestación subrogada ha sido regulada para permitirla en dos estados: Tabasco y Sinaloa. En contraste, Querétaro[48] y San Luis Potosí[49] han incluido artículos en sus códigos civil y familiar, respectivamente, que desconocen explícitamente cualquier acuerdo de este tipo. Es decir, establecen que siempre se presumirá la maternidad de la mujer gestante y que no se hará válido ningún acuerdo que diga lo contrario. En el resto del país, esta práctica permanece desregulada.[50]

37 Código Civil para el Distrito Federal, artículos 162, 293, 326 y 329.
38 Ley para la Familia de Coahuila de Zaragoza, artículos 268, 366 a 374.
39 Código Civil para el Estado de México, artículos 4.16, 4.112 a 4.116.
40 Código Civil del Estado de Jalisco, artículos 456 y 457.
41 Código Familiar para el Estado de Michoacán de Ocampo, artículos 149 y 327.
42 Código Civil para el Estado de Puebla, artículo 477 bis.
43 Código Civil del Estado de Querétaro, artículo 312, fracción III.
44 Código Civil para el Estado de San Luis Potosí, artículos 1160 y 1474.
45 Código de Familia para el Estado de Sonora, artículos 206 a 208.
46 Código Civil para el Estado de Tamaulipas, artículo 302.
47 Código Familiar del Estado de Zacatecas, artículo 246.
48 Código Civil de Querétaro, artículo 400.
49 Código Familiar de San Luis Potosí, artículo 243.
50 El Código Civil de Coahuila fue reformado el 15 de diciembre de 2015. Anterior a esta reforma la legislación establecía que los contratos de maternidad subrogada eran inexistentes (art. 491). Con esta reforma, Coahuila se convierte en uno más de los estados en los que los acuerdos de gestación subrogada permanecen sin regulación.

ENTIDADES QUE HAN REGULADO ASPECTOS RELACIONADOS CON LA REPRODUCCIÓN ASISTIDA

(ENERO 2010 - ENERO 2020)



- SE RECONOCE EL VÍNCULO FILIAL QUE SE GENERA ENTRE EL HIJO O HIJA PRODUCTO DE LA REPRODUCCIÓN ASISTIDA Y QUIENES EXPRESARON SU VOLUNTAD PARA PARTICIPAR EN DICHO PROCEDIMIENTO.

  CIUDAD DE MÉXICO, COAHUILA, JALISCO, MICHOACÁN, PUEBLA, QUERÉTARO, SAN LUIS POTOSÍ, SONORA, TAMAULIPAS, ZACATECAS

- LA GESTACIÓN SUBROGADA SE ENCUENTRA PERMITIDA:

  TABASCO Y SINALOA

- SE DESCONOCE EXPLÍCITAMENTE CUALQUIER ACUEDO DE GESTACIÓN SUBROGADA. SIEMPRE SE PRESUMIRÁ LA MATERNIDAD DE LA MUJER GESTANTE:

  QUERÉTARO

- SOLAMENTE LOS CÓNYUGES PUEDEN RECURRIR A TRHA:

  CIUDAD DE MÉXICO, MÉXICO, MICHOACÁN

Fuente: Elaboración de GIRE con base en revisión de marcos normativos vigentes a mayo 2021.

En 1997, el estado de Tabasco introdujo una regulación sobre gestación subrogada en su código civil, que contemplaba el registro de niños y niñas nacidos a partir de estos acuerdos. Si bien la legislación permitía que existieran los contratos, no ofrecía protecciones a las partes y favorecía la aparición de ciertos abusos y problemas.

El número de personas y parejas de otros países que viajaban a Tabasco a realizar contratos de este tipo aumentó a partir de 2012, cuando India —el entonces mayor destino de gestación subrogada en el mundo— modificó su legislación para imponer restricciones importantes a personas extranjeras y parejas del mismo sexo.[51] Los cambios a nivel internacional tuvieron un impacto para que Tabasco se convirtiera —en menor medida— en un destino nacional e internacional para este tipo de procedimientos, y los problemas con su normativa empezaran a visibilizarse.

En respuesta a esta situación, el congreso del estado de Tabasco reformó en enero de 2016 el código civil local para incluir el capítulo 6 bis, "De la gestación sustituta y subrogada", con una regulación más comprehensiva que la que había estado vigente hasta entonces.

A partir de dicha reforma, es responsabilidad tanto de la Oficina del Registro Civil como de la Secretaría de Salud del estado de Tabasco registrar los acuerdos y los nacimientos por gestación subrogada en el estado.

En respuesta a solicitudes de acceso a la información presentadas por GIRE, el Registro Civil del Estado de Tabasco informó que, de enero de 2016 a enero de 2020, cuenta con 45 avisos notariales sobre la celebración de contratos de *gestación sustituta*[52] en el estado.[53] Por su parte, la Secretaría de Salud informó que, en ese mismo periodo, se han registrado 27 contratos del mismo tipo. Todas las personas participantes de dichos acuerdos —padres intencionales y mujeres gestantes— de nacionalidad mexicana.[54]

51 Un examen sobre la gestación subrogada en el derecho comparado puede verse en: Albornoz, María Mercedes (editora), *op. cit*, 2020.

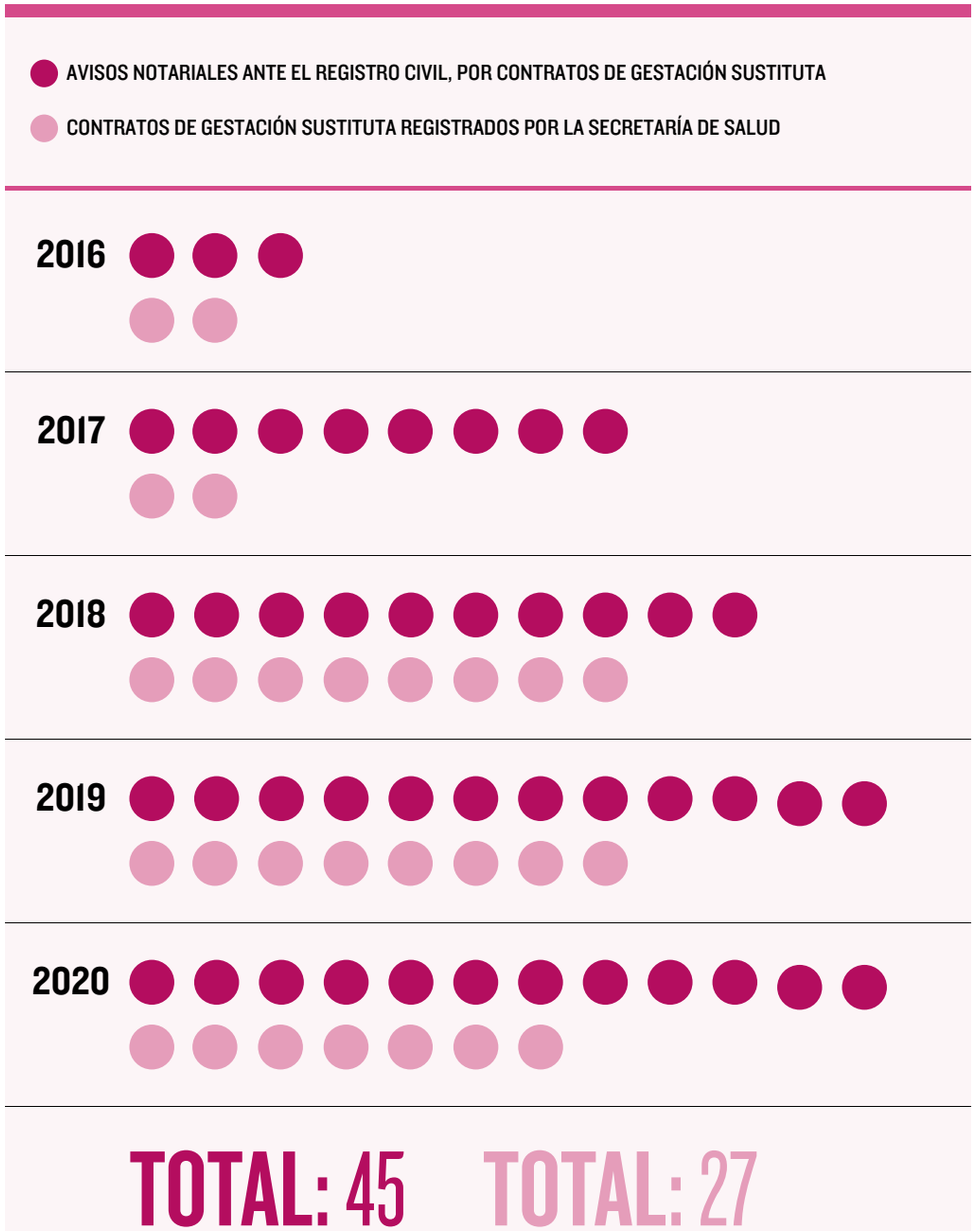
52 Código Civil para el Estado de Tabasco, artículo 380 bis 2: establece que la gestación sustituta implica que la gestante sea contratada exclusivamente para portar en su vientre un embrión obtenido por la fecundación de gametos de la pareja o persona contratante.

53 PNT, Solicitud de información pública, folio 01257020.

54 PNT, Solicitud de información pública, folio 01256920.

AVISOS Y CONTRATOS DE GESTACIÓN SUSTITUTA ANTE EL REGISTRO CIVIL Y LA SECRETARÍA DE SALUD DE TABASCO

(ENERO 2016 - ENERO 2020)



Nacionalidad de las mujeres gestantes: mexicana, en todos los casos.
Nacionalidad de los padres y madres intencionales: mexicana, en todos los casos.
No desagregan información por edad, estado civil ni hablante de lengua indígena.

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

Por otra parte, la legislación estatal actual contempla que, una vez acordado entre las partes y certificado por un notario público, un juez debe vigilar y aprobar el contenido del contrato. En respuesta a la solicitud de información pública enviada por GIRE, el Poder Judicial del Estado informó que se han radicado, de enero de 2016 a enero de 2020, nueve expedientes relativos a juicios no contenciosos de ratificación de *contrato de maternidad gestacional sustituta*.[55]

A pesar de lo anterior, la nueva legislación en materia de gestación subrogada introdujo cuestiones preocupantes, que GIRE ha señalado desde su discusión en el congreso local y su subsecuente publicación en enero de 2016, con el fin de que el gobierno de Tabasco cumpla con los estándares de derechos humanos establecidos en la Constitución y tratados internacionales de los que México es parte. Sin embargo, hasta este momento, no se han realizado reformas que, entre otras cuestiones, subsanen los problemas de invasión de competencias,[56] eliminen disposiciones discriminatorias por razón de orientación sexual, estado civil, edad y restricciones que pueden tener como efecto la estigmatización de personas extranjeras y eviten la criminalización de las mujeres gestantes y otras personas que participan de estos acuerdos, cuestiones introducidas a partir del cambio legislativo en 2016.

55 En enero de 2019, GIRE le solicitó información sobre el número de instrumentos sobre gestación subrogada aprobados por la autoridad judicial de enero de 2016 a diciembre de 2018. En su respuesta, esa autoridad informó el registro de 13 expedientes. En septiembre de 2020 se envió una nueva solicitud requiriendo la misma información, correspondiente al periodo enero de 2016 al 1 de enero de 2020. En respuesta, informó contar con nueve expedientes. De la revisión a ambas respuestas, se advirtió que tres juzgados que en 2019 habían reportado expedientes por contratos de gestación subrogada, en septiembre del 2020 manifestaron no tener ningún caso registrado. PNT, solicitudes de acceso a la información, folios 00433018 y 00830620.

56 Véase: GIRE, *Gestación subrogada en México. Resultados de una mala regulación*, *op. cit,* 2017, p. 22.

ASUNTO PENDIENTE DE RESOLVER POR LA SCJN

AMPARO EN REVISIÓN 820/2018

En mayo de 2019, la Primera Sala de la SCJN conoció el Amparo en revisión 820/2018[57] en que se cuestionó la constitucionalidad de varios artículos del Código Civil del Estado de Tabasco que regulan distintos aspectos de la gestación subrogada. En la demanda de amparo se señala que todo el sistema que regula la gestación subrogada está basado en una "concepción heteronormativa" del matrimonio y de la familia, que excluye injustificadamente a familias homoparentales, así como a personas solteras que desean conformar una familia.

Por otra parte, en la demanda se señala que las normas impugnadas establecen un rango de edad entre 25 y 35 años de edad para que la gestante participe en estos acuerdos. De ese modo, consideraron que dicha limitación resulta violatoria del derecho al libre desarrollo de la personalidad al ser injustificada y, por tanto, arbitraria. Al cierre de la edición de este informe, el amparo se encuentra pendiente de resolver por la SCJN.

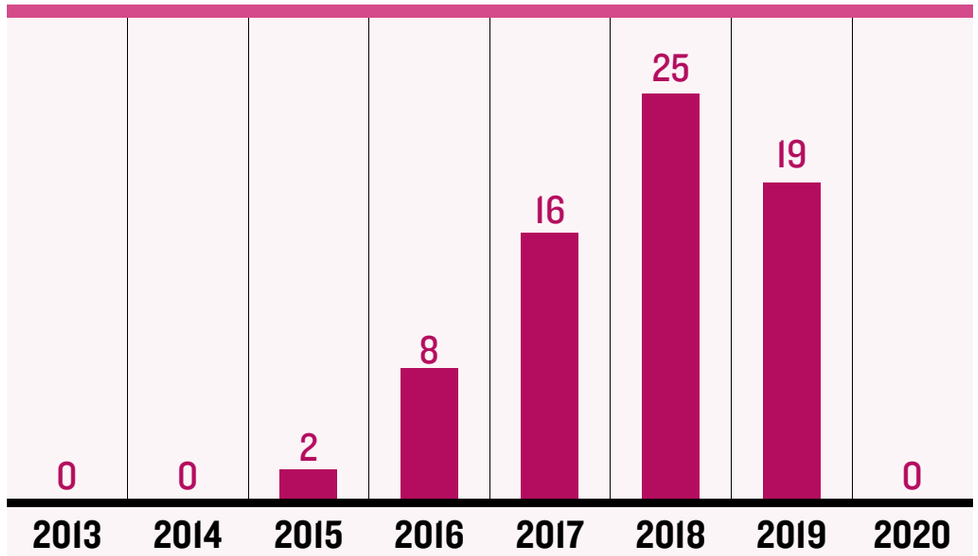
57 SCJN, Comunicado de prensa 069/2018, 9 de mayo de 2018, "Analizará primera sala amparo sobre gestación subrogada en familias homoparentales y personas solteras en Tabasco". Disponible en: https://www.internet2.scjn.gob.mx/red2/comunicados/noticia.asp?id=4713. SCJN, Primera Sala, Amparo en revisión 820/2018, ministro Alfredo Gutiérrez Ortiz Mena.

En Sinaloa la figura de la gestación subrogada se introdujo en 2013, con restricciones para acceder a los acuerdos que, en gran medida, han impedido que el estado se convierta en un destino para realizar este tipo de acuerdos, con la visibilidad política, jurídica y mediática que ha tenido Tabasco. Sin embargo, este ordenamiento prevé que sólo podrán acceder a los acuerdos las personas mexicanas,[58] así como las parejas heterosexuales unidas en matrimonio,[59] restricciones que violan el derecho a la igualdad y a la no discriminación.

Para conocer el número de procedimientos de este tipo registrados en el estado, GIRE envío solicitudes de acceso a la información al Registro Civil y a la Secretaría de Salud de la entidad. En respuesta el Registro Civil informó que, del mes de febrero de 2013 —cuando se introdujo la figura en el Código Familiar— a enero de 2020, cuenta con registro de 69 contratos de gestación subrogada celebrados en el estado, sin embargo, al realizar la suma correspondiente, se advirtió que son setenta contratos.[60]

INSTRUMENTOS SOBRE ACUERDOS DE GESTACIÓN SUBROGADA REGISTRO CIVIL DE SINALOA

(FEBRERO 2013 - ENERO 2020)



TOTAL: 70

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

58 Código Familiar de Sinaloa, fracción I, artículo 290.
59 Código Familiar de Sinaloa, artículo 287.
60 PNT, solicitud de acceso a la información, folio 01017920.

Por su parte, la Secretaría de Salud local informó que, de febrero de 2013 a enero de 2020, se cuenta con el registro de 32 notificaciones emitidas por notarios públicos de contratos de gestación subrogada y cuatro convenios de reproducción asistida sin efectos jurídicos.[61] Asimismo, la Dirección Jurídica y de Normatividad de los Servicios de Salud de Sinaloa informó el registro de 48 contratos de "reproducción humana asistida y gestación subrogada", en el periodo comprendido de 2017 a enero de 2020, pero no cuentan con información desagregada por edad de las mujeres gestantes, nacionalidad, hablante de lengua indígena, edad, estado civil y nacionalidad de los contratantes.[62]

CONTRATOS DE GESTACIÓN SUBROGADA REGISTRADOS ANTE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE SINALOA

(FEBRERO 2013 - ENERO 2020)

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

61 PNT, solicitud de acceso a la información, folio 01524920. La Secretaría de Salud informó el registro de "4 notificaciones emitidas por Notario Público, de Convenios de Resolución Bilateral, para quedar sin valor y sin efectos jurídicos, el Contrato de Reproducción Humana Asistida".

62 PNT, solicitud de acceso a la información, folio 01017420.

Con relación al perfil de las mujeres gestantes, en ninguna de las 32 notificaciones de contratos se especifica la edad de las mujeres gestantes, aunque se tiene registro de que veinte nacieron entre 1981 y 1992, y 12 no especificaron. En cuanto a la nacionalidad, veinte son mexicanas y no se tiene registro de 11. Tampoco se tiene registro del estado civil ni de si alguna de ellas es hablante de lengua indígena.

Por otra parte, en cuanto a las personas contratantes, en los contratos no se especifica la edad. No obstante, se tiene registro de que en 21 casos nacieron entre el año 1958 y 1996 y en 11 no se especificó; la mayoría (16) son de nacionalidad mexicana, en tres casos son de nacionalidad ucraniana y mexicana, en un caso son de nacionalidad colombiana-mexicana y en un caso uno de los contratantes es de nacionalidad mexicana y el otro no se especifica. En 11 casos, no se especifican los datos de la nacionalidad. Con relación al estado civil de las personas contratantes, veinte eran casadas, en cuatro casos la contratante era soltera y en ocho no se especifica el estado civil de las partes. Tampoco se especifica si alguna de las personas contratantes es hablante de lengua indígena.

	PERFIL DE MUJERES GESTANTES	PERFIL DE PADRES Y MADRES CONTRATANTES
EDAD	20 NACIDAS ENTRE 1981 Y 1992[63]	21, NACIDOS ENTRE 1958 Y 1996[64]
	12 NO SE TIENE REGISTRO	11, NO SE TIENE REGISTRO
NACIONALIDAD	20 MEXICANAS	16, MEXICANA
	11 NO SE TIENE REGISTRO	3, UCRANIANA-MEXICANA
		1, COLOMBIANA-MEXICANA 1, UN CONTRATANTE DE NACIONALIDAD MEXICANA Y DEL OTRO NO SE ESPECIFICA
ESTADO CIVIL	20 CASADOS	
	20 SOLTERAS	
	8 NO SE ESPECIFICA	

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

63 No se especifica la edad de las mujeres gestantes, sin embargo, se tiene registro de que 20 de ellas nacieron entre 1981 y 1992. PNT, solicitud de acceso a la información, folio 01524920.

64 No se especifica la edad de los contratantes, sin embargo, se tiene registro de que en 21 notificaciones estos nacieron entre 1958 y 1996. PNT, solicitud de acceso a la información, folio 01524920.

AVANCES

En noviembre de 2018, la SCJN resolvió el primer asunto directamente relacionado con un acuerdo de gestación subrogada, respecto a la negativa de una autoridad local a reconocer la relación filial entre una pareja del mismo sexo y un niño nacido a través de este acuerdo en el estado de Yucatán,[65] en donde la práctica de la gestación subrogada no está regulada, no se tienen reglas expresas sobre la atribución de filiación en esos casos, ni sobre los requisitos y la actuación del Registro Civil en cuanto al nacimiento y presentación de un menor nacido a través de estos acuerdos.[66]

En este caso, la SCJN resolvió que para el reconocimiento de la relación filial es necesario evaluar la voluntad procreacional —definida como el deseo de asumir a un hijo o hija como propio, aunque biológicamente no lo sea— y, con ello, todas las responsabilidades derivadas de la filiación, por parte de los padres intencionales. Así, la Corte concedió el amparo para que el niño fuera registrado como hijo de los padres intencionales, al considerar que de este modo se garantiza la vigencia del derecho del niño a tener una identidad y ser inscrito en el Registro Civil; el derecho de los padres intencionales a su vida privada y a procrear mediante TRHA, y el derecho de la mujer gestante a una vida privada y libre desarrollo de la personalidad.

Es de relevancia que la SCJN haya resaltado que el elemento determinante para reconocer la relación filial es la voluntad procreacional de los padres intencionales, así como el interés superior de la niñez,[67] y no así el vínculo genético o biológico. Al resolver un caso de gestación subrogada en una entidad federativa en donde la práctica permanece desregulada, la SCJN subsanó, en cierta medida, el impacto que el vacío legal produce en el ejercicio de los derechos humanos.

65 SCJN, Primera Sala, Amparo en Revisión 553/2018. Ponente: José Ramón Cossío Díaz. Secretaria: Mónica Cacho Maldonado.

66 El caso fue litigado por Amelia Ojeda Sosa, integrante de la Red Nacional por la Justicia Reproductiva, coordinada por GIRE e integrada por abogadas y abogados con principios feministas y perspectiva de derechos humanos con presencia en 14 estados del país. Su labor se enfoca en brindar acompañamiento legal y atención psicológica a quienes han sufrido violaciones a sus derechos reproductivos, así como a realizar trabajo de incidencia para que el Estado cumpla con la obligación de generar las condiciones óptimas para que las mujeres y otras personas gestantes tengan autonomía reproductiva.

67 El principio del interés superior de la niñez encuentra fundamento en el párrafo octavo del artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM), y en el artículo 3, apartado 1, de la Convención sobre los Derechos del Niño, de donde se advierte que en cualquier decisión, actuación o medida que involucre a la niñez, el Estado tiene la ineludible obligación de atender a su interés superior.

El caso anterior es el primero en el que la Corte se pronuncia de manera directa con respecto al tema. Sin embargo, previamente ha desarrollado criterios relacionados con la determinación de filiación que pueden tener un efecto importante tanto en términos de reproducción asistida en general, como de gestación subrogada en particular.

En 2015 la SCJN determinó que, cuando se han empleado TRHA con gametos donados,[68] lo primero que habrá que verificar es si el tratamiento se realizó en lo individual o en pareja y, después, si existió consentimiento de quien no aportó material genético, pues ello constituirá uno de los elementos para reconocer la filiación de un hijo o hija nacida en esta circunstancia. En este caso, la Corte comenzó a desarrollar el concepto de voluntad procreacional al resolver que la filiación no se determina por la verdad biológica, sino por la voluntad expresada por ambos cónyuges para someterse a este procedimiento de inseminación artificial heterólogo,[69] lo que acarrea una filiación indisoluble entre el niño o niña que ha nacido y el cónyuge que asumió esa paternidad.

A. ACCIÓN DE INCONSTITUCIONALIDAD 16/2016

El 15 de febrero de 2016 la entonces Procuradora General de la República, Arely Gómez González, presentó una acción de inconstitucionalidad en contra de diversos artículos del Código Civil para el Estado de Tabasco, adicionados en enero de 2016, que regulan la gestación subrogada a nivel local.[70] Después de cinco años, los días 1, 3 y 7 de junio de 2021, el Pleno de la SCJN, en sesiones públicas remotas, discutió el proyecto relativo a la acción de inconstitucionalidad 16/2016, presentado por la ponencia de la ministra Norma Lucía Piña Hernández.[71] En la sesión del 1º de junio, la ministra Piña Hernández señaló que el Colegio de Bioética y GIRE presentaron escritos de *amicus curiae*, información que incorporó y tomó en cuenta para la resolución del caso.

El engrose de esta resolución aún está pendiente, la sentencia que se publique será la versión oficial. Sin embargo, algunos aspectos relevantes que abordaron las y los ministros de la SCJN, en las sesiones públicas, giraron en torno a la necesidad de regular los procedimientos de reproducción asistida, en general, y la gestación por sustitución, en particular. Sobre este aspecto, la ministra Piña Hernández señaló que la prohibición de la gestación por sustitución genera clandestinidad y, consecuentemente, mayores riesgos para las mujeres gestantes, así como incertidumbre para las y los niños nacidos por estos acuerdos, pues el Estado no puede ofrecer protecciones, vigilar las condiciones de consentimiento de los contratos, ni asegurar que la actuación de clínicas y agencias sea acorde a la ley y a los derechos humanos.

68 SCJN, Primera Sala, Amparo directo en revisión 2766/2015, 12 de julio de 2017, unanimidad de cuatro votos de los ministros Arturo Zaldívar Lelo de Larrea —quien reservó su derecho a formular voto concurrente—, José Ramón Cossío Díaz —quien reservó su derecho a formular voto concurrente—, Jorge Mario Pardo Rebolledo y Norma Lucía Piña Hernández. Ausente: Alfredo Gutiérrez Ortiz Mena. Ponente: Norma Lucía Piña Hernández. Secretario: Daniel Álvarez Toledo.

69 En este caso, la distinción entre inseminación artificial homóloga e inseminación artificial heteróloga consiste en que en la primera, se emplean gametos masculinos procedentes del varón que consiente la fecundación, y en la segunda se emplean gametos masculinos procedentes de un donante.

70 SCJN, Acción de Inconstitucionalidad 16/2016, sobre la validez de diversas normas que regulan los contratos de gestación subrogada en el Código Civil del estado de Tabasco. Sobre lo que prevé la acción de constitucionalidad. Véase GIRE, *Gestación subrogada en México. Resultados de una mala regulación, 2017, op. cit,* p. 26.

71 SCJN, Versiones taquigráficas. Disponibles en: https://www.scjn.gob.mx/multimedia/versiones-taquigraficas.

Una de las principales preocupaciones que se han expresado desde posturas feministas con respecto a la gestación subrogada son las condiciones de desigualdad en las que las mujeres gestantes firman los contratos y el efecto que esto puede tener en su capacidad de decidir participar en ellos. Las y los ministros coincidieron en que, en efecto, los contextos económicos y sociales en los que suele llevarse a cabo este ejercicio no deben desconocerse y, precisamente por ello, la regulación cobra relevancia.

En la sesión pública algunas ministras y ministros reconocieron que este proyecto será un parteaguas en cuanto a que el derecho de autonomía de las mujeres y las personas gestantes para decidir sobre lo que pasa en sus cuerpos no es un derecho disponible, y debe ser constitucionalmente protegido y garantizado.

Durante la sesión celebrada el 1º de junio, el Tribunal Pleno determinó declarar la invalidez del primer párrafo del artículo 380 bis, al estimar que no corresponde al legislador local regular los aspectos técnicos de las TRHA —utilizadas en la gestación subrogada—, ni tampoco la condición médica de aquellos que pueden acceder a la gestación por sustitución. Ello, en el entendido de que sí le corresponde definir las consecuencias civiles de su uso. Asimismo, declaró la invalidez del párrafo tercero de ese artículo que excluye, de manera injustificada, a mujeres de la posibilidad de expresar su consentimiento para que sus gametos puedan ser utilizados después de su muerte en un procedimiento de reproducción asistida.[72]

Por otra parte, declaró la invalidez del artículo 380 bis 3, párrafo quinto, que establece que la gestante o su cónyuge no pueden reclamar la maternidad o paternidad del niño o niña que ha nacido producto de este acuerdo, a menos que se acreditara la incapacidad o muerte de la madre o padre contratantes. La Corte estableció que las decisiones que se adopten en torno a los derechos de las niñas y los niños deben ser con base en el interés superior de éstos, lo que no puede determinarse de manera abstracta, sino en función de las circunstancias que concurran en cada situación; es decir, caso por caso. Asimismo, se señaló que la voluntad procreacional —el deseo de ser padre o madre— será uno de los elementos más importantes a tomar en cuenta para determinar la filiación.[73]

También declaró la invalidez de los párrafos cuarto y sexto del artículo 380 bis 3. Lo anterior, en virtud de que condicionaban la participación de las mujeres en los contratos de gestación por sustitución al conocimiento o la firma de su cónyuge o concubino. De esta manera, las normas perpetuaban el estereotipo de que las mujeres no pueden ejercer su capacidad reproductiva de manera autónoma, provocando un efecto estigmatizante, al exigir una "autorización" de su cónyuge. Así, el Pleno reconoció que la determinación de participar en un contrato de gestación subrogada corresponde a la mujer gestante.[74]

Además, se declaró la invalidez del artículo 380 bis 3 del Código Civil local, relativo a que el contrato de gestación lo firmarán "la madre y el padre" contratantes. El Pleno determinó que dicha porción era discriminatoria por razón de la orientación sexual y el estado civil, al excluir a las parejas del mismo sexo y a cualquier persona soltera de la posibilidad de celebrar un contrato de gestación subrogada.

72 SCJN, Comunicado de prensa 154/2021, 1 de junio de 2021. Disponible en: https://www.internet2.scjn.gob.mx/red2/comunicados/noticia.asp?id=6461.

73 SCJN, Comunicado de prensa 158/2021, 3 de junio de 2021. Disponible en: https://www.internet2.scjn.gob.mx/red2/comunicados/noticia.asp?id=6465

74 *Ibídem*.

Asimismo, se pronunció por reconocer la validez del artículo 380 bis 5 del Código Civil local, al resultar infundado que exista una obligación de las legislaturas locales de prever la gratuidad del contrato de gestación por sustitución.[75] Es decir, el tribunal constitucional señaló que es competencia de cada entidad determinar si los contratos de gestación son onerosos o gratuitos. En este sentido, desde GIRE se ha considerado que la narrativa común, que sugiere que la gestación subrogada debe llevarse a cabo siempre con fines estrictamente "altruistas", se basa en estereotipos de género que desconocen la autonomía reproductiva de las mujeres gestantes, y resulta poco efectiva para enfrentar los abusos en que pueden incurrir las clínicas y agencias dedicadas a este ejercicio. Así, establecer un requisito de gratuidad, tanto en la legislación como en los contratos de gestación por sustitución, no es una vía idónea para proteger a las mujeres y otras personas con capacidad de gestar, pues llevaría la práctica a la clandestinidad.

Por último, en la sesión del 7 de junio, el Tribunal Pleno aprobó, con siete votos a favor de la propuesta modificada, el resolutivo sexto que establece: "Se exhorta a los demás Poderes de la Unión a que, en el ámbito de sus competencias, regulen de manera urgente y prioritaria la materia tratada en esta sentencia".[76]

Si bien el engrose de la sentencia está pendiente, GIRE reconoce el avance con la discusión y resolución del Pleno de la Corte, pues a partir de la solidez jurídica y argumentativa del proyecto elaborado en la ponencia de la ministra Norma Lucía Piña Hernández se logró el consenso para reconocer y garantizar los derechos de las partes involucradas en este tipo de acuerdos.

B. AMPARO EN REVISIÓN 129/2019

De manera inmediata a que las y los integrantes del Pleno en la SCJN concluyeran el análisis de la Acción de inconstitucionalidad 16/2016, discutieron el Amparo en revisión 129/2019 promovido por una empresa privada que brinda servicios de reproducción asistida en el estado de Tabasco. En este amparo se impugnaron diversos artículos del Código Civil para el Estado de Tabasco, adicionados mediante Decreto 265, publicado el 13 de enero de 2016, en materia de gestación por sustitución. La discusión del proyecto de sentencia, bajo la ponencia del ministro Jorge Mario Pardo Rebolledo, se realizó en sesiones públicas, celebradas los días 7 y 8 de junio de 2021.

El Tribunal Pleno determinó que es inconstitucional la fracción I del artículo 380 bis 5, donde se preveía como requisito para la suscripción del contrato de gestación que todas las partes contratantes fueran ciudadanos mexicanos. Ello, al considerar que esta disposición resulta violatoria de los principios de igualdad y no discriminación, así como del derecho a la libertad de comercio, previstos en los artículos 1º y 5º constitucionales.[77]

75 *Ibídem*.
76 SCJN, Comunicado de prensa 160/2021, 7 de junio de 2021. Disponible en: https://www.internet2.scjn.gob.mx/red2/comunicados/comunicado.asp?id=6467
77 SCJN, Comunicado de prensa 161/2021, 8 de junio de 2021. Disponible en: https://www.internet2.scjn.gob.mx/red2/comunicados/noticia.asp?id=6468

En este sentido, GIRE ha señalado que establecer un requisito de nacionalidad para la participación en un proceso de gestación por sustitución resulta discriminatorio y afectaría, entre otras, a las personas extranjeras que son residentes permanentes o temporales en el país, incluidas aquellas en concubinato o matrimonio con personas mexicanas.[78] Pese a que estas restricciones en general pretenden prevenir los abusos identificados alrededor de la gestación por sustitución en el contexto internacional, la experiencia señala que, además de ser discriminatorias, no resuelven los problemas estructurales identificados en la práctica y, de hecho, pueden tener efectos no deseados, como la estigmatización y persecución de personas extranjeras. En todo caso, un requisito de residencia habitual o el establecimiento de visados específicos para acceder a dichos acuerdos podrían responder a este objetivo sin suponer discriminaciones injustificadas.[79]

Por otra parte, el Pleno resolvió que son infundados los argumentos de la empresa privada, en el sentido de que es inconstitucional el artículo 380 bis 5, penúltimo párrafo, donde se requiere de la intervención de un notario público para la celebración del contrato de gestación. Lo anterior, al determinar que dicho requisito no resulta excesivo o irracional, ni constituye un obstáculo para el acceso a la justicia. Resulta importante señalar que, en la discusión las y los ministros reconocieron que la prescripción de esta intervención obedece a la voluntad del legislativo de generar salvaguardias adicionales para quienes participen en el contrato y, sujetarlos a una doble supervisión —ante notario púbico y la autoridad judicial—, lo cual aumenta la protección y la certidumbre jurídica de las partes involucradas. Este doble mecanismo contribuye a verificar la expresión libre e informada de la voluntad de las partes, en especial, la de la mujer gestante.

Finalmente, el Pleno consideró que el artículo único transitorio del decreto impugnado no viola el principio de irretroactividad de la ley, pues del contenido de ese precepto no se desprende que lo previsto en el Decreto deba ser aplicado a los contratos suscritos con anterioridad a su entrada en vigor.

Sin duda, las resoluciones a estos asuntos por parte del Pleno de la SCJN serán determinantes para establecer criterios que permitan guiar la actuación del Estado con respecto a la práctica de la reproducción asistida y la gestación subrogada en el país. Las decisiones que adopte el Estado deberán tener como base una perspectiva de género democrática, respetuosa de los derechos humanos y del progreso científico, de conformidad con los estándares más altos de protección reconocidos en la Constitución y en los tratados internacionales ratificados por México. Además, resulta fundamental que se respete la distribución de competencias entre la Federación y las entidades federativas.

78 GIRE, *Gestación subrogada en México. Resultados de una mala regulación*, 2017, *op. cit*, p. 22.
79 Fulda Graue, Isabel, Ramos Duarte, Rebeca y Tamés Noriega, Regina, "Cuestiones controvertidas en torno a la gestación por sustitución", en Albornoz, María Mercedes (editora), 2020, *op. cit*, p. 61.

BARRERAS

A. CRITERIOS DE ACCESO A SERVICIOS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA Y DISPOSICIONES DISCRIMINATORIAS

Dada la ausencia de una regulación general que norme el acceso a TRHA, los requisitos de acceso a cada uno de los hospitales y clínicas que proporcionan servicios de reproducción asistida varían, pero, en general, todos contienen elementos discriminatorios que resultan preocupantes. Desde 2015, GIRE recomendó a estas instituciones modificar los requisitos de ingreso a sus programas de reproducción asistida, de acuerdo con una perspectiva de derechos humanos, con especial énfasis en el derecho a igualdad y no discriminación.[80] Hasta este momento, dicha recomendación no ha sido atendida. En el mismo sentido, en julio de 2017, derivado de un caso acompañado por GIRE, el CONAPRED instó al Centro Médico Nacional 20 de Noviembre a tomar las acciones necesarias para modificar los criterios discriminatorios para acceder al programa integral de reproducción asistida.

Los criterios de admisión a estos programas que establecen en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de Trabajadores del Estdo (ISSSTE); el INPER, el Hospital Mónica Pretelini Sáenz y el Hospital Militar de Especialidades de la Mujer y Neonatología de la Sedena[81] vulneran el principio de igualdad y no discriminación al basarse en diversas categorías prohibidas por el artículo 1º de la Constitución, como la edad, el estado civil y las condiciones de salud de las personas.

80 Sobre los requisitos de acceso a programas de reproducción asistida en instituciones públicas, véase: GIRE, *Niñas y Mujeres sin Justicia. Derechos Reproductivos en México*, 2015, *op. cit*, p. 219.

81 PNT, solicitud de acceso a la información, folio 0000700245120. Protocolo de manejo de infertilidad (2019). Criterios de exclusión para ingresar a lista de espera para tratamiento de reproducción asistida:
- Edad de la mujer mayor de 38 años cumplidos a la fecha de su primera consulta
- Edad del hombre con so años cumplidos a la fecha de su primera consulta.
- Pareja que tengan algún tipo de inestabilidad emocional o psicológica, demostrada en la valoración por un profesional de la salud experto en el área, la cual debe realizarse en ambos.
- Pacientes con enfermedades que pongan en riesgo su vida con el logro del embarazo o bien que, puedan transmitirse a sus hijos.
- Pacientes con un índice de masa corporal por arriba de 30.1 kg/m^2.
- Pacientes con antecedentes de dos o más cesáreas previas.
- Parejas candidatas por su condición clínica o tratamiento de reproducción asistida a donación de gametos o embriones.
- Pacientes que tengan dos o más hijos vivos con su actual pareja.

EXCLUSIÓN POR RAZONES DE EDAD

El rechazo automático por razones de edad de los programas de reproducción asistida resulta discriminatorio, ya que se realiza sin una evaluación previa que permita determinar la idoneidad de llevar a cabo el tratamiento y las posibilidades de lograr un embarazo mediante TRHA. Es decir, en lugar de establecer una exclusión *a priori* de cierta población, se deberían de realizar estudios que permitan conocer el estado de salud en cada caso.

EXCLUSIÓN POR RAZONES DE ESTADO CIVIL

El requisito de que quienes soliciten los servicios sean parejas constituidas legalmente —ya sea mediante el matrimonio o unidas en concubinato— resulta discriminatorio para las personas solas o las parejas no establecidas legalmente que requieren de TRHA. El Estado no debe imponer normas que excluyan a nadie en razón de su estado civil ni tiene la potestad jurídica de determinar un cierto modelo de familia. El marco constitucional obliga a las autoridades mexicanas a reconocer los diferentes tipos de familia sin discriminación, sean parejas del mismo sexo, de diferente sexo o personas solteras. El derecho a fundar una familia se encuentra protegido en el artículo 4º, párrafo primero, de la Constitución, que establece la protección que debe existir legalmente hacia la organización y desarrollo de la familia y la libertad que tienen las personas a decidir de manera responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos.[82]

Con relación al concepto de familia, el Pleno de la SCJN sostuvo, en la Acción de inconstitucionalidad 2/2010, a partir de una interpretación al artículo 4º constitucional, que este precepto no se refiere a un "modelo de familia ideal" que tenga como presupuesto al matrimonio heterosexual y cuya finalidad sea la procreación. La Constitución tutela a la familia entendida como realidad social. En ese sentido, la protección debe ser para todas sus formas y manifestaciones: familias nucleares compuestas por padres e hijos (biológicos o adoptivos); familias monoparentales compuestas por un padre o una madre e hijos; familias extensas o consanguíneas que se extienden a varias generaciones, incluyendo ascendientes, descendientes y parientes colaterales, y familias homoparentales conformadas por padres del mismo sexo con hijos (biológicos o adoptivos) o sin ellos.[83]

Por otra parte, el 27 de enero de 2017, la Primera Sala de la SCJN emitió la tesis jurisprudencial 08/2017, cuya aplicación se volvió obligatoria a partir del 30 de enero del mismo año. En ésta, la Corte determinó que:

> la vida familiar entre personas del mismo sexo no se limita únicamente a la vida en pareja, sino que puede extenderse a la procreación y a la crianza de niños y niñas según la decisión de los padres. Así, existen parejas del mismo sexo que hacen vida familiar con niños y niñas procreados o adoptados por alguno de ellos, o parejas que utilizan los medios derivados de los avances científicos para procrear.[84]

82 CPEUM, artículo 4. El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia.

83 SCJN, Pleno, Acción de inconstitucionalidad 2/2010, 16 de agosto de 2010. Disponible en: https://www2.scjn.gob.mx/ConsultaTematica/PaginasPub/DetallePub.aspx?AsuntoID=115026

84 SCJN Primera Sala, Semanario Judicial de la Federación, Tesis: 1ª/J.8/207 (10ª), Décima Época. Disponible en: http://bit.ly/2jxqRVn.

EXCLUSIÓN POR CONDICIONES DE SALUD

El requisito de que las parejas solicitantes de servicios de reproducción asistida no deban tener enfermedades genéticas heredables, sin especificar el tipo de enfermedad, las condiciones particulares, ni que se admita la posibilidad de analizar casos concretos, deja a las personas usuarias en una situación de inseguridad jurídica. Esta no especificidad podría prestarse a decisiones arbitrarias, discrecionales y discriminatorias por parte de quienes revisan las solicitudes de acceso al programa.

Sobre las enfermedades genéticas es preciso señalar, primero, que éstas presentan distinta gravedad y no necesariamente son heredables; por ello, en todo caso, sería obligación del Estado realizar los estudios previos a los y las usuarias y, a partir de éstos, brindar un completo asesoramiento genético sobre los aspectos de salud detectados para que sean las personas usuarias quienes decidan continuar o no con el procedimiento reproductivo. Algunas de las enfermedades genéticas más comunes —talasemias, fibrosis quística y hemofilia— pueden manejarse con notable éxito.[85]

Llama la atención que, en el protocolo de biología de la reproducción del Hospital Militar de Especialidades de la Mujer y Neonatología de la Sedena se establece como requisito para ingresar a la lista de espera y recibir un tratamiento de reproducción asistida, entre otros, que "la pareja se someta a una valoración psicológica que garantice la estabilidad emocional y la salud psicológica de ambos".[86] Dado el contexto de discriminación en el que viven las personas con discapacidad en México, al no ser vistas como titulares de derechos, las disposiciones que hacen referencia a la salud mental o a enfermedades genéticas como criterio para el ejercicio de los derechos reproductivos, pueden ser aplicadas de forma discrecional en contra de las personas con discapacidad real o percibida, privándoles injustificadamente del acceso a TRHA.[87]

En este contexto, dicho requisito podría ser un obstáculo para que, por ejemplo, personas con discapacidad psicosocial tengan acceso a estos procedimientos para procrear en igualdad de condiciones que el resto de las personas.

El Estado mexicano ha incumplido con la obligación establecida en el artículo 8 de la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPC),[88] relativa a la toma de conciencia sobre los derechos de las personas con discapacidad y la erradicación de estereotipos.[89] Asimismo, el Comité de Derechos de las Personas con Discapacidad ha expresado preocupación al Estado mexicano sobre la discriminación interseccional contra las personas con discapacidad, especialmente las niñas y mujeres, en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.[90]

En este contexto, el artículo 23 de la CDPC contempla el derecho de las personas con discapacidad a "decidir libremente y de manera responsable el número de hijos que quieren tener y el tiempo que debe transcurrir entre un nacimiento y otro, y a tener acceso a información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiados para su edad, y se ofrezcan los medios necesarios que les permitan ejercer esos derechos".

Por su parte, el artículo 25 de la CDPC establece que los Estados deben asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, con lo que deben impedir que se nieguen, de manera discriminatoria, servicios de salud por motivos de discapacidad.[91]

En conclusión, la emisión de criterios que impiden el acceso a TRHA, carentes de objetividad, razonabilidad, sustento médico o científico y fundamentación jurídica, vulnera derechos humanos reconocidos en la Constitución y en tratados internacionales ratificados por México.

La ausencia de un marco normativo general que determine las bases para el acceso a las TRHA da lugar a que cada institución, pública o privada, rija su actuar atendiendo a criterios propios. Esta autorregulación permite que se establezcan lineamientos o protocolos diferenciados que, más allá del profesionalismo y calidad en la atención médica y científica de cada unidad de salud, ignoran la perspectiva de derechos humanos y con frecuencia incluyen requisitos discriminatorios, que colocan a los y las usuarias en una situación de vulnerabilidad e incertidumbre jurídica.

En términos de barreras para el acceso a TRHA, llama la atención también lo previsto en los códigos civiles de la Ciudad de México[92] y del estado de México,[93] así como el código familiar de Michoacán,[94] en los que se establece que solamente los cónyuges pueden recurrir a TRHA. Es decir, limita el acceso a estos servicios a las personas unidas en matrimonio y deja fuera a parejas unidas en concubinato y

85 OMS, Consejo Ejecutivo, "Control de enfermedades genéticas", 21 de abril de 2005. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB116/B116_3-sp.pdf

86 PNT, solicitud de acceso a la información, folio 0000700245120. Protocolo de manejo de la infertilidad, actualizado en enero del 2019.

87 El Comité de Derechos de las Personas con Discapacidad señaló que la prohibición de discriminación por motivos de discapacidad abarca tanto a las personas con discapacidad como a aquellas que son percibidas como tales. Véase Naciones Unidas, *Observación general núm.* 4, 25 de noviembre de 2016, párrafos 6 y 16; y Naciones Unidas, *Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad*, 16 de julio de 2018, párr. 6.

88 CDPC, artículo 8: Toma de conciencia:
- Los Estados Partes se comprometen a adoptar medidas inmediatas, efectivas y pertinentes para:
a) Sensibilizar a la sociedad, incluso a nivel familiar, para que tome mayor conciencia respecto de las personas con discapacidad y fomentar el respeto de los derechos y la dignidad de estas personas;
b) Luchar contra los estereotipos, los prejuicios y las prácticas nocivas respecto de las personas con discapacidad, incluidos los que se basan en el género o la edad, en todos los ámbitos de la vida;
c) Promover la toma de conciencia respecto de las capacidades y aportaciones de las personas con discapacidad.
- Las medidas a este fin incluyen:
a) Poner en marcha y mantener campañas efectivas de sensibilización pública destinadas a:
i) Fomentar actitudes receptivas respecto de los derechos de las personas con discapacidad;
ii) Promover percepciones positivas y una mayor conciencia social respecto de las personas con discapacidad;
iii) Promover el reconocimiento de las capacidades, los méritos y las habilidades de las personas con discapacidad y de sus aportaciones en relación con el lugar de trabajo y el mercado laboral;
b) Fomentar en todos los niveles del sistema educativo, incluso entre todos los niños y las niñas desde una edad temprana, una actitud de respeto de los derechos de las personas con discapacidad;
c) Alentar a todos los órganos de los medios de comunicación a que difundan una imagen de las personas con discapacidad que sea compatible con el propósito de la presente Convención;
d) Promover programas de formación sobre sensibilización que tengan en cuenta a las personas con discapacidad y los derechos de estas personas.

89 Por ejemplo, en las *Observaciones finales del Comité de Derechos de las Personas con Discapacidad el informe inicial de México*, el Comité recomendó desarrollar programas de toma de conciencia sobre las personas con discapacidad como titulares de derecho.

90 Naciones Unidas, *Observaciones finales del Comité de Derechos de las Personas con Discapacidad el informe inicial de México*, 27 de octubre 2014, párrafos 9 y 13.

91 CDPC, artículo 25, f.

92 Código Civil para el Distrito Federal, artículo 162.- Los cónyuges están obligados a contribuir cada uno por su parte a los fines del matrimonio y a socorrerse mutuamente.
(Reforma publicada en la GODF el 25 de mayo de 2000)
Los cónyuges tienen derecho a decidir de manera libre, informada y responsable el número y espaciamiento de sus hijos, así como emplear, en los términos que señala la ley, cualquier método de reproducción asistida, para lograr su propia descendencia. Este derecho será ejercido de común acuerdo por los cónyuges.

93 Código Civil para el Estado de México, artículo 4.16. Los cónyuges tienen derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número de hijos que deseen tener, así como a emplear métodos de reproducción asistida para lograr su propia descendencia. Este derecho sólo será ejercido por común acuerdo de los cónyuges y de conformidad con las restricciones que al efecto establezcan las leyes.
Consentimiento de la mujer para la inseminación artificial
Artículo 4.112.- La reproducción asistida a través de métodos de inseminación artificial solo podrá efectuarse con el consentimiento de la mujer a quien haya de practicarse dicho procedimiento.
La mujer casada no podrá otorgar su consentimiento para ser inseminada, sin la conformidad de su cónyuge. Tampoco podrá dar en adopción al menor nacido, mediante este método de reproducción.

94 Código Familiar de Michoacán, artículo 149. Los cónyuges están obligados a contribuir cada uno por su parte a los fines del matrimonio, socorrerse mutuamente, procurarse ayuda, solidaridad y asistencia.
Los cónyuges tienen derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos, así como emplear, en los términos que señala la ley correspondiente, cualquier método de reproducción asistida, para lograr su propia descendencia.
Este derecho será ejercido de común acuerdo por los cónyuges.

a las personas solteras, lo que resulta discriminatorio por razón del estado civil. Aunado a esto, sus ordenamientos son cuestionables desde una perspectiva de género y de derechos humanos ya que establecen que sólo se pueden emplear métodos de reproducción asistida si ambos cónyuges están de acuerdo, desconociendo la autonomía de las personas para tomar decisiones sobre su reproducción. En el caso del estado de México, su código civil establece que la mujer casada no podrá otorgar su consentimiento para ser inseminada, sin la conformidad de su cónyuge.

Al respecto, el UNFPA en su último informe sobre el Estado de la Población Mundial (2021) señaló que el respeto a los derechos a la autonomía e integridad corporales exige que los gobiernos garanticen que sus leyes, políticas y programas no vulneren la capacidad de las personas para tomar decisiones individuales sobre su vida reproductiva. Para ello, es necesario eliminar los obstáculos al acceso a servicios integrales de salud sexual y reproductiva.[95]

B. PATRONES DE ABUSO EN LA PRÁCTICA DE LA GESTACIÓN SUBROGADA EN MÉXICO

En esta materia —particularmente en el estado de Tabasco—, GIRE ha identificado y señalado una regulación local deficiente, múltiples violaciones a derechos humanos, incluidos el derecho a la igualdad y no discriminación, a la seguridad jurídica y el derecho a la identidad de los niños y niñas que nacen a partir de estos acuerdos.[96]

De manera concreta, GIRE ha documentado violaciones a derechos humanos relacionadas con la práctica de la gestación subrogada en México, ausencia de contratos, abusos por parte de clínicas y agencias, negación de documentos de identidad a las niñas y los niños nacidos a partir de estos acuerdos, criminalización de las mujeres gestantes, entre otras.[97]

Con frecuencia, este tipo de contratos se firman en contextos de desigualdad cultural, económica y social entre las partes, lo cual puede afectar las condiciones de consentimiento de quienes participan en ellos. El reconocimiento de la capacidad de agencia de las mujeres y otras personas gestantes, aun en estos contextos de desigualdad, debe llevar a una regulación cuidadosa por parte de los Estados. Prohibir la gestación subrogada es una medida comúnmente basada en estereotipos de género y prejuicios acerca de la maternidad, la gestación y la capacidad de las mujeres y otras personas gestantes para tomar decisiones, además de que resulta ser una medida inadecuada para protegerles de los abusos más comunes. En países como México, con sistemas de justicia deficientes y debilidades institucionales importantes, la prohibición, además de llevar a la posible criminalización de quienes participan en estos acuerdos, fomentaría que se ofrezca de manera clandestina. El último informe de UNFPA sobre el Estado de la Población Mundial 2021 coincide con esta postura al señalar que prohibir la gestación subrogada no acaba con la práctica y sólo la lleva a la clandestinidad, en donde no se pueden ofrecer garantías suficientes y los abusos son comunes.[98]

95 UNFPA, *Estado de la Población Mundial* 2021*: "Mi cuerpo me pertenece. Reclamar el derecho a la autonomía y la autodeterminación"*, 2021, p. 75. Disponible en: https://bit.ly/35irOb3.
96 Véase GIRE, *Omisión e Indiferencia. Derechos Reproductivos en México*, *op. cit*, 2013; Niñas y Mujeres sin Justicia. Derechos Reproductivos en México, *op. cit,* 2015; y Gestación subrogada en México. Resultados de una mala regulación, *op. cit*, 2017.
97 *Ibídem*, 2017.
98 UNFPA, *op. cit*, 2021, p. 68.

De acuerdo con testimonios de algunas mujeres gestantes recabados por GIRE, el derecho a la información no se respeta ni se garantiza en la práctica.[99] La explicación del contrato, cuando la hay, suele realizarla el mismo personal jurídico de la agencia o de la clínica, que actúa también como asesor legal de los padres o madres intencionales. Esto representa un conflicto de interés. Además, la mayoría de las mujeres gestantes no tiene una copia de su contrato, no lo conoce y, en ocasiones, ni siquiera tuvo forma de participar en la negociación de los términos de éste.

Algunos contratos desde el inicio establecen cláusulas que desconocen la capacidad de las mujeres gestantes de tomar decisiones íntimas sobre su cuerpo, por ejemplo, que no puedan interrumpir un embarazo, incluso cuando su vida corra peligro. Estas cláusulas son violatorias, entre otros, del derecho a la vida privada (autonomía reproductiva), reconocido por el artículo 4º constitucional y los tratados internacionales de los que México es parte.

Entre otros patrones identificados, destaca también que, en la mayoría de los casos, los nacimientos producto de acuerdos de gestación subrogada se realizan por medio de cesáreas.[100] Esto favorece la comodidad del personal médico y la preferencia de los padres intencionales para planificar su traslado al lugar de nacimiento, sin tomar en cuenta los deseos de las mujeres gestantes para determinar su propio plan de parto, ni el mayor riesgo que implica una cesárea injustificada para su salud y su vida.

Entre otras medidas, la participación de una autoridad judicial podría contribuir a establecer un filtro adicional que vigile tanto la legalidad como el otorgamiento del consentimiento de las partes y con ello prevenir situaciones de abuso y explotación.

99 GIRE, *Gestación subrogada en México. Resultados de una mala regulación*, 2017, *op. cit*. Testimonios sobre mujeres gestantes pueden verse en: Olavarría, María Eugenia, *La gestación para otros en México. Parentesco, tecnología y poder*, UAM-Gedisa, México, 2018, pp. 175-217. Véase testimonio de Josefina en: UNFPA, *op. cit*, 2021, p. 66.
100 Hovav; April, "Cutting out the surrogate: Caesarean sections in the Mexican surrogacy Industry", en *Social Science & Medicine*, 2020, p. 256.

5.2

ACCESO A LA JUSTICIA

MARÍA TERESA[101]

CIUDAD DE MÉXICO

Después de tres años de vida en pareja, María Teresa decidió que quería ser madre. Durante dos años buscó un embarazo de manera natural, pero no lo consiguió. Les era imposible pagar un tratamiento de reproducción asistida en una clínica privada, por lo que, al ser derechohabiente del ISSSTE, acudió a esta institución en donde le diagnosticaron infertilidad primaria. Ahí, se le informó que sería canalizada al Programa Integral de Reproducción del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre. Sin embargo, a los pocos días le comunicaron que no sería posible referirla, porque la edad límite para ingresar a ese programa es de 35 años y ella tenía, en ese momento, 36 años.

María Teresa y su pareja solicitaron a diversas instancias administrativas del ISSSTE que se reconsiderara la negativa y valorara su caso. Sin embargo, el rechazo fue reiterado porque no cumplía con el requisito de ingreso que establece la edad límite de acuerdo con sus criterios de admisión.

En marzo de 2015 la pareja solicitó un préstamo bancario con el cual inició el proceso para una fertilización in vitro en una clínica privada. Para María Teresa este proceso implicó un gran desgaste emocional, físico y económico. En junio de 2015 le diagnosticaron un embarazo anembrionario y le informaron que debía realizarse un legrado.

Con el acompañamiento de GIRE, María Teresa presentó en octubre de 2015 una queja ante el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) en contra de la negativa del ISSSTE, la cual se resolvió en julio de 2017.

101 María Teresa autorizó a GIRE utilizar su nombre para este informe.

En la Resolución 8/2017,[102] el Consejo reconoció que el criterio de la edad es discriminatorio y determinó que no hay un argumento objetivo y razonable que sustente que el programa sea exclusivo para parejas legalmente constituidas y que tengan uno o ningún hijo. Concluyó que los criterios del Centro Médico son violatorios de derechos humanos.

En abril de 2016, se presentó una demanda de amparo por violaciones a sus derechos a la igualdad y a la no discriminación, a la vida privada y a gozar de los beneficios del progreso científico y tecnológico.

El juez de distrito determinó que el límite de edad establecido en el Programa de Reproducción Asistida del Centro Médico Nacional era discriminatorio y violatorio de derechos humanos. En su sentencia, argumentó que "el éxito de tales técnicas no está asociado únicamente con la edad de los pacientes, sino con la capacidad reproductiva tanto del hombre como de la mujer, la cual depende de diversos factores", por lo que el límite establecido por el Centro Médico es un parámetro arbitrario.

En junio de 2017, la SCJN atrajo el caso para pronunciarse sobre la constitucionalidad de los criterios de admisión al Programa del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre[103] y el 29 de noviembre del mismo año, la Segunda Sala de la Corte, por unanimidad de votos, concedió el amparo a María Teresa de modo que no se le aplicaran tales criterios, se le hiciera una valoración médica y, de ser viable, se le permitiera el acceso al programa del servicio de reproducción asistida de esa institución, sin tomar en cuenta el requisito de la edad.

En su sentencia, la Corte determinó la inconstitucionalidad de los siguientes criterios:

a) El límite de edad de 35 años;
b) el requisito de que sean parejas constituidas legalmente, y
c) no tener anomalías genéticas heredables.

102 CONAPRED, Boletín de prensa 62/2017, 25 de julio del 2017, "Emite el Conapred resolución para garantizar el acceso sin discriminación al servicio de reproducción asistida". Disponible en: http://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=boletin&id=986&id_opcion=103&op=213

103 SCJN, Primera Sala. Amparo en revisión 619/2017. Ministro Ponente: Luis María Aguilar Morales.

PATRONES IDENTIFICADOS

Entre enero de 2010 y julio de 2021, GIRE ha registrado, documentado y acompañado diversos casos relacionados con el acceso a servicios de reproducción asistida y conflictos derivados de acuerdos de gestación subrogada.

CASOS REGISTRADOS, DOCUMENTADOS Y ACOMPAÑADOS POR GIRE

(ENERO 2010-JULIO 2021)

REPRODUCCIÓN ASISTIDA

	TOTAL	MATERIA
REGISTRADOS	8	Gestación subrogada
	5	Reproducción asistida
DOCUMENTADOS	8	Gestación subrogada
	2	Reproducción asistida
ACOMPAÑADOS	9	Gestación subrogada
	5	Reproducción asistida

En México muchas personas que, por diversos motivos, requieren de un procedimiento de reproducción asistida, en instituciones de salud pública, son rechazadas por atender criterios que violan los derechos humanos reconocidos en la Constitución y en instrumentos internacionales ratificados por México. La resolución emitida por el CONAPRED, al resolver el caso de María Teresa, evidenció la situación de inseguridad jurídica que se vive en México, por la falta de una regulación integral sobre las TRHA. Además, se dio un paso importante en el reconocimiento de la discriminación inmersa en los criterios de ingreso al Programa de Reproducción Humana del CMN, que no son exclusivos de esta institución de salud.

El caso de María Teresa también representa un hito por ser la primera vez que la SCJN hace un estudio constitucional de los requisitos de acceso a un programa de reproducción asistida en una institución pública. Esto ha servido como precedente para tribunales inferiores. Tal es el caso de Diana,[104] derechohabiente del ISSSTE, a quien el Juez Quinto de Distrito en Materia Administrativa en la Ciudad de México, concedió un amparo para efectos de ser atendida en el servicio de reproducción asistida del 20 de Noviembre.

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

DIANA

CIUDAD DE MÉXICO

En 2014 Diana llevaba un año casada e intentando embarazarse sin éxito, por lo que decidió ver a un ginecólogo particular, pues en ese tiempo no contaba con seguridad social por parte de su trabajo. El médico le recomendó un procedimiento de inseminación artificial, pero ella y su pareja no tenían los recursos económicos para ello. En mayo de 2016, Diana fue afiliada al ISSSTE y comenzó a recibir atención en esa institución, sin embargo, la saturación de los servicios en esa dependencia generó demora en la práctica de diversos estudios necesarios para iniciar el tratamiento y decidió no continuarlo.

Al año siguiente, en abril de 2017, ella y su esposo acudieron nuevamente a un hospital privado, pero por cuestiones económicas, no lograron realizar el procedimiento. Ese mismo año acudió a su clínica del ISSSTE en donde esperaba que la refirieran al programa de reproducción asistida del 20 de Noviembre. En septiembre de 2018, tuvo su primera cita en el Hospital Darío Fernández, en donde le informaron que por su edad (36 años) no podía acceder al servicio, determinación que le confirmaron el 3 de diciembre del mismo año.

Diana, con el acompañamiento de GIRE, presentó en diciembre de 2018 una demanda de amparo y una queja ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) en abril de 2019, la cual, al cierre de este informe, se encuentra en trámite.

En agosto de 2019, el Juez Quinto de Distrito en Materia Administrativa de la Ciudad de México concedió el amparo a Diana y a su esposo. En la sentencia, el juzgador utilizó como precedente la resolución de la Segunda Sala de la SCJN, al Amparo en revisión 619/2017, en la que se analiza la constitucionalidad de los "Criterios de ingreso de parejas con infertilidad para ser atendidas en el servicio de reproducción humana del CMN 20 de Noviembre, ISSSTE".

El Juez de Distrito reiteró que los criterios y políticas de ingreso al programa de reproducción asistida de dicho hospital, específicamente los que excluyen a mujeres mayores de 35 años, a parejas no constituidas legalmente y, aquellas sin anomalías genéticas heredables vulneran los derechos humanos de igualdad y no discriminación reconocidos en el artículo 1º constitucional.

En consecuencia, ordenó al Centro Médico Nacional 20 de Noviembre que esos criterios no se aplicaran a Diana y a su esposo, además de que no se les podrá solicitar otro requisito que resulte discriminatorio para el acceso a ese servicio, y ordenó que se les realizaran los exámenes de diagnóstico necesarios para determinar su ingreso efectivo, viabilidad y permanencia en el programa de reproducción asistida de ese Centro Médico.

Los casos de María Teresa (2015) y Diana (2018), a quienes se les negó el acceso a servicios de reproducción asistida por rebasar el límite de edad previsto para ingresar al Programa de Reproducción Asistida del CMN 20 de Noviembre, muestran el cúmulo de obstáculos a los que se enfrentan quienes desean un embarazo, pero que por distintos motivos les ha sido imposible alcanzarlo y para lograrlo necesitan asistencia médica, en concreto, de alguna TRHA.

A lo largo de estos años de acompañamiento, GIRE ha advertido diversas barreras para el acceso a servicios de reproducción asistida: falta de sensibilidad por parte del equipo de salud, que dificulta establecer un vínculo de confianza para acompañar cada caso, brindando información clara y generando espacios en los que los y las usuarias puedan expresar sus inquietudes y tomar decisiones; la presencia de criterios discriminatorios, prolongados trámites burocráticos, e incluso la falta de una aplicación garantista del derecho en los órganos jurisdiccionales y no jurisdiccionales.

La resolución emitida por el CONAPRED en el caso de María Teresa constituye un avance en el reconocimiento de violaciones a derechos humanos. Sin embargo, la falta de avances, por parte del CMN 20 de Noviembre, para atender las medidas señaladas por el CONAPRED es un obstáculo para que las víctimas puedan obtener una reparación integral.

En la Resolución 8/2017, el CONAPRED establece las siguientes medidas de reparación a las víctimas: 1) una disculpa por escrito, 2) tomar las acciones necesarias para modificar los criterios discriminatorios para acceder al tratamiento de fertilización in vitro, 3) brindar capacitaciones permanentes sobre derechos humanos y 4) realizar una valoración psicológica para determinar el daño producido por la discriminación.

A pesar de que, desde el mes de julio de 2017, el Consejo instó a que se realizaran diversas acciones administrativas y normativas, como medidas para garantizar una reparación integral para María Teresa, éstas aún no han sido implementadas. En ese sentido, subsisten los mismos criterios y requisitos para acceder a TRHA en ese Instituto.

Por otra parte, el 7 de mayo de 2019, con el acompañamiento de GIRE, María Teresa presentó una reclamación por Responsabilidad Patrimonial del Estado ante el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre a efecto de hacer valer su derecho a la reparación, la cual fue desechada por considerar que su presentación fue extemporánea. Ante esta resolución, el 11 de febrero de 2020 presentó una demanda de nulidad ante el Tribunal Federal de Justicia Administrativa (TFJA), la cual se resolvió el 7 de abril de 2021, y se notificó a María Teresa el 21 de mayo de 2021. En esta resolución, el TFJA determinó que hubo responsabilidad del Estado en el hecho de que María Teresa no pudiera acceder a un servicio médico. En consecuencia, consideró procedente la indemnización y se le concedió el pago por el daño moral y material que se le causó. Además, ordenó que se le brinde la atención psicológica que requiera.

Por su parte, el 4 de marzo de 2020, Diana —acompañada por GIRE— presentó una reclamación por responsabilidad patrimonial del Estado ante el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre a efecto de ejercer su derecho a la reparación, la cual fue desechada. Ante esta resolución, el 4 de septiembre del mismo año, presentó una demanda de nulidad ante el TFJA, misma que se resolvió el 29 de enero de 2021: el Tribunal determinó que no hubo responsabilidad del Estado porque el personal médico actuó cumpliendo los lineamientos de una norma vigente. El 3 de marzo de 2021, GIRE presentó una demanda de amparo directo en contra de la sentencia del TFJA que, al cierre de este informe, está en trámite.

VÍAS DE ACCESO A LA JUSTICIA

El Estado no sólo tiene la obligación de promover legislaciones y políticas públicas que garanticen el acceso, en un plano de igualdad y no discriminación, a servicios de salud reproductiva, incluidos los procedimientos de reproducción asistida disponibles en diversas clínicas y establecimientos públicos; también está obligado a asegurar que las víctimas de violaciones a derechos humanos tengan acceso a recursos efectivos de acceso a la justicia, incluyendo medidas de reparación integral.

Entre los mecanismos que se pueden utilizar están las quejas ante la CDNH y comisiones locales de derechos humanos y el CONAPRED. Estas vías, aunque tienen limitaciones, permiten visibilizar los aspectos estructurales de la problemática y contemplar medidas de reparación integral a las víctimas.

Otras vías de acceso a la justicia son las medidas administrativas, dentro de las que se encuentran las quejas administrativas y las solicitudes de responsabilidad patrimonial del Estado. En el primer caso, la institución evalúa si hubo responsabilidad y si procede la indemnización, o si debe sancionarse administrativamente al personal. En el caso de la solicitud de responsabilidad patrimonial, ésta se presenta ante la autoridad que cometió el daño, la cual evalúa si el actuar de la autoridad se apegó al marco normativo aplicable. De aceptarse la responsabilidad, se otorga la indemnización. Si la autoridad la niega se puede promover un juicio de nulidad ante un tribunal administrativo. De obtenerse una sentencia favorable, se otorga la indemnización.

Asimismo, es necesario señalar que en aquellos casos en que una autoridad emite un acto que contraviene los derechos que establece el marco constitucional y convencional, las personas pueden recurrir al juicio de amparo. En este sentido, cualquier persona puede acudir ante un juzgado de distrito y presentar una demanda de este tipo cuando, por ejemplo, la autoridad vulnera su derecho a la igualdad y no discriminación o al libre desarrollo de la personalidad, por mencionar algunos. La autoridad señalada como responsable está obligada a rendir su informe, justificando las razones detrás de su actuar y será labor del juez o jueza de distrito determinar si su forma de proceder es conforme a la Constitución. De obtener una sentencia favorable, la o el juez de distrito le señalará a la autoridad cómo debe actuar en el caso concreto para no vulnerar los derechos de la persona.

QUEJAS ANTE COMISIONES DE DERECHOS HUMANOS

La CDNH tiene competencia para conocer las quejas relacionadas con presuntas violaciones a derechos humanos en cualquier lugar del territorio nacional, cuando las autoridades administrativas de carácter federal sean quienes las cometan, por ejemplo: IMSS, ISSSTE y Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA). Por su parte, las comisiones locales pueden conocer de violaciones a derechos humanos cometidas por las autoridades estatales, incluyendo clínicas y hospitales dependientes de los servicios de salud de las entidades federativas y oficinas del registro civil.

Cualquier persona puede denunciar presuntas violaciones a los derechos humanos y presentar una queja directamente ante la CDNH o comisión local, o por medio de un representante. La queja sólo podrá presentarse dentro del plazo de un año, a partir de que se inició la violación a los derechos humanos o que se tuvo conocimiento de la misma. En caso de violaciones graves, ese plazo puede ampliarse.

La queja debe presentarse por escrito en las instalaciones de las comisiones, enviarse por correo o por fax —en estos casos deberá ratificarse después. El escrito debe estar firmado o presentar la huella digital del interesado o interesada, contener los datos mínimos de identificación, contar con una narración de los hechos que se consideran violatorios a los derechos humanos, estableciendo el nombre de la autoridad presuntamente responsable y, de ser posible, agregar documentos para comprobar los hechos.

Una vez admitida la queja, la respectiva comisión informa a la autoridad señalada como responsable para que en un plazo de 15 días hábiles rinda un informe. Mientras esté en curso la investigación, quien presentó la queja puede ampliar los hechos iniciales, exhibir pruebas y solicitar otras más. En estos procedimientos, existe la posibilidad de lograr una conciliación con la autoridad. Sin embargo, en caso de incumplimiento, la investigación por violación a derechos humanos continuará.

Si la Comisión determina la investigación como favorable, emitirá una recomendación, la cual buscará la reparación integral por violaciones de derechos humanos. Sin embargo, dado que las comisiones no son órganos jurisdiccionales, las autoridades pueden optar por aceptar sus recomendaciones o no. De ser aceptada, el seguimiento al cumplimiento de los puntos recomendatorios será responsabilidad de las comisiones de derechos humanos.

QUEJAS ANTE EL CONAPRED

Es posible presentar una queja ante el CONAPRED por actos, omisiones o prácticas sociales discriminatorias, atribuidas, entre otros, a personas servidoras públicas federales y a los poderes públicos federales.[105] Las quejas ante el Consejo sólo podrán admitirse dentro del plazo de un año, contado a partir de iniciados los presuntos actos, omisiones o prácticas sociales discriminatorias o de que la persona peticionaria tenga conocimiento de éstos. La queja puede presentarse personalmente, por escrito o vía correo electrónico. Una vez que el Consejo la admite, solicita a la autoridad a la que se atribuye la conducta discriminatoria que rinda un informe. El caso puede someterse a un procedimiento de conciliación y, si hubiera acuerdo, se concluye la queja.

Ahora bien, de no lograrse la conciliación entre las partes, se abrirá la etapa de investigación. Si se acredita el acto, la omisión o la práctica social discriminatoria, el Consejo formula una resolución, a través de la cual se señalarán las medidas administrativas y de reparación que correspondan. El seguimiento y la verificación del cumplimiento de convenios y resoluciones por disposición se lleva a cabo por el CONAPRED.

El poder judicial, así como el CONAPRED y las comisiones de derechos humanos pueden ejercer un papel importante para cuestionar las normas discriminatorias que obstaculizan las TRHA en el país y dar acceso a la justicia a las personas que han enfrentado violaciones a sus derechos humanos, relacionadas con dichos procedimientos. Pero suelen ser procesos lentos y, en ocasiones, las personas no logran acceder a una reparación integral. Mientras no haya una normativa que regule las TRHA en México, estas prácticas perjudiciales seguirán existiendo bajo la anuencia del Estado.

105 A nivel local, solamente seis entidades (Coahuila, Jalisco, Guanajuato, Michoacán, Tabasco y Yucatán); tres municipios (Juárez, Chihuahua; Querétaro, Querétaro; Apán, Hidalgo) y la Ciudad de México, cuentan con un consejo para prevenir la discriminación u organismos análogos: CONAPRED, https://mapa.conapred.org.mx.
En el estado de Tabasco, por ejemplo, el Consejo Estatal para Prevenir y Erradicar la Discriminación se crea como un mecanismo de coordinación interinstitucional para la planeación, establecimiento, impulso, seguimiento y evaluación de los programas y acciones de los Entes Públicos del orden estatal y municipal, para prevenir y erradicar toda forma de discriminación. El Consejo Estatal brinda asesoría a las personas que han sido discriminadas por autoridades municipales, estatales o por algún particular.

5.3

ACCESO A LA INFORMACIÓN

La ausencia de un marco regulatorio en materia de reproducción asistida en México impacta también la disponibilidad de datos oficiales y precisos sobre el acceso y provisión de los servicios de reproducción asistida en clínicas y establecimientos públicos y privados. Por ello, GIRE ha utilizado las solicitudes de acceso a la información para documentar hallazgos sobre la práctica y acceso a TRHA y a la gestación subrogada. A pesar de que ha habido algunos avances en el acceso a la información en la última década, los datos disponibles aún son muy limitados. Asimismo, la recopilación y sistematización de la escasa información por parte de las autoridades responsables, en ocasiones, es deficiente.

AVANCES

A. EN MATERIA DE SERVICIOS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

En 2015, GIRE recomendó a la COFEPRIS, como una medida de implementación, emitir una lista de establecimientos de salud autorizados donde se ofrezcan servicios públicos de reproducción asistida en México, que hasta ese momento no existía.

En la actualidad, la COFEPRIS tiene disponible en línea el listado de establecimientos[106] autorizados en México para realizar procedimientos de reproducción asistida. El formato contiene el nombre del establecimiento, ubicación, número de licencia, año de expedición y modalidad de la licencia otorgada. Esta información es pública y representa un avance en el acceso a la información.

B. EN MATERIA DE GESTACIÓN SUBROGADA

Con relación a la gestación por sustitución, durante varios años, GIRE realizó solicitudes de acceso a la información pública para saber cuántos procesos se tenían registrados en el estado de Tabasco. Año con año las autoridades cuestionadas respondieron que el registro no era su responsabilidad o que, por protección a la privacidad de las niñas y niños nacidos bajo estos acuerdos, no sistematizaban la información.[107] Las reformas al Código Civil de 2016 incorporaron la responsabilidad del Registro Civil y de la Secretaría de Salud del Estado de registrar los acuerdos y nacimientos por gestación subrogada en el estado.

En el contexto de la nueva regulación, GIRE realizó solicitudes de acceso a la información. En 2017 se reveló que, a pesar de la reforma, el Registro Civil continuaba sin asentar el número de procedimientos que se realizan en el estado. Sin embargo, la Secretaría de Salud estatal respondió de manera positiva, afirmando que en el periodo del 13 de enero de 2016 al 1 de marzo de 2017 se habían registrado cuatro casos, todos de madres contratantes y mujeres gestantes mexicanas.[108]

Para la elaboración del presente informe, GIRE envió nuevas solicitudes de acceso a la información a diversas instancias, entre ellas, al Registro Civil y a la Secretaría de Salud del estado de Tabasco. En esta ocasión tanto el Registro Civil como la Secretaría de Salud proporcionaron información sobre el número, modalidad y nacionalidad de las partes intervinientes —padres intencionales y mujeres gestantes— en los contratos de gestación subrogada registrados en el periodo comprendido de enero de 2016 a enero de 2020.[109]

106 COFEPRIS, *Listado de establecimientos autorizados para reproducción asistida*. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/439319/SEASS_RA.pdf
107 GIRE, *Gestación subrogada en México. Resultados de una mala regulación*, 2017, *op. cit*, p. 24.
108 *Ibídem*, p. 24 y 25.
109 Véase página 292 de este informe.

Por otra parte, la legislación actual prevé que un juez debe vigilar y aprobar el contenido de este tipo de contratos. GIRE envió una solicitud de acceso a la información al Poder Judicial del Estado para conocer el número de instrumentos aprobados por la autoridad judicial. En respuesta, la autoridad informó que se han radicado, de enero de 2016 a enero de 2020, nueve expedientes[110] relativos a juicios no contenciosos de ratificación de *contrato de maternidad gestacional sustituta*.

En Sinaloa, la regulación de la gestación subrogada se introdujo en 2013 en su Código Familiar. En 2015, GIRE reportó que, hasta diciembre de 2013, el Registro Civil del Estado no tenía registro de ningún procedimiento de este tipo. Ese dato resultaba factible debido a que la legislación en dicho estado se aprobó ese mismo año.[111]

Para la elaboración del presente informe, GIRE envió nuevas solicitudes de acceso a la información pública al Registro Civil y Secretaría de Salud de Sinaloa. En esta ocasión, ambas dependencias dieron respuesta sobre el número de contratos de gestación por sustitución celebrados en la entidad.[112]

En términos de lo que establece el artículo 293 del Código Familiar del Estado de Sinaloa,[113] una vez que sea suscrito el instrumento de gestación subrogada, deberá ser notificado a la Secretaría de Salud y al oficial del registro civil. Llama la atención que, en el mismo periodo, el Registro Civil tenga conocimiento de 69 contratos de gestación subrogada y la Secretaría de Salud del Estado solamente cuente con 32.

En resumen, por medio de las respuestas obtenidas por esta vía, GIRE ha identificado un avance en la última década en el registro de información sobre la práctica de la gestación por sustitución, por parte de las autoridades responsables de recabarla, en los estados de Tabasco y Sinaloa.

110 En enero de 2019 GIRE envió solicitud de información pública al Poder Judicial del Estado de Tabasco, pidiendo el número de instrumentos sobre gestación subrogada aprobados por la autoridad judicial de enero de 2016 a diciembre de 2018. En respuesta, el Poder Judicial del Estado informó se habían registrado 13 expedientes. Adjuntó los oficios a través de los cuales las áreas competentes precisaron el número de expedientes radicados por cada juzgado.
En septiembre de 2020 se envió una nueva solicitud de información al Poder Judicial del Estado de Tabasco requiriendo la misma información, ahora correspondiente al periodo enero de 2016 al 1 de enero de 2020. En respuesta, informó el registro de 9 expedientes, relativos a juicios no contenciosos de ratificación de contratos sobre gestación subrogada.
De la revisión a ambas respuestas, se advirtió que tres juzgados que en febrero del 2019 habían reportado expedientes por contratos de gestación subrogada, en la respuesta del mes de septiembre del 2020 manifestaron no tener ningún caso registrado. PNT, solicitudes de acceso a la información, folios 00433018 y 00830620.

111 GIRE, *Niñas y Mujeres sin Justicia. Derechos Reproductivos en México*, 2015, *op. cit,* p. 237.

112 PNT, solicitudes de acceso a la información, folios 01524920 y 01017920.

113 Código Familiar del Estado de Sinaloa, artículo 293. Una vez que sea suscrito el instrumento, deberá ser notificado en sus efectos a la Secretaría de Salud y al oficial del registro civil, para que el estado de la persona menor nacida mediante esta práctica, sea contemplado en su filiación como hijo desde el momento de la fecundación de sus progenitores biológicos, es decir, madre y padre o madre subrogados.

BARRERAS

A pesar de la utilidad que tienen las solicitudes de acceso a la información para complementar las deficiencias de la información estadística disponible, su uso viene acompañado de barreras que obstaculizan o retrasan el acceso a información desagregada y completa, o bien, impiden realizar análisis, ya que ésta, con frecuencia, se declara inexistente o incluso reservada por los sujetos obligados.

GIRE, a través de solicitudes de información, ha ido identificando las instituciones públicas de salud que cuentan con servicios de reproducción asistida, el tipo de procedimientos que realizan y los requisitos para la admisión a esos servicios. Sin embargo, sería deseable que esa información estuviera disponible, de manera pública, para que las personas usuarias conozcan sobre los procedimientos de reproducción asistida a los que podrían acceder en caso de requerirlo.

Por otra parte, a pesar de que existe un avance en el registro de información sobre la práctica de la gestación por sustitución en los estados de Tabasco y Sinaloa, persisten deficiencias en la recopilación y sistematización de los datos.

El Código Civil para el Estado de Tabasco contempla que el contrato de gestación subrogada, una vez acordado entre las partes y certificado por un notario público, debe ser autorizado por un juez, para vigilar y aprobar el contenido del mismo. Las cláusulas previstas en estos contratos se encuentran entre los elementos más importantes para definir las condiciones en las que se llevará a cabo la práctica y asegurar un consentimiento verdaderamente informado de las partes.

Con la finalidad de conocer las resoluciones de los contratos aprobados por la autoridad judicial, GIRE solicitó al Poder Judicial del Estado de Tabasco las versiones públicas, es decir, sin datos de identificación, de los contratos y resoluciones judiciales de los juicios no contenciosos de ratificación por contratos de gestación subrogada aprobados en el estado. El Tribunal Superior de Justicia del Estado respondió que no era posible proporcionarlos por considerar esa información de carácter confidencial.[114]

114 PNT, solicitud de acceso a la información, folio 00277221. En contra del acuerdo, mediante el cual el sujeto obligado notificó la negativa de acceso a la información solicitada por ser clasificada como restringida en su modalidad de confidencial, se presentó recurso de revisión. Al cierre de este informe se encuentra en trámite.

La negativa de acceso a las versiones públicas de las resoluciones de los contratos que han sido aprobados por la autoridad judicial hace imposible emitir una opinión sobre las condiciones en las que se lleva a cabo la práctica en el estado. Esta negativa, además, contraviene la obligación que tienen los poderes judiciales de transparentar sus resoluciones de acuerdo con el artículo 73, fracción II de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.[115]

Por otra parte, si bien el contenido de los contratos de gestación subrogada constituye información confidencial al ser presentada por particulares a la autoridad judicial, el hecho de no tener acceso a las cláusulas de esos contratos —sin datos de identificación de las partes— limita la posibilidad de detectar resoluciones judiciales emitidas sin perspectiva de género, discriminatorias o que vulneren derechos humanos. El acceso a esa información resulta importante y de interés público,[116] pues facilitaría la realización de ejercicios de contraloría ciudadana, la evaluación del trabajo de las y los juzgadores y funcionarios judiciales, y la identificación de patrones que puedan dar indicios de violaciones a derechos humanos.

También, preocupa la respuesta contradictoria por parte del Poder Judicial del Estado de Tabasco. En enero de 2019 GIRE le solicitó información sobre el número de instrumentos sobre gestación subrogada aprobados por la autoridad judicial, de enero de 2016 a diciembre de 2018. En su respuesta, esa autoridad informó que se habían registrado 13 expedientes.[117] En el mes de septiembre de 2020 se envió una nueva solicitud requiriendo la misma información, ahora correspondiente al periodo enero de 2016 a enero de 2020. En respuesta, informó el registro de nueve expedientes.[118] En esta misma respuesta, el Poder Judicial de ese estado acompañó diversos oficios mediante los juzgados civiles y familiares de la entidad que informaron sobre el número de instrumentos que tienen en sus registros; sin embargo, algunos de estos oficios son ilegibles. Por ello, GIRE no pudo conocer la información contenida en esos documentos no legibles.[119]

De la revisión de ambas respuestas, se advirtió que tres juzgados que en febrero de 2019 habían reportado expedientes por contratos de gestación subrogada, en septiembre de 2020 manifestaron no tener ningún caso registrado.

A pesar del avance en el acceso a la información, GIRE advierte que persisten deficiencias en la recopilación, registro y sistematización de datos por parte de las autoridades responsables.

115 Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, artículo 73. Además de lo señalado en el artículo 70 de la presente Ley, los sujetos obligados de los Poderes Judiciales Federal y de las Entidades Federativas deberán poner a disposición del público y actualizar la siguiente información: II. Las versiones públicas de todas las sentencias emitidas.
Artículo 116. Se considera información confidencial la que contiene datos personales concernientes a una persona identificada o identificable.
(…)
Asimismo, será información confidencial aquella que presenten los particulares a los sujetos obligados, siempre que tengan el derecho a ello, de conformidad con lo dispuesto por las leyes o los tratados internacionales.

116 Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, artículo 120. Para que los sujetos obligados puedan permitir el acceso a información confidencial requieren obtener el consentimiento de los particulares titulares de la información.
No se requerirá el consentimiento del titular de la información confidencial cuando:
IV. Por razones de seguridad nacional y salubridad general, o para proteger los derechos de terceros, se requiera su publicación.
Para efectos de la fracción IV del presente artículo, el organismo garante deberá aplicar la prueba de interés público. Además, se deberá corroborar una conexión patente entre la información confidencial y un tema de interés público y la proporcionalidad entre la invasión a la intimidad ocasionada por la divulgación de la información confidencial y el interés público de la información.

117 PNT, solicitud de acceso a la información, folio 00433018.

118 PNT, solicitud de acceso a la información, folio 00830620.

119 PNT, solicitud de acceso a la información, folio 00830620.

5.4

BALANCE

El acceso a las TRHA implica el ejercicio de una serie de derechos humanos, entre ellos, a fundar una familia, a la vida privada (autonomía reproductiva), a la salud y a beneficiarse del progreso científico y tecnológico. Garantizar estos derechos incluye la regulación e implementación de estos procedimientos reproductivos para que quienes no puedan concebir sin intervención médica puedan acudir a ellos.

En México, a pesar de que desde hace más de cuatro décadas se realizan TRHA en clínicas y hospitales públicos y privados, hasta este momento, no existe un marco normativo integral que regule, a nivel general, el acceso y práctica de estos procedimientos reproductivos, lo que produce incertidumbre jurídica para las partes involucradas y abre la puerta a actos arbitrarios y discriminatorios contra quienes buscan servicios de reproducción asistida en México.

Es fundamental que la normativa que se adopte se integre desde una perspectiva de género democrática, respetuosa de los derechos humanos y del progreso científico, de conformidad con los estándares más altos de protección reconocidos en la Constitución y en los tratados internacionales ratificados por México. Además, resulta fundamental que se respete la distribución de competencias entre la Federación y las entidades federativas. Es decir, que la regulación de los aspectos generales de la provisión de los servicios de reproducción asistida prevea los aspectos médicos y técnicos de la práctica y sean los congresos locales los que regulen las consecuencias civiles y familiares que se derivan del uso de las TRHA.

Por otra parte, la discusión en torno a la gestación subrogada debe considerar la posibilidad de abusos en contextos de desigualdad importantes, documentados ampliamente tanto en México como en otras regiones del mundo. Sin embargo, el establecimiento de prohibiciones legales, ya sean de carácter civil o penal, lejos de eliminar la práctica y sus consecuencias, contribuye a situar a las partes en un estado de mayor vulnerabilidad, además de ser una medida comúnmente basada en estereotipos de género y prejuicios acerca de la maternidad, la gestación y la capacidad de las mujeres y otras personas gestantes para tomar decisiones. Al mismo tiempo, los compromisos adquiridos en materia de derechos humanos obligan a que las determinaciones que se establezcan no resulten discriminatorias o afecten los derechos humanos de todas las partes.

En el contexto de la gestación subrogada, estas consideraciones deben llevar a un compromiso por encontrar regulaciones domésticas e internacionales que garanticen que dichos acuerdos puedan efectuarse en las mejores condiciones posibles para todas las partes. Para ello, es esencial que se escuche la voz de quienes están directamente involucradas en el proceso, cuyas experiencias, motivaciones e intereses deberían dar luz a las discusiones teóricas y prácticas sobre el tema. Sin ello, se corre el riesgo de establecer protecciones basadas en intuiciones morales cuyas consecuencias negativas sean enfrentadas, precisamente, por aquellas personas cuyos derechos se buscaba garantizar.

6

RUTAS HACIA LA JUSTICIA REPRODUCTIVA: OBLIGACIONES PENDIENTES

ABORTO

A. A LOS CONGRESOS LOCALES:

- Reformar los Códigos Penales para despenalizar el aborto consentido.

B. AL CONGRESO DE LA UNIÓN:

- En el caso de la emisión de un Código Penal Nacional, despenalizar el aborto consentido.

C. A LAS INSTITUCIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:

- Garantizar el acceso al aborto seguro bajo los supuestos permitidos por ley, con énfasis en el aborto por violación y por riesgo a la salud, a partir de lo establecido en la NOM 046, Ley General de Víctimas, el desarrollo de la SCJN y lo que señala el Lineamiento para la Atención del Aborto Seguro en México, del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.
- Tomar las medidas necesarias para que la objeción de conciencia no sea un obstáculo en el acceso al aborto legal y seguro.

D. A LAS INSTITUCIONES DE SALUD DE OAXACA, HIDALGO Y VERACRUZ:

- Garantizar el acceso al aborto seguro y electivo en las primeras 12 semanas de gestación.

E. A LA FISCALÍA GENERAL Y LAS FISCALÍAS LOCALES:

- Garantizar que en los casos de aborto consentido en la etapa de investigación inicial se cercioren de que efectivamente no existen causas de no punibilidad o excluyentes de responsabilidad.
- Garantizar que en los casos en los que no existan causas de no punibilidad o excluyentes de responsabilidad se realice un análisis de contexto y de perspectiva de género para valorar adecuadamente si la conducta de la persona investigada fue efectivamente dolosa.

F. AL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN Y PODERES JUDICIALES LOCALES:

- Conocer y aplicar los estándares de constitucionalidad, perspectiva de género y derechos humanos relacionados con el aborto seguro, en los asuntos de los que tengan conocimiento, entre ellos los desarrollados por la SCJN.

VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y MUERTE MATERNA

A. 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 gestantes para recibir atención ante una emergencia obstétrica sin importar la afiliación a una institución de salud.
- Institucionalizar, más allá de la emergencia sanitaria, los estándares previstos en el Lineamiento para la prevención y mitigación de COVID-19 en la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida, y sus posteriores actualizaciones. Por ejemplo, el derecho a estar acompañada, la consolidación de los servicios de primer nivel, y la inclusión de otros profesionales y auxiliares, como parteras y enfermeras obstetras.
- Garantizar la correcta implementación de 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, haciendo énfasis en aspectos como la interculturalidad y su inclusión en la toma de decisiones, además de un mayor cuidado a su estado psicológico y emocional durante todo el proceso del embarazo, y la eliminación de todas las prácticas que puedan generar violencia obstétrica.
- 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, de acuerdo con los criterios emitidos por la SCJN.
- Implementar estrategias de prevención y atención a la violencia obstétrica, tomando como base la Recomendación general 31/2017 de la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH).
- Establecer una regulación que dote certidumbre jurídica la emisión de certificados de nacimiento en el caso de los partos atendidos por parteras fuera de las instituciones de salud.

B. A LA SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL:

- Actualizar la Norma Oficial Mexicana 005-SSSA2-1993 de los servicios de planificación familiar, para eliminar la recomendación de oclusión tubaria bilateral para personas con discapacidad e incorporar perspectiva de derechos humanos de personas con discapacidad en el ejercicio de la salud reproductiva y el derecho a acceder a servicios de anticoncepción.

CONCILIACIÓN DE LA VIDA LABORAL Y REPRODUCTIVA

A. AL PODER EJECUTIVO:

- Remitir al Senado de la República, para su ratificación, los convenios 156 (trabajadores con responsabilidades familiares) y 183 (protección de la maternidad) de la Organización Internacional del Trabajo.

B. SENADO DE LA REPÚBLICA:

- Aprobar la reforma a la Constitución que crea el Sistema Nacional de Cuidados.

C. AL CONGRESO DE LA UNIÓN

- Reformar el marco jurídico del derecho al trabajo y seguridad social, para aumentar las licencias de maternidad a, por lo menos, 16 semanas.
- Reformar el marco jurídico del derecho al trabajo y la seguridad social para aumentar las licencias de paternidad a, por lo menos, 8.5 semanas con goce de suelto mediante subsidio estatal.
- Establecer las bases normativas y presupuestales para la construcción de un sistema de seguridad social universal.
- Reformar la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado para implementar los mismos mecanismos de teletrabajo y de horarios flexibles recientemente incorporados a la Ley Federal del Trabajo, en beneficio de las y los trabajadores del sector público.

D. AL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

- Vigilar la correcta implementación y acceso sin discriminación a estancias infantiles para padres y madres de familia, en atención a la reforma a los artículos 201 y 2015 de la Ley del Seguro Social.

REPRODUCCIÓN ASISTIDA

A. A LAS INSTITUCIONES DE SALUD FEDERALES:

- Eliminar disposiciones discriminatorias que regulan las técnicas de reproducción asistida.
- Al Centro Médico Nacional 20 de Noviembre: dar cumplimiento a la Resolución 8/2017 del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED), en relación con remover los requisitos de límite de edad de 35 años, ser pareja legalmente constituida y no tener anomalías genéticas heredables, para poder acceder al Programa Integral de Reproducción Asistida.

B. A LA SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL:

- Emitir una Norma Oficial Mexicana que prevea los aspectos médicos y técnicos de los procedimientos de reproducción asistida en los ámbitos público y privado.

C. AL CONGRESO DE LA UNIÓN:

- En caso de reformar la Ley General de Salud para regular las técnicas de reproducción asistida, hacerlo bajo estándares de derechos humanos, tomando en consideración los temas que deben ser abordado por el Congreso Federal tal y como se señaló el Pleno de la SCJN en la AI 16/2016.

D. A LOS CONGRESOS LOCALES:

- Regular las consecuencias civiles y familiares que se derivan del uso de procedimientos de reproducción asistida, y abstenerse de regular aspectos sanitarios de las TRHA.
- A los congresos de Sinaloa y Tabasco: reformar su legislación relacionada con la gestación subrogada o por sustitución de acuerdo con los estándares establecidos por la SCJN en la AI 16/2016.

OBLIGACIONES TRANSVERSALES

A. ACCESO A LA JUSTICIA Y REPARACIÓN INTEGRAL

- A la CNDH y las comisiones locales de derechos humanos:
  1. 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.
  2. Establecer medidas de reparación integral bajo los más altos estándares de derechos humanos, en los asuntos de violaciones a derechos reproductivos que conozcan.
  3. Dar seguimiento puntual y efectivo a la implementación de las recomendaciones o conciliaciones que emitan, relacionadas con violaciones a derechos reproductivos.

- A la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV) y las comisiones locales de atención a víctimas:
  1. Fortalecer la asesoría jurídica federal y de las entidades federativas para contar con más asesoras y asesores expertos en las materias relacionadas con las violaciones de derechos humanos objeto de la asesoría.
  2. Dar seguimiento puntual y efectivo al cumplimiento de las reparaciones integrales ante las autoridades obligadas.

B. ACCESO A LA INFORMACIÓN

- A las instituciones de salud federales y locales:
  1. Recopilar, sistematizar y publicitar datos e información sobre aborto, muerte materna, violencia obstétrica, reproducción asistida, conciliación de la vida laboral y personal, y acceso a la justicia ante violaciones a derechos reproductivos, desglosada en los términos propuestos en este informe.

- A los órganos garantes en las entidades federativas:
  1. Mejorar la modalidad para la interposición de los recursos de revisión y la comunicación entre las partes involucradas en la Plataforma Nacional de Transparencia.
  2. Realizar capacitaciones a los sujetos obligados para mejorar la sistematización de la información pública.
  3. Incorporar en la lista de sujetos obligados de todas las entidades federativas aquellos sujetos obligados que reciban financiamiento por parte del Estado.

C. IGUALDAD Y NO DISCRIMINACIÓN

- A todas autoridades federales y locales, en el ejercicio de sus competencias:
  1. Garantizar el cumplimiento de sus obligaciones en materia de derechos humanos, por ejemplo:
     - La disponibilidad de intérpretes a Lengua de Señas Mexicana y lenguas indígenas en todos los servicios e información proporcionada por instituciones gubernamentales.
     - El reconocimiento de la autonomía reproductiva y la capacidad jurídica de las personas con discapacidad, acompañado de ajustes razonables y sistemas de apoyo para el ejercicio de sus derechos.
     - El reconocimiento de la autonomía progresiva de las personas adolescentes.
     - El impacto diferenciado del sistema penitenciario en la vida de las mujeres en situación de pobreza y exclusión.

D. PROGRESIVIDAD Y NO REGRESIVIDAD

- A la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y la Cámara de Diputados y Diputadas
  1. Asegurar un presupuesto suficiente para garantizar la prestación de servicios de salud reproductiva, en los tres niveles de atención médica en todo el país; así como prestaciones relacionadas con la conciliación de la vida laboral y la vida personal.

- A los tres Poderes de la Unión:
  1. Velar por el fortalecimiento de instituciones de acceso a la justicia y protección de derechos humanos como la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas y el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, dotándoles de presupuesto suficiente que garantice el cumplimiento de sus facultades.

El camino hacia la justicia reproductiva: una década de avances y pendientes

GIRE alienta 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: octubre 2021

Se terminó de imprimir en octubre de 2021 en los talleres de Offset Rebosán, S. A. de C. V.
Acueducto 115, Col. San Lorenzo Huipulco, Tlalpan, Ciudad de México

Tiraje: 1000 ejemplares

GIRE