

3.

MORTALIDAD MATERNA

3.1 / INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna prevenible es una violación a los derechos humanos a la vida, a la integridad personal, a la salud –incluida la salud reproductiva–, a la autonomía reproductiva, a la vida privada, a la igualdad y no discriminación, a decidir sobre el número y espaciamiento de los hijos/as, a no ser sometida a torturas, tratos crueles, inhumanos y degradantes; a la educación, a la información y al goce de los beneficios del progreso científico y tecnológico.

De manera expresa, la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) establece en el artículo 12 la obligación de los Estados de adoptar medidas tendientes a asegurar a las mujeres el acceso a servicios de salud en general, en igualdad de condiciones, los cuales incluyen los servicios apropiados en relación con el cuidado del embarazo, el parto y el periodo posterior al parto (puerperio).

La mortalidad materna se define como la muerte de la mujer durante el embarazo, el parto o los 42 días posteriores al parto, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio, o su manejo, pero no por causas accidentales.¹ A nivel internacional, la medida generalmente utilizada para identificar y evaluar la existencia y gravedad de las barreras para el acceso a los servicios de salud materna es la Razón de Mortalidad Materna (RMM), que expresa el número de mujeres que mueren durante el embarazo, parto o puerperio por cada 100,000 nacidos vivos.

Debido a que la mayoría de las muertes que se presentan bajo las circunstancias antes descritas son atribuibles a causas prevenibles, la mortalidad es un asunto de derechos humanos y así ha sido reconocido por varios mecanismos internacionales. En 2009, el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas reafirmó que la muerte materna es un asunto de derechos humanos y expresó su preocupación por la alta RMM en el mundo. Asimismo, solicitó a los Estados renovar su compromiso de eliminar los casos de mortalidad y morbilidad materna prevenibles en cumplimiento de sus obligaciones adquiridas en materia de derechos humanos.²

En 2011 el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Comité CEDAW) decidió sobre el primer caso de este tipo presentado a nivel internacional, en el cual condenó al Estado de Brasil por la falta de medidas efectivas para prevenir la muerte materna de una joven afrobrasileña.³

Por otra parte, la reducción de la RMM en 75% entre 1990 y 2015 fue incluida como parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Dicha inclusión representa el compromiso de los Estados para reducir la muerte materna y mejorar los servicios de salud,⁴ reiterando sus compromisos internacionales en el Programa de Acción de la Conferencia sobre Población de El Cairo de 1994⁵ y la Declaración de Beijing y su Plataforma de Acción de 1995.⁶

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), todos los días mueren 800 mujeres en el mundo por causas relacionadas con el embarazo y el parto. La mayor parte de estas muertes son prevenibles y un porcentaje muy grande corresponde a mujeres en situación de vulnerabilidad: rurales, indígenas, afrodescendientes y pobres.⁷ Las causas directas de la mortalidad materna incluyen la eclampsia y preeclampsia, las hemorragias, las infecciones y los abortos inseguros.⁸ Muchas de estas causas se relacionan con la falta de acceso a servicios de salud de calidad, que se asocian con costos elevados de la atención médica, deficiencias en los insumos y equipos, y la falta de personal capacitado. Asimismo, existen barreras estructurales como las leyes, políticas y prácticas que perpetúan la discriminación contra las mujeres en el ámbito social, económico y familiar.⁹

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) ha reiterado que la falta de acceso a servicios adecuados de salud materna constituye una violación de los derechos humanos de las mujeres, especialmente a su integridad personal, a la salud y a la no discriminación. Asimismo, ha señalado que es imprescindible que los Estados cumplan con sus obligaciones internacionales en esta materia y que se “requieren medidas prioritarias inmediatas” para atender la mortalidad materna.¹⁰ Dentro de las recomendaciones emitidas por la CIDH a los Estados miembros de la Organización de Estados Americanos para el cumplimiento de sus obligaciones se encuentra el acceso oportuno a recursos judiciales efectivos para las mujeres que consideren que el Estado no ha observado sus obligaciones en esta materia.¹¹ Por ello, aunado a las acciones de los Estados para evitar la muerte materna en el sector salud, es indispensable que se promueva el acceso a la justicia tanto en casos de muerte materna como de complicaciones severas e incapacitantes.

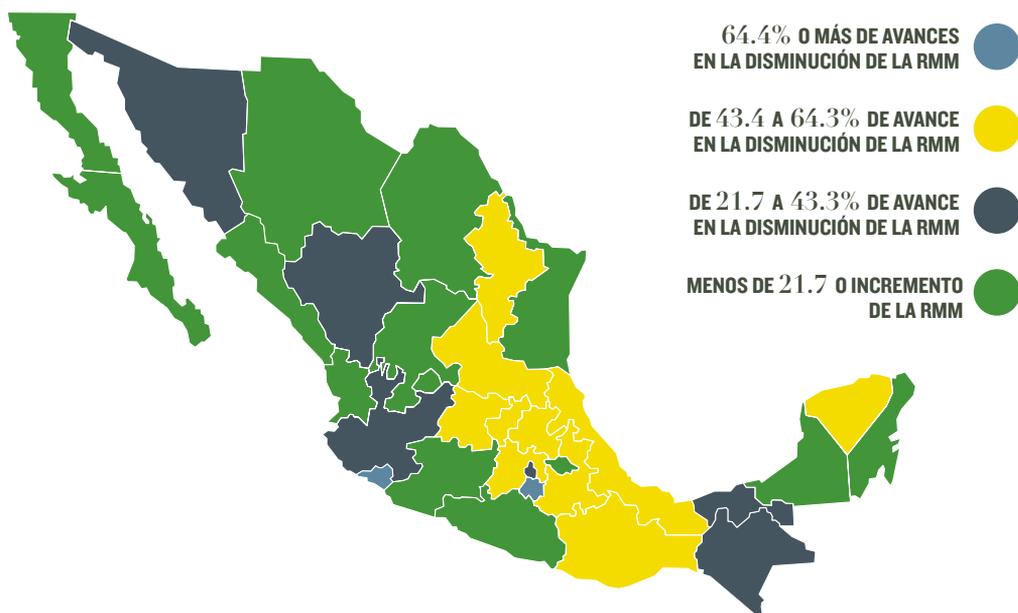
El principal mecanismo para garantizar la debida investigación de estas violaciones y su sanción es asegurar que las víctimas y sus familiares tengan acceso a recursos efectivos y protección judicial.¹² Asimismo, las investigaciones judiciales para determinar la atribución de la responsabilidad de los Estados resultan una medida necesaria para identificar y erradicar las prácticas discriminatorias que perpetúan la mortalidad materna, reparar el daño a las víctimas y promover medidas legislativas y de política pública para que dichos casos no se repitan.

3.2 / SITUACIÓN EN MÉXICO

La normativa nacional en el ámbito federal y local otorga carácter prioritario a la prestación de servicios de salud materna en las instituciones del Sistema Nacional de Salud. Las obligaciones internacionales de derechos humanos contraídas por México comprometen al Estado a prevenir la muerte materna; sin embargo, los datos estadísticos no muestran una reducción notable en los últimos cinco años. Tanto las principales causas como las entidades federativas con el mayor registro de casos han permanecido sin cambios.¹³ Esta situación es sin duda un reflejo de la existencia de problemas estructurales en el Sistema que impiden a las mujeres un acceso efectivo a los servicios de salud materna.

En México, la RMM en 2008 fue de 57.2, en 2009 de 62.2, en 2010 de 51.5 y en 2011 de 50.7 por cada 100,000 nacimientos.¹⁴ En números absolutos, de 1990 a 2011 fallecieron 28,042 mujeres por complicaciones durante el embarazo, aborto, parto o puerperio.¹⁵ Si analizamos los avances y retrocesos en términos de RMM, entre 1990 y 2010, de las 32 entidades federativas, 14 registraron avances mínimos, incluso un incremento, y 18 la redujeron.¹⁶ Cabe resaltar los casos de Colima y Morelos¹⁷ que la redujeron 64.4% o más. Hay que recordar que de conformidad con los ODM, México se comprometió a reducir la RMM en 75% para 2015. Dada la tendencia actual, es muy probable que el Estado mexicano no pueda cumplirlo.

PORCENTAJES DE AVANCE POR ENTIDAD FEDERATIVA EN EL OBJETIVO 5 DE DESARROLLO DEL MILENIO ENTRE 1990 Y 2010



FUENTE: Observatorio de Mortalidad Materna en México, *Porcentajes de avance por entidad federativa en el Objetivo 5 de Desarrollo del Milenio entre 1990 y 2010*.

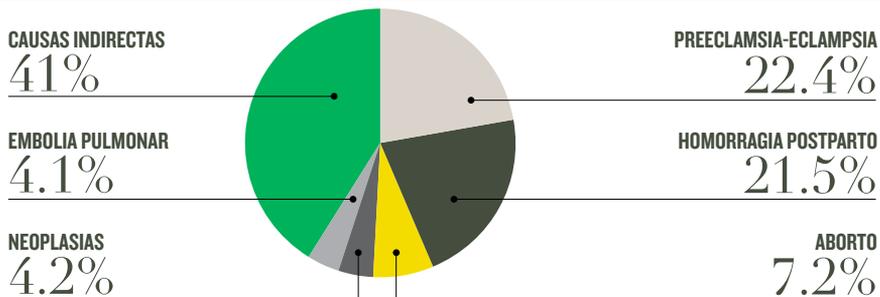
Para 2010, en cinco entidades federativas se concentraba el mayor porcentaje de muerte materna en mujeres hablantes de una lengua indígena: Oaxaca (55.9%), Guerrero (47.2%), Chihuahua (35.9%), Yucatán (25.0%) y Chiapas (24.6%).

En relación con el nivel educativo, a nivel nacional, 8.7% de las mujeres que fallecieron no tuvieron acceso a la educación, y en estados como Chihuahua, Chiapas, Guerrero, Puebla, Oaxaca, Michoacán, Hidalgo, Veracruz y Morelos este porcentaje oscila entre 10 y 25. Una de cada tres no contaba con seguridad social, mientras que alrededor de 40% estaban afiliadas al Sistema Nacional de Protección Social en Salud (SNPSS).¹⁸

En 2011 el patrón se repitió: a nivel nacional, 7.5% no tuvieron acceso a educación y 31% más sólo habían alcanzado nivel de primaria, completa o incompleta; 16% hablaban lengua indígena y de un total de 68% no tenían seguridad social 20% y eran afiliadas al SNPSS 48%.¹⁹

En la siguiente gráfica se muestra la distribución porcentual por causas de muerte materna de los casos registrados en México entre 2010 y 2012, datos que revelan que las dos principales causas siguen siendo la preeclampsia/eclampsia y las hemorragias ocurridas antes, durante y después del parto. La tercera causa de muerte en 2010 y 2012 fue el aborto; mientras que en 2011 fue la sepsis. Para 2012, las causas obstétricas indirectas se registran como la primera fuente de muerte materna a nivel nacional.

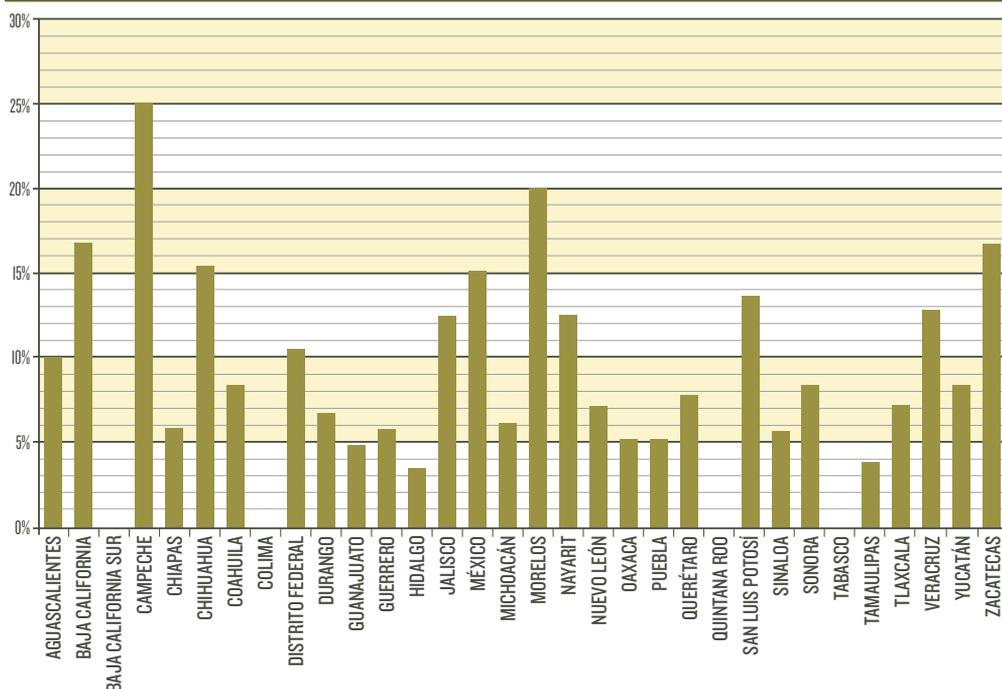
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA / MÉXICO 2012



Fuente: Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología.

El aborto, causa de 7% --en promedio-- de muerte materna durante los últimos veinte años,²⁰ en 2010 provocó 9.3% de los fallecimientos. Sin embargo, en 2010 representó entre 11 y 25% en diez estados de la República (como se muestra en el cuadro siguiente)²¹ y en 2011, en ocho estados, registró un porcentaje igual o mayor a diez.²²

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR ENTIDAD FEDERATIVA DE MUERTE MATERNA POR ABORTO / MÉXICO 2010



FUENTE: Observatorio de Mortalidad Materna en México, *Mortalidad materna en México. Numeralia 2010*.

Asimismo, en México un gran número de mujeres que mueren por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio pertenecen a comunidades indígenas y/o viven en condiciones de pobreza. Por ejemplo, 33.4% de los casos de muerte materna de 2004 a 2008 fueron de mujeres que vivían en localidades de menos de 2,500 habitantes, situación que aumenta la probabilidad de que no hayan contado con los medios necesarios para acceder de inmediato a algún servicio de hospitalización.²³

También existe una especial preocupación por la muerte materna en las adolescentes,²⁴ ya que el temprano inicio de su vida reproductiva las coloca en un riesgo dos a cinco veces más alto que las mayores de veinte años.²⁵ Entre 1990 y 2008, aproximadamente una de cada ocho defunciones maternas fue de adolescentes menores de 19 años.²⁶ Durante 2009, 2010 y 2011 el porcentaje fue de 13.8, 10 y 9.6, respectivamente.²⁷

En 2010, más de 91% de las fallecidas por una causa materna llegaron a un establecimiento hospitalario y recibieron algún tipo de cuidado antes de morir, lo que habla de una deficiente calidad en la atención de emergencias obstétricas en los servicios de salud. En Oaxaca, Guerrero y Chiapas alrededor de una de cada cuatro mujeres murió en su casa, y en Guerrero y San Luis Potosí 15% fallecieron en la vía pública, cifras que evidencian un serio problema de acceso a los servicios de salud en los estados marginados.²⁸

La institución que registró mayor muerte materna en los últimos tres años fue la Secretaría de Salud, con una cifra por encima de los 400 casos al año. Cabe destacar, sin embargo, que la misma Secretaría y los servicios estatales de salud son las instituciones que más eventos obstétricos (partos y abortos) atienden.

Los datos anteriores reflejan la precaria protección a la salud materna, particularmente de las mujeres que se encuentran en situación de vulnerabilidad, como las indígenas, adolescentes y pobres.

CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE LA MUERTE MATERNA POR CAUSA E INSTITUCIÓN / MÉXICO 2010-2012									
	2010 ²⁹			2011 ³⁰			2012 ³¹		
TOTAL	992			955			949		
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR LAS TRES PRIMERAS CAUSAS	PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA	HEMORRAGIA EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	ABORTO	PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA	HEMORRAGIA POSTPARTO	SEPSIS E INFECCIÓN PUERPERAL	PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA	HEMORRAGIA POSTPARTO	ABORTO
	25%	19.6%	9.3%	24%	22.3%	7.6%	22.1%	21.2%	7.1%
DISTRIBUCIÓN POR INSTITUCIÓN	SERVICIOS ESTATALES DE SALUD 529 MUJERES MUERTAS			SECRETARÍA DE SALUD 464 MUJERES MUERTAS			SECRETARÍA DE SALUD 467 MUJERES MUERTAS		
	IMSS 169 MUJERES MUERTAS			SIN ATENCIÓN MÉDICA 200 MUJERES MUERTAS			IMSS 146 MUJERES MUERTAS		
	INSTITUCIONES PRIVADAS 85 MUJERES MUERTAS			IMSS 146 MUJERES MUERTAS			INSTITUCIONES PRIVADAS 88 MUJERES MUERTAS		

FUENTE: Elaboración propia de GIRE a partir de datos obtenidos del Observatorio de Mortalidad Materna y de la Secretaría de Salud.

De 2007 a 2012 se continuó con el programa de acción específico “Arranque Parejo en la Vida” que establece políticas encaminadas a orientar la prestación de los servicios de salud materna en todas las instituciones del país que forman parte del Sistema Nacional de Salud. Dicho programa también impulsó la elaboración de planes estatales de acción de salud materna y perinatal durante este periodo, con el objetivo de reconocer las necesidades de las entidades en esta materia. Además, el 28 de mayo de 2009 el Ejecutivo federal presentó la Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna, que incluye, entre otras medidas, la atención universal gratuita de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio en cualquier institución del sector salud, independientemente de si la mujer es derechohabiente o no (Convenio Interinstitucional para la Atención de Emergencias Obstétricas). A partir de ese año se inició una estrategia focalizada que busca reducir la muerte materna entre 7 y 14%.

Si bien el programa plantea un conjunto de acciones de incidencia --que abarcan desde la mejora en la infraestructura de los servicios de salud materna hasta la coordinación nacional para el registro estadístico de los casos de muerte materna-- de acuerdo con la meta nacional, los porcentajes de reducción de muerte materna son inferiores a lo establecido en los ODM. Además, la vigencia de este programa, y por lo tanto de los estatales, es de carácter sexenal por lo que su continuidad depende de la importancia que cada Gobierno federal otorga a la problemática.

A pesar de la existencia de programas como éste, la muerte materna no se ha reducido significativamente, lo que demuestra no sólo su falta de efectividad sino su deficiente implementación en los tres niveles de gobierno (federal, local y municipal).

Además de la nula reducción de la mortalidad materna, no hay acceso a recursos efectivos que proporcionen a los familiares de las víctimas la reparación del daño y la obtención de justicia.

El porcentaje de casos que son investigados y sancionados debidamente es preocupantemente bajo, como se verá en la sección sobre implementación.

La falta de acceso a la justicia y la impunidad en la que permanecen los casos constituyen una violación a los derechos humanos de las mujeres y sus familiares, e implican una responsabilidad internacional del Estado por la falta de debida diligencia en la investigación tanto de las irregularidades ocurridas en las instituciones de salud como de las responsabilidades del personal por negligencia médica.

3.3 / MARCO NORMATIVO

El derecho de las mujeres a la salud materna tiene como fundamento los derechos humanos a la vida, a la integridad personal, a la salud, a la autonomía reproductiva, a la vida privada, a la igualdad y no discriminación, reconocidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y los tratados internacionales ratificados por el Estado mexicano.

3.3.1 LEY GENERAL DE SALUD Y SU REGLAMENTO

La Ley General de Salud “establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general”³² y prevé como materia de salubridad general la atención materno infantil³³ la cual, a su vez, se considera como parte de los servicios básicos de salud para los efectos del derecho a la protección de la salud.³⁴

Los servicios específicos de atención materna están previstos en el capítulo V de esta ley, donde se indica que la protección materno infantil y la promoción de la salud materna “abarca el periodo que va del embarazo, parto, postparto y puerperio, en razón de la condición de vulnerabilidad en que se encuentra la mujer y el producto”³⁵ y engloba, entre otras acciones, “la atención integral de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, incluyendo la atención psicológica que requiera”.³⁶ Asimismo, esta ley enfatiza el derecho de las mujeres embarazadas a obtener servicios de salud “con estricto respeto de sus derechos humanos”.³⁷

En la Ley General de Salud se establecen diversas acciones encaminadas a identificar y erradicar los factores de riesgo para la salud de las mujeres embarazadas y fortalecer medidas para mejorar el acceso y la calidad de la atención del embarazo, parto y puerperio tales como la capacitación de parteras tradicionales en la atención obstétrica,³⁸ la participación de la sociedad civil y el sector privado mediante la creación de Redes de Apoyo a la Salud Materna;³⁹ “la vigilancia de actividades ocupacionales que puedan poner en peligro la salud física y mental de los menores y de las mujeres embarazadas”⁴⁰ y la creación de comités de prevención de la mortalidad materna e infantil, a efecto de “conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes”.⁴¹

Por su parte, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica prevé un capítulo específico de disposiciones para la prestación de servicios de atención materno infantil en el cual se señala como una de las obligaciones de los responsables de un hospital gineco obstétrico, tomar las medidas necesarias para disminuir la mortalidad materna e infantil “acatando las recomendaciones que para el efecto dicten los comités nacionales respectivos”.⁴²

3.3.2 NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-1993, ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO Y DEL RECIÉN NACIDO

Esta norma, adoptada en 1993, establece el protocolo de atención médica para las mujeres durante todo el periodo del embarazo, el parto y el puerperio con el fin de garantizar una atención de calidad y reducir la mortalidad y morbilidad materno infantil.

Esta norma describe de forma general los pasos a seguir para el cuidado prenatal y el protocolo de atención en casos de emergencias obstétricas que pongan en riesgo la vida de la mujer embarazada.⁴³ El propósito es normar y homogeneizar los procedimientos de atención a la mujer gestante y evitar prácticas que pongan en riesgo el desarrollo del embarazo o que no respondan a los más altos estándares de calidad.

La NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido (NOM 007) establece la obligación de las unidades médicas de registrar el número de atenciones médicas a mujeres embarazadas, durante el parto y puerperio; también norma la notificación oportuna de los casos de muerte materna, información que debe ser concentrada por el personal responsable de la estadística de la unidad y de la institución para remitirla a la Secretaría de Salud con el propósito de alimentar el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS),⁴⁴ misma que se encuentra disponible en el sitio de internet del Sistema.⁴⁵

Esta norma es de cumplimiento obligatorio para todo el personal de salud que atiende a mujeres embarazadas en las unidades del sector público, social y privado a nivel nacional.

Aunado a esta normativa y para garantizar su implementación, el Gobierno federal y los gobiernos locales han establecido diversos programas y políticas para reducir la mortalidad materna. Algunos de estos programas fueron mencionados ya en la sección sobre la situación en México, especialmente el de “Arranque Parejo en la Vida”, sin embargo el apartado de implementación se centrará en el análisis de los mecanismos de rendición de cuentas y el acceso a la justicia en casos de muerte materna, y no de los programas existentes.

3.4 / IMPLEMENTACIÓN DEL MARCO NORMATIVO: ACCESO A LA JUSTICIA Y RENDICIÓN DE CUENTAS

El monitoreo y la rendición de cuentas son dos aspectos fundamentales para analizar el nivel de implementación del marco normativo en materia de salud materna.

Desde una perspectiva de derechos humanos, la rendición de cuentas implica el establecimiento de mecanismos que permitan identificar los vacíos y obstáculos en la implementación del marco normativo y las políticas públicas; así como mecanismos que aseguren un remedio efectivo y la reparación del daño para quienes han visto violados sus derechos.

Garantizar el acceso a la justicia a los familiares de las víctimas de muerte materna resulta de vital importancia, en todos aquellos casos que están relacionados con la violación de los derechos. En la actualidad, los familiares de las víctimas cuentan con instrumentos jurídicos limitados y poco efectivos para acceder a la justicia, situación que se agrava en el caso de personas en condición de pobreza.

Por su carácter, la atribución de la responsabilidad por la muerte de estas mujeres, puede concluir con una sanción a los prestadores de servicios, con la responsabilidad administrativa de la institución de salud o con la atribución de responsabilidad internacional del Estado por el incumplimiento de sus obligaciones en materia de derechos humanos.⁴⁶ Es importante que estos casos sean resueltos ante las instancias competentes, que permitan la investigación de los hechos y causas bajo los cuales sucedieron, y que determinen la eventual responsabilidad civil, administrativa, penal y en materia de derechos humanos, así como la consecuente reparación integral para las víctimas.

Sin duda, la gran mayoría de las muertes maternas prevenibles están relacionadas con fallas estructurales e institucionales del sistema de salud. Por eso, es importante que los procesos de rendición de cuentas y acceso a la justicia se comprendan como una oportunidad para mejorar los sistemas de salud y para coadyuvar en la prevención; que sean procesos de rendición de cuentas constructivos y contribuyan a que los prestadores de servicios de salud puedan realizar su trabajo en mejores condiciones.

El hecho de que existan mecanismos de monitoreo y rendición de cuentas permite evaluar la efectividad de las políticas y programas existentes, para luego llevar a cabo las reformas y modificaciones necesarias con el objetivo de mejorar su efectividad.

En 2012 el Comité CEDAW recomendó al Estado mexicano que “[...]intensifique sus esfuerzos para reducir la tasa de mortalidad materna, en particular adoptando una estrategia amplia de maternidad sin riesgos en que se dé prioridad [...] al establecimiento de mecanismos de vigilancia y asignación de responsabilidad [...]”⁴⁷

3.4.1 COMITÉS DE PREVENCIÓN DE MORTALIDAD MATERNA E INFANTIL

La Ley General de Salud establece que en los servicios de salud se promoverá la organización institucional de comités de prevención de la mortalidad materna e infantil, a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes.⁴⁸ De conformidad con esta disposición, la NOM 007⁴⁹ establece la obligación de toda unidad médica de segundo nivel que brinde atención obstétrica, de integrar y operar un Comité de Estudios de Mortalidad Materna y un Grupo de Estudios de Mortalidad Perinatal.⁵⁰ Los dictámenes de dichos Comités y Grupos deben incluir acciones de prevención y mejoras específicas hacia los factores y las causas que ocasionan la muerte materna y perinatal.⁵¹

En 1995, la Secretaría de Salud federal creó el Comité Nacional para el Estudio de la Mortalidad Materna y Perinatal (CNEMMP)⁵² con el objetivo de mejorar los registros y estimaciones de los indicadores sobre mortalidad materna y perinatal en todos los hospitales públicos y privados del país, con la intención de establecer estrategias para la reducción de dicha mortalidad.⁵³ En 2001 se publicó el acuerdo secretarial “por el que se crea el Comité Nacional del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida”, que deja sin efectos el CNEMMP.⁵⁴ En 2004 se publicó un acuerdo por medio del cual se intenta organizar y coordinar de mejor forma los comités de mortalidad materna.

ASÍ, LA ESTRUCTURA ACTUAL DE LOS COMITÉS ES LA SIGUIENTE:

- > Comité Nacional del Programa de Arranque Parejo en la Vida
- > Comité Institucional (nivel central) en dependencias diferentes a la Secretaría de Salud, como el IMSS, el ISSSTE y otras
- > Comité Estatal o Delegacional
- > Comité Jurisdiccional
- > Comité Local u Hospitalario

El Comité Nacional de Arranque Parejo en la Vida tiene como atribuciones proponer políticas, lineamientos, normas, procedimientos, estrategias y acciones para la operación del programa; vigilar y evaluar el cumplimiento de las normas, procedimientos y lineamientos generales, así como el desarrollo y los resultados del programa; proponer las medidas para mejorar la instrumentación del programa; promover, vigilar y, en su caso, acreditar que las unidades de atención médica cuenten con la infraestructura, así como con los insumos necesarios para realizar las acciones del programa, entre otras.⁵⁵ De acuerdo con lo anterior, las atribuciones del Comité Nacional y los comités estatales son amplias y coadyuvan al monitoreo y rendición de cuentas de las instancias médicas. Cabe preguntarse qué tipo de seguimiento le dan los comités a las políticas, lineamientos y recomendaciones que proponen para mejorar los servicios de salud materna y qué ocurre en casos donde se identifican responsabilidades específicas de servidores públicos. No puede deducirse de las atribuciones específicas que los comités estén habilitados para identificar este tipo de responsabilidades.

La implementación de los comités ha permitido disminuir el subregistro de muerte materna y su notificación tardía, precisar las causas y formular análisis clínicos y epidemiológicos. Sin duda, todo ello ha sido importante para identificar en cada institución las acciones que son necesarias para mejorar la calidad de la atención obstétrica básica y de emergencia. Sin embargo, no queda documentado qué tipo de acciones y lineamientos han sido propuestos por estos comités, sobre todo estatales, y qué grado de implementación se ha logrado.

Además de este complejo esquema existe una estructura de la sociedad civil para monitorear la mortalidad materna, y está compuesta por el Comité Promotor por una Maternidad Segura en México, los comités estatales en seis entidades federativas (Chiapas, Guerrero, Jalisco, Oaxaca, San Luis Potosí y Veracruz) y el Observatorio de Mortalidad Materna en México. Los comités están integrados por organizaciones de la sociedad civil, gubernamentales, académicas y agencias internacionales de cooperación preocupadas por la salud materna.⁵⁶ Los comités realizan trabajo de difusión, monitoreo e incidencia en políticas públicas relacionadas con la muerte materna, mientras que el Observatorio tiene como función monitorear los indicadores de avances o retrocesos en la salud materna.

3.4.2 QUEJAS ADMINISTRATIVAS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

El recurso más inmediato que tienen los familiares ante un caso de muerte materna es el del escrito de queja, por el cual las personas pueden reportar las deficiencias en la atención médica recibida en las instituciones del Sistema Nacional de Salud. Estas quejas, según la Ley General de Salud, “deberán ser atendidas y resueltas en forma oportuna y efectiva por los prestadores de servicios o por las instancias que las instituciones tengan definidas para tal fin, cuando la solución corresponda a su ámbito de competencia”.⁵⁷ La ley establece la facultad de cada institución de salud para determinar el procedimiento que considere necesario para que las personas puedan presentar estas quejas.⁵⁸

La importancia de la presentación de quejas radica en la posibilidad de la investigación que de manera interna pueden realizar las instituciones de salud para determinar y aplicar las medidas y sanciones administrativas correspondientes por el fallecimiento de las mujeres en los casos de muerte materna. Sin embargo,

la falta de un mismo procedimiento institucional que regule el mecanismo de acceso a la justicia en materia de salud, crea incertidumbre para las y los usuarios de los servicios, respecto del procedimiento que deben seguir ante las instituciones y en etapas posteriores.

Para este informe se preguntó a la Secretaría de Salud federal, a través de una solicitud de acceso a la información pública, el número de quejas presentadas durante el periodo de enero de 2008 a agosto de 2012 por casos en los que las mujeres fallecieron por negligencia en la atención de su embarazo. La Secretaría de Salud se declaró incompetente para proporcionar dicha información y remitió para su respuesta a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).⁵⁹ Ello ejemplifica la falta de claridad con la que el procedimiento de queja es reconocido por la autoridad en materia de salud, a pesar de su importancia. También pone en entredicho si los hospitales implementan formalmente estos procedimientos y si la autoridad federal les da algún tipo de seguimiento. La misma información fue solicitada a la CONAMED sin que se recibiera respuesta alguna.

3.4.3 PROCESOS ADMINISTRATIVOS EN CONTRA DE SERVIDORES PÚBLICOS

Las omisiones y deficiencias en la prestación de los servicios médicos para prevenir y diagnosticar adecuadamente las causas de muerte materna en las clínicas y hospitales públicos pueden generar responsabilidad administrativa. El personal médico que labora en las instituciones públicas de salud, como son el IMSS y el ISSSTE, están sujetos al régimen de responsabilidad de los servidores públicos. Por lo tanto, el personal de dichas instituciones debe cumplir su cargo con legalidad, honradez, imparcialidad y eficiencia.⁶⁰ De acuerdo con la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, las y los servidores públicos deben cumplir las obligaciones que correspondan al servicio que les sea encomendado y abstenerse de realizar actos u omisiones que no permitan la prestación del mismo o provoquen que se preste de una manera deficiente.⁶¹ Asimismo, los servidores públicos deben observar buena conducta y tratar con respeto a las personas con las que tengan relación en el desempeño de su servicio. Deben rendir cuentas sobre las funciones que les sean designadas, así como utilizar exclusivamente los recursos asignados para cumplir con los fines para los cuales han sido emitidos.⁶²

En caso de incumplimiento de sus obligaciones, el servidor público puede ser sometido a un procedimiento administrativo y a las sanciones correspondientes, que pueden ser: amonestación privada o pública; suspensión del empleo o cargo; destitución del puesto; sanción económica e inhabilitación temporal para desempeñar empleos, cargos o comisiones en el servicio público.⁶³ La investigación, tramitación, desarrollo y resolución del procedimiento administrativo está a cargo de las contralorías internas y de los titulares de las áreas de auditoría, de quejas y de responsabilidad de los órganos internos de control de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, así como de la Procuraduría General de la República.⁶⁴ Para iniciar procedimientos de esta naturaleza se debe presentar una queja o denuncia ante la unidad específica de la dependencia gubernamental (contraloría interna), incluyendo los datos y hechos que permitan verificar si el o la servidora pública ha incurrido, o no, en responsabilidad. Una vez realizada la investigación se aplican las sanciones correspondientes.

3.4.4 RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DEL ESTADO

Además de las sanciones previstas para los prestadores de servicios públicos de salud, existe la figura de la responsabilidad patrimonial del Estado, la cual es independiente de las sanciones referidas.

El 31 de diciembre de 2004 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado, que tiene como objeto fijar las bases y procedimientos para reconocer el derecho a

la indemnización de quienes sufran daños en cualquiera de sus bienes y derechos, como consecuencia de la actividad administrativa irregular del Estado.⁶⁵

La ley define la actividad administrativa irregular del Estado como aquella que cause daño a los bienes y derechos de las personas que no tengan la obligación jurídica de soportarlo, en virtud de no existir fundamento legal o causa jurídica de justificación para legitimar el daño de que se trate.⁶⁶

En el caso de las mujeres que hayan perdido la vida por causa de la deficiente y/o mala calidad de los servicios de salud, sus familiares tienen la opción de exigir del Estado el pago de una indemnización; al respecto, cabe señalar que esta reparación no resulta integral para los casos de violaciones de derechos humanos, pues sólo implica una parte --la económica-- y no incluye acciones que eviten la repetición de los hechos, tales como cambios normativos y estructurales.

3.4.5 PROCESOS PENALES A NIVEL LOCAL

Como ya fue señalado, la mayor parte de los casos de muerte materna se relacionan con las fallas estructurales del sistema de salud y las difíciles condiciones en las que muchas veces trabajan los servidores públicos. En este sentido, no resulta apropiado aplicar sanciones penales, excepto en los extremos donde exista dolo y haya una intención manifiesta de causar un daño a la mujer, como cuando se le esteriliza forzadamente después del parto.

Se presentaron solicitudes de acceso a la información a las 32 procuradurías de justicia locales sobre el número de averiguaciones previas relacionadas con casos de muerte materna de 2008 a 2012, de las cuales 25 respondieron. Tres⁶⁷ proporcionaron información relativa al número de averiguaciones previas por casos específicamente de muerte materna, sumando un total de 23; cuatro⁶⁸ señalaron que no se registró averiguación previa alguna por negligencia en la prestación de servicios de atención médica; seis dijeron tener un registro de averiguaciones previas iniciadas por negligencia en la prestación de servicios de atención médica, que suman menos de 15;⁶⁹ sin embargo, dado que estas averiguaciones están clasificadas bajo el rubro general de "negligencia médica" no se tiene certeza de si corresponden o no a casos de muerte materna. Doce entidades federativas⁷⁰ declararon inexistente la información solicitada bajo el argumento de no contar con ella de manera sistematizada en los términos requeridos o en sus expedientes.

3.4.6 COMISIONES DE DERECHOS HUMANOS

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) y las comisiones locales tienen dentro de sus funciones el ser organismos autónomos de denuncia de violaciones a los derechos humanos cometidas por el personal de la administración pública.

Dado que las comisiones no son instancias judiciales, el resultado de sus investigaciones concluyen con la emisión de recomendaciones que, si bien tienen como objetivo proteger y garantizar los derechos humanos reconocidos en la Constitución y en los tratados internacionales ratificados por el Estado mexicano, no son de cumplimiento obligatorio, ya que dependen, en última instancia, de la voluntad política de la institución pública correspondiente. Sin embargo la realización de una investigación diligente y la emisión de recomendaciones que establezcan claramente las obligaciones de las instituciones públicas pueden contribuir en la mejora de la actividad administrativa.

Para este informe, se preguntó a las comisiones, a través de una solicitud de acceso a la información pública, el número de quejas presentadas durante el periodo de enero de 2008 a noviembre de 2012 por violaciones a los derechos humanos en casos en los que las mujeres fallecieron por negligencia en la atención con motivo de su embarazo y parto.

La CNDH reportó haber emitido 23 recomendaciones, desde 1994 hasta 2012;⁷¹ cinco comisiones locales señalaron tener registradas una o dos quejas por muerte materna durante el periodo señalado,⁷² mientras que doce reportaron no contar con antecedentes de quejas bajo los criterios solicitados.⁷³

3.4.7 CASO EMBLEMÁTICO

Un caso que ilustra las fallas estructurales del sistema de salud en la atención a la salud materna y los obstáculos para acceder a la justicia es el de *Karla*,⁷⁴ mujer de 24 años que murió por causas prevenibles en la semana 36 del embarazo. *Karla* cursó los siete meses de embarazo sin ninguna complicación, sin embargo al octavo mes, cuando se encontraba viviendo en Alvarado, Veracruz, presentó signos de alarma. Acudió de emergencia a una consulta en la que se le diagnosticó un embarazo de alto riesgo, que alertaba sobre posibles complicaciones y la necesidad de cuidados hospitalarios.

El 7 de mayo de 2011 *Karla* empezó a tener inflamación, ardor y moretones en los pies, por lo que al día siguiente fue a una Unidad Médica Familiar (UMF) del IMSS, en Alvarado, donde los signos de alerta fueron ignorados. La doctora que la atendió sólo revisó la presión arterial de *Karla* y la frecuencia cardíaca del feto, señaló que los síntomas eran normales, le recomendó reposar y poner los pies en alto para reducir la inflamación. El 9 de mayo *Karla* continuó con la inflamación y el ardor de pies, así que acudió al Centro de Salud de Alvarado, donde fue atendida por un doctor. Este médico revisó nuevamente la presión arterial de *Karla* y la frecuencia cardíaca del feto, y le ordenó hacerse unos análisis de orina, permanecer en descanso y no comer sal. *Karla* acudió a un laboratorio particular para el estudio y la doctora de la UMF, después de revisar los resultados, aseguró que todo estaba bien y que debía permanecer en reposo.

Al día siguiente, *Karla* fue con un ginecólogo particular dado que el malestar no cedía. Este médico también le aseguró que se encontraba bien y que en los resultados del análisis de orina sólo aparecía una leve infección. Por cuarta ocasión, *Karla* buscó atención médica, regresando a la UMF del IMSS porque no se sentía mejor; no le realizaron exploración física ni estudio alguno. Dos días después regresó a la UMF con fiebre y los pies amoratados, la revisaron y finalmente le prescribieron un medicamento antimicrobiano, reiterándole que todo estaba normal. *Karla* fue enviada a su casa. La mañana siguiente se trasladó al Centro de Salud de Alvarado ante su nula mejoría. Ahí fue atendida por una doctora que le recetó una tableta de Paracetamol de 500 mg cada seis horas, medidas de hidratación oral, le ordenó análisis de sangre y la envió a su casa. Ese mismo día, *Karla* fue llevada con su médico particular quien afirmó que: a) el feto tenía arritmia, b) la infección urinaria persistía y c) ella presentaba un cuadro de salmonelosis.

Al día siguiente, ante la presencia de una hemorragia transvaginal, *Karla* acudió otra vez a la UMF. La atendió una doctora que sólo le tomó la temperatura y la presión arterial, y le señaló que todo se encontraba normal. Le ordenó ir al Hospital General del IMSS ubicado en Lerdo de Tejada, Veracruz. A las 11:20 de la mañana del mismo día fue trasladada al hospital en ambulancia, en compañía de su suegra; tenía hemorragia transvaginal, dolor abdominal y vómito. Al llegar a

la sala de urgencias, los médicos señalaron que aún no estaba en labor de parto porque no había dilatación, pese a la existencia de sangrado abundante que, por cierto, no fue atendido. El médico en turno informó que en dicho hospital no había ginecólogo de lunes a viernes y que debido a su disminución de plaquetas, *Karla* debía ser trasladada a la ciudad de Veracruz, que se encuentra a hora y media de ahí. La subieron a una ambulancia, junto con una enfermera y el médico tratante, para ser trasladada; en el trayecto su condición fue deteriorándose gravemente: falleció antes de llegar a la ciudad de Veracruz.

Los familiares de *Karla* comenzaron a exigir justicia de manera pública e iniciaron acciones legales, asistidos por un abogado particular. Esto derivó en el reconocimiento por parte del IMSS de su “responsabilidad objetiva institucional por la falta de recurso material y humano en las unidades médicas involucradas, sin encontrar responsabilidad civil en la atención médica otorgada a la finada, pues se proporcionó la atención médica requerida, con los recursos disponibles en cada unidad médica del IMSS”.⁷⁵ Bajo dicho reconocimiento, con fecha 12 de marzo de 2012, el esposo de *Karla* firmó un convenio de pago con el IMSS, en el que aceptó recibir una indemnización económica por reparación del daño, comprometiéndose al desistimiento de cualquier acción legal en contra del IMSS. Por la vía penal fue presentada una denuncia ante el Ministerio Público en contra de los médicos que atendieron a *Karla* en las diferentes consultas en los hospitales públicos a los que acudió. Hasta el momento no se tiene noticia alguna de avances al respecto. Asimismo, en agosto de 2011 fue presentada una queja ante la CNDH, pero en diciembre del mismo año la Comisión consideró cerrada la investigación, debido a que el IMSS informó de la atención a la queja y la reparación económica otorgada.

Dado que la demanda ante el IMSS terminó con el pago, no se cuenta con información relativa a si dicha institución realizó alguna acción de mejora ante la falta de recursos materiales y humanos para atender de forma pronta y adecuada las urgencias obstétricas que pudieran presentarse. Tampoco se sabe si se llevó a cabo un seguimiento administrativo en la institución para determinar una posible negligencia en la atención por parte de los prestadores de servicios de salud.

Hay que hacer notar la falta de continuidad otorgada al caso por parte de la procuraduría de justicia local, pues impidió concluirlo en un proceso penal ante una instancia de carácter judicial que sancionara a los responsables.

En este contexto, es cuestionable la actuación de la CNDH ya que se abstuvo de investigar con mayor diligencia y profundidad las causas de la muerte materna y la presunta responsabilidad de las autoridades de salud estatales. Asimismo, ante la resolución del asunto, se abstuvo de emitir una recomendación general para garantizar que casos como éste no se repitan. Cabe señalar que la declaración del IMSS --en el sentido de estar atendiendo el caso, haber aceptado una responsabilidad parcial en los hechos y otorgado una compensación económica-- bastó para que la CNDH diera por concluida y cerrada la queja sin verificar los términos de la atención proporcionada.

3.4.8 COMISIONES DE ARBITRAJE MÉDICO

La CONAMED creada en 1996, y sus similares de carácter local, son instituciones públicas que ofrecen mecanismos alternos de solución de controversias entre usuarios y prestadores de servicios médicos.

Estas comisiones fueron creadas por el Estado mexicano, a pesar de existir el procedimiento de queja en la Ley General de Salud, con el objetivo de proporcionar a los usuarios de los servicios de salud del país un mecanismo que les permita dilucidar posibles conflictos derivados de la prestación de estos servicios para “evitar grandes cargas de trabajo para los órganos jurisdiccionales, sin sustituirlos”. Sin embargo, las facultades de las comisiones están limitadas a lograr acuerdos entre las partes para determinar los daños de carácter civil derivados de la prestación de servicios médicos. No cuentan, por ende, con el registro de casos de muerte materna, ya que las conciliaciones no implican la investigación de hechos para atribuir responsabilidad administrativa o penal en contra de una de las partes.

El papel de las comisiones es relevante en los casos de muerte materna, respecto de la determinación y reconocimiento de responsabilidades de carácter civil por parte de las instituciones de salud, mismas que concluyen con el pago de alguna indemnización económica a favor de los familiares de las víctimas. Sin embargo, estas instancias no les garantizan el acceso a una justicia integral. De hecho, las comisiones pueden llegar a ser un incentivo para que los casos de muerte materna nunca sean investigados y procesados ante instancias jurisdiccionales y se mantengan en un estado de impunidad de facto.

3.5 / CONCLUSIONES

A pesar de la existencia de políticas y programas en materia de salud materna, la mortalidad materna en México no se ha reducido de forma significativa y la tendencia indica que no se alcanzará el Objetivo de Desarrollo del Milenio de reducir la RMM en 75% para 2015.

Los Comités de Mortalidad Materna son sin duda un mecanismo fundamental en el andamiaje para monitorear las políticas y programas en materia de salud materna. Sin embargo, las recomendaciones que emiten no son de cumplimiento obligatorio y no se les da seguimiento.

En materia de acceso a la justicia, aunque en la ley existen mecanismos de carácter civil, administrativo y penal para que los familiares de las víctimas de muerte materna prevenible puedan obtener un recurso efectivo, en la práctica esto no es así. El sistema de quejas administrativas en los hospitales parece no ser accesible, aunque se trate del recurso más inmediato para los familiares. Las instancias del Sistema Nacional de Salud no monitorean las quejas ni les dan seguimiento, y la normativa es demasiado laxa al establecer que cada institución de salud puede organizar su sistema de quejas, sin identificar los criterios que deben regir a estos mecanismos. Resulta preocupante que la Secretaría de Salud federal se declare incompetente al respecto y que la CONAMED no haya dado la información que le fue solicitada.

En términos de demandas administrativas contra el IMSS e ISSSTE, el caso de *Karla*, aquí relatado, refleja que si bien en ciertos casos se puede obtener una indemnización (si se cuenta con asesoría jurídica), estos procesos no se traducen en mejoras y cambios institucionales, y menos aún en la búsqueda e identificación de posibles responsabilidades de los profesionales de salud.

En cuanto a las averiguaciones previas es difícil hacer un balance dada la poca información recibida, pero todo indica que la negligencia médica que provoca la muerte materna no se traduce en procesos penales. Cabe destacar que la vía penal no es necesariamente la más adecuada para tratar estos casos, especialmente ante obstáculos y carencias estructurales que impiden brindar atención adecuada a las embarazadas; sin embargo, podrían darse casos donde esta vía sea una alternativa.

Las deficiencias de los mecanismos de monitoreo y rendición de cuentas son indudablemente un impedimento para avanzar en la reducción de la mortalidad materna prevenible, ya que es por medio de dichos mecanismos que las personas pueden obtener justicia y, a la vez, se logran identificar las barreras y obstáculos estructurales que enfrentan las mujeres durante la atención del embarazo, parto y puerperio.

3.6 / RECOMENDACIONES

- > Fortalecer los mecanismos civiles, administrativos y penales de acceso a la justicia para los familiares de víctimas de muerte materna prevenible.
- > Fortalecer los mecanismos de monitoreo y rendición de cuentas sobre las políticas y programas en materia de salud materna, con énfasis en la identificación de los patrones y las fallas estructurales.
- > Asegurar, vía la Secretaría de Salud federal, que todas las instancias de salud cuenten con mecanismos accesibles y efectivos de quejas para las y los usuarios.
- > Fortalecer el rol de los comités de mortalidad materna mediante el apoyo técnico, político y económico para su eficaz funcionamiento.
- > Garantizar que las instituciones del Sistema Nacional de Salud implementen efectivamente las recomendaciones de los comités de mortalidad materna y todas aquellas relacionadas con el mejoramiento de los servicios de salud materna.
- > Posicionar la maternidad segura como un asunto de derechos humanos y desarrollar acciones para atender las causas estructurales de tipo cultural, social y económico que inciden en este tipo de muerte.
- > La CNDH y las comisiones locales deben poner especial atención al tema de la mortalidad materna por medio de la elaboración, difusión y promoción de informes especiales y tramitación de quejas y recomendaciones, enfocados no sólo en la indemnización sino también en la identificación y corrección de fallas estructurales y del personal del sistema de salud, así como en las violaciones a los derechos humanos de las mujeres, factores determinantes en la muerte materna.

NOTAS

¹ OPS, *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud* (CIE-10): vol. 1, 10ª revisión, Washington, D. C., Organización Panamericana de la Salud, 1995, p. 1169.

² Consejo de Derechos Humanos, *Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo: 11. Mortalidad y morbilidad maternas prevenibles y derechos humanos*, 11º período de sesiones (1999), [A/HRC/11/L.16/Rev.1]. Disponible en <<http://bit.ly/V6aXAO>> [consulta: 14 de enero de 2013].

³ Comité CEDAW, *Caso Alyne da Silva Pimentel vs. Brasil. Comunicación N° 17/2008*, 49º período de sesiones (2011), [CEDAW/C/49/D/17/2008]. Disponible en <<http://bit.ly/WGXrOd>> [consulta: 14 de enero de 2013].

⁴ Naciones Unidas, *Portal de la labor del sistema de Naciones Unidas sobre los objetivos de Desarrollo del Milenio. Objetivo 5: Mejorar la Salud materna*. Disponible en <<http://bit.ly/pQDL3F>> [consulta: 14 de enero de 2013].

⁵ UNFPA, *Programa de Acción de la Conferencia Internacional Sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, Egipto, 5 al 13 de septiembre de 1994*. Disponible en <<http://bit.ly/ZQptsQ>> [consulta: 14 de enero de 2013].

⁶ Naciones Unidas, *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995*. Disponible en <<http://bit.ly/sllUg5>> [consulta: 14 de enero de 2013].

⁷ OMS, *Mortalidad materna: nota descriptiva*, Ginebra, no. 348, mayo de 2012. Disponible en <<http://bit.ly/KWX7XF>> [consulta: 14 de enero de 2013].

⁸ OMS *et al.*, *Trends in maternal mortality: 1990 to 2010*, Ginebra, 2012. Disponible en <<http://bit.ly/L5IRuQ>> [consulta: 14 de enero de 2013].

⁹ CIDH, *Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos*, Washington, 2010, párrafo 29, [OEA/Ser.L/V/II. Doc. 69, 7 de junio de 2010]. Disponible en <<http://bit.ly/WXZD3I>> [consulta: 14 de enero de 2013].

¹⁰ *Ibid.*, párrafo 20.

¹¹ *Idem.*

¹² *Idem.*

¹³ Chiapas, Distrito Federal, México y Veracruz.

¹⁴ Observatorio de Mortalidad Materna en México, *Mortalidad materna en México. Numeralia 2011*, México, 2012.

¹⁵ Véase el análisis de Schiavon, R., Erika Troncoso y Gerardo Polo, "Analysis of maternal and abortion-related mortality in Mexico over the last two decades, 1990-2008" en *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Reino Unido, vol. 188, suplemento 2, septiembre 2012, pp. S78-S86. Disponible en: <<http://bit.ly/12lqxIm>> [consulta: 30 de octubre de 2012].

¹⁶ 14 estados han reducido su razón de muerte materna en menos de 21.7% (Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Chihuahua, Coahuila, Guerrero, Michoacán, Nayarit, Quintana Roo, Sinaloa, Tamaulipas, Tlaxcala y Zacatecas), seis entidades han reducido su razón de muerte materna entre 21.7% y 43.3% (Chiapas, Distrito Federal, Durango, Jalisco, Sonora y Tabasco) y dos la redujeron en 64.4% o más (Colima y Morelos). Ver Observatorio de Mortalidad Materna en México, *Porcentajes de avance por entidad federativa en el Objetivo 5 de Desarrollo del Milenio entre 1990 y 2010*. Disponible en <<http://bit.ly/Weh55o>> [consulta: 30 de octubre de 2012].

¹⁷ Colima y Morelos. Ver Observatorio de Mortalidad Materna en México... *op. cit.* (ver *supra*, nota 16).

¹⁸ Observatorio de Mortalidad Materna en México, *Mortalidad materna en México. Numeralia 2010*, México, 2011, p. 9. Disponible en <<http://bit.ly/11vmY4m>> [consulta: 14 de enero de 2013].

- ¹⁹ Observatorio de Mortalidad Materna en México... *op. cit.* (ver *supra*, nota 14).
- ²⁰ Ipas México, *Numeralia sobre morbi-mortalidad materna en adolescentes: México 1990-2009*, 28 de mayo de 2011. Disponible en <<http://bit.ly/ULK7Z2>> [consulta: 7 de junio de 2012]. Schiavon, R., Erika Troncoso y Gerardo Polo, "Analysis of maternal and abortion-related mortality in Mexico over the last two decades, 1990-2008" en *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Reino Unido, vol. 188, suplemento 2, septiembre 2012, pp. S78-S86. Disponible en: <<http://bit.ly/12lqxIm>> [consulta: 30 de octubre de 2012].
- ²¹ Observatorio de Mortalidad Materna en México... *op. cit.* (ver *supra*, nota 18).
- ²² Observatorio de Mortalidad Materna en México... *op. cit.* (ver *supra*, nota 14).
- ²³ Observatorio de Mortalidad Materna en México, *Situación actual*. Disponible en <<http://bit.ly/WYb3o0>> [consulta: 30 de octubre de 2012].
- ²⁴ Ver cifras proporcionadas en el apartado 2.2 "Situación en México" del capítulo Anticoncepción de este Informe.
- ²⁵ CIDH, *Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos*, Washington, 2010, párrafo 15, [OEA/Ser.L/V/II. Doc. 69, 7 de junio de 2010]. Disponible en <<http://bit.ly/WXZD3I>> [consulta: 14 de enero de 2013].
- ²⁶ Schiavon, R., Erika Troncoso y Gerardo Polo, "Analysis of maternal and abortion-related mortality in Mexico over the last two decades, 1990-2008"... *op. cit.* (ver *supra*, nota 15).
- ²⁷ Observatorio de Mortalidad Materna en México, *Numeralia 2009 y Numeralia 2010*. Disponible en <<http://bit.ly/Vgdwxm>> [consulta: 30 de octubre de 2012]. Observatorio de Mortalidad Materna en México... *op. cit.* (ver *supra*, nota 14).
- ²⁸ Observatorio de Mortalidad Materna en México... *op. cit.* (ver *supra*, nota 18).
- ²⁹ *Idem*.
- ³⁰ Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología, *Informe semanal de vigilancia epidemiológica: defunciones maternas: semana epidemiológica 52, información actualizada al 28 de diciembre de 2011*. Disponible en <<http://bit.ly/J8r073>> [consulta: 30 de octubre de 2012].
- ³¹ Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología, *Informe semanal de vigilancia epidemiológica: defunciones maternas: informe epidemiológico hasta la semana 52, [diciembre 2012]*. Disponible en <<http://bit.ly/122ZBPS>> [consulta: 28 de enero de 2013].
- ³² *Ley General de Salud*, artículo 1.
- ³³ *Ibid.*, artículo 3, fracción IV.
- ³⁴ *Ibid.*, artículo 27, fracción IV.
- ³⁵ *Ibid.*, artículo 61.
- ³⁶ *Ibid.*, artículo 61, fracción I.
- ³⁷ *Ibid.*, artículo 61 bis.
- ³⁸ *Ibid.*, artículo 6.
- ³⁹ *Ibid.*, artículo 64 bis.
- ⁴⁰ *Ibid.*, artículo 65.
- ⁴¹ *Ibid.*, artículo 62.
- ⁴² *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicio de Atención Médica*, artículo 99.
- ⁴³ *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido*, disposición 5.1.

⁴⁴ *Ibid.*, disposición 5.11.1 y 5.11.2.

⁴⁵ Secretaría de Salud, *Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS)*. Disponible en <<http://bit.ly/dB-Hezo>> [consulta: 30 de octubre de 2012].

⁴⁶ Caso Alyné vs. Brasil en el que el Comité CEDAW encontró que el Estado había discriminado en el acceso a servicios de urgencia obstétrica en el caso de una muerte prevenible de mujer afrodescendiente embarazada. Ver Comité CEDAW, *Caso Alyné da Silva Pimentel vs. Brasil. Comunicación N° 17/2008*, 49° período de sesiones, (2011) [CEDAW/C/49/D/17/2008]. Disponible en <<http://bit.ly/WGXrOd>> [consulta: 14 de enero de 2013].

⁴⁷ Comité CEDAW, *Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: México*, 52° período de sesiones (2012), párrafo 31, [CEDAW/C/MEX/CO/7-8]. Disponible en <<http://bit.ly/PgVxWq>> [consulta: 30 de octubre de 2012].

⁴⁸ *Ley General de Salud*, artículo 62.

⁴⁹ *NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.*

⁵⁰ *Ibid.*, disposición 5.1.9.

⁵¹ *Ibid.*, disposición 5.1.10.

⁵² Secretaría de Salud, “Acuerdo número 127 por el que se crea el Comité Nacional para el Estudio de la Mortalidad Materna y Perinatal” en *Diario Oficial de la Federación*, México, 2 de agosto de 1995. Disponible en <<http://bit.ly/XK6sGz>> [consulta: 22 de octubre de 2012].

⁵³ Preámbulo y artículo 1. Ver Secretaría de Salud, “Acuerdo número 127 por el que se crea el Comité Nacional para el Estudio de la Mortalidad Materna y Perinatal” en *Diario Oficial de la Federación*, México, 2 de agosto de 1995. Disponible en <<http://bit.ly/XK6sGz>> [consulta: 22 de octubre de 2012].

⁵⁴ Secretaría de Salud, “Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida” en *Diario Oficial de la Federación*, México, 30 de octubre de 2011. Disponible en <<http://bit.ly/W47YVk>> [consulta: 18 de octubre de 2012].

⁵⁵ Secretaría de Salud, *Programa de Acción: “Arranque Parejo en la Vida”*, México, 2002. Disponible en <<http://bit.ly/W48IeU>> [consulta: 22 de octubre de 2012].

⁵⁶ Comité Promotor por una Maternidad Segura en México. *Sitio web*. Disponible en <<http://bit.ly/113wlbE>> [consulta: 20 de enero de 2013].

⁵⁷ *Ley General de Salud*, artículo 51 bis 3.

⁵⁸ *Ibid.*, artículo 54.

⁵⁹ Gobierno Federal, Secretaría de Salud, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 0001200254712. Disponible en <<http://bit.ly/14oCez2>> [consulta: 20 de enero de 2013].

⁶⁰ *Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos*, artículo 7.

⁶¹ *Ibid.*, artículo 8, fracción I.

⁶² *Ibid.*, artículo 8, fracción III y IV.

⁶³ *Ibid.*, artículo 13.

⁶⁴ *Ibid.*, artículo 4.

⁶⁵ *Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado*, artículo 1.

⁶⁶ *Idem.*

⁶⁷ Aguascalientes, Procuraduría General de Justicia, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 17986, Folio 17986 Anexo 1. Disponible en <<http://bit.ly/WpAjoh>> y <<http://bit.ly/10Er7OI>> [consulta: 20

de enero de 2013]. Querétaro, Procuraduría General de Justicia, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 51212. Disponible en <<http://bit.ly/XDeIZm>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Oaxaca, Procuraduría General de Justicia, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Particular*, Folio 9059. Disponible en <<http://bit.ly/YqAntU>> [consulta: 20 de enero de 2013].

⁶⁸ Colima, Procuraduría General de Justicia, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 47712. Disponible en <<http://bit.ly/TxckYT>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Guerrero, Procuraduría General de Justicia, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 00109212. Disponible en <<http://bit.ly/W7niSM>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Morelos, Procuraduría General de Justicia, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 00219812. Disponible en <<http://bit.ly/W7nIss>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Quintana Roo, Procuraduría General de Justicia, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Particular*, Folio 00187812. Disponible en <<http://bit.ly/14drRi8>> [consulta: 20 de enero de 2013].

⁶⁹ Baja California, Procuraduría General de Justicia, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Particular*, Folio 120931. Disponible en <<http://bit.ly/14i6PhJ>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Coahuila, Procuraduría General de Justicia, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 00366812. Disponible en <<http://bit.ly/W4zR2n>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Durango, Procuraduría General de Justicia, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 00107112. Disponible en <<http://bit.ly/VyIm4y>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Puebla, Procuraduría General de Justicia, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 00302512. Disponible en <<http://bit.ly/WYNRpX>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Tabasco, Procuraduría General de Justicia, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 03785612. Disponible en <<http://bit.ly/WzZeq3>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Tamaulipas, Procuraduría General de Justicia, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Particular*, Folio con fecha 01/10/12. Disponible en <<http://bit.ly/Y3QGZB>> [consulta: 20 de enero de 2013].

⁷⁰ Campeche, Procuraduría General de Justicia, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 0100084212. Disponible en <<http://bit.ly/VnbEpt>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Chiapas, Procuraduría General de Justicia, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 5880. Disponible en <<http://bit.ly/V4ifBw>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Chihuahua, Fiscalía General del Estado, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 059952012. Disponible en <<http://bit.ly/Wr3nMe>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Distrito Federal, Procuraduría General de Justicia, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 0113000154812. Disponible en <<http://bit.ly/UqfhZ7>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Guanajuato, Procuraduría General de Justicia, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Particular*, Folio 12891. Disponible en <<http://bit.ly/SMxTD3>> [consulta: 20 de enero de 2013]. México, Procuraduría General de Justicia, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Particular*, Folio 00242. Disponible en <<http://bit.ly/VysZYV>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Morelos, Procuraduría General de Justicia, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 00219812. Disponible en <<http://bit.ly/W7nIss>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Nuevo León, Procuraduría General de Justicia, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 00119712. Disponible en <<http://bit.ly/Uqftra>> [consulta: 20 de enero de 2013]. San Luis Potosí, Procuraduría General de Justicia, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 3470212. Disponible en <<http://bit.ly/WVxjRf>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Sonora, Procuraduría General de Justicia, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 00408812. Disponible en <<http://bit.ly/Y3SrWF>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Veracruz, Procuraduría General de Justicia, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 00361812. Disponible en <<http://bit.ly/10WstKg>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Yucatán, Procuraduría General de Justicia, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Particular*, Folio 9190. Disponible en <<http://bit.ly/WA1hdZ>> [consulta: 20 de enero de 2013].

⁷¹ Comisión Nacional de los Derechos Humanos, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Particular*, Folio 00031712. Disponible en <<http://bit.ly/WYPap9>> [consulta: 20 de enero de 2013].

⁷² Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 3200000054212. Disponible en <<http://bit.ly/14dEA4w>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 00183812. Disponible en <<http://bit.ly/W4Gemj>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Michoacán, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Particular*, Folio ST/044/2012. Disponible en <<http://bit.ly/10WuJkG>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Comisión Estatal de Derechos Humanos de San Luis Potosí, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Particular*, Folio 10/2012. Disponible en <<http://bit.ly/YsyQUe>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Comisión de Derechos Humanos del Estado de Yucatán, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Particular*, Folio 22712. Disponible en <<http://bit.ly/XFKSIB>> [consulta: 20 de enero de 2013].

⁷³ Comisión Estatal de Derechos Humanos de Aguascalientes, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Particular*, Folio 17931. Disponible en <<http://bit.ly/Wlypbs>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Comisión Estatal de Derechos Humanos de Chihuahua, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 059942012. Disponible en <<http://bit.ly/Tyolgx>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Comisión de Derechos

Humanos del Estado de Coahuila, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 00319512. Disponible en <<http://bit.ly/WZ7DSl>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Procuraduría de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 00289012. Disponible en <<http://bit.ly/WZ7K0m>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Particular*, Folio 00112 y Folio 00112 Anexo 1. Disponible en <<http://bit.ly/14egy9v>> y <<http://bit.ly/W50wMs>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Comisión de Derechos Humanos del Estado de Morelos, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 00207112. Disponible en <<http://bit.ly/VcsuC3>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Comisión Estatal de Derechos Humanos de Nuevo León, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Particular*, Folio con fecha 19/09/12. Disponible en <<http://bit.ly/SNthwm>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Comisión de Derechos Humanos del Estado de Puebla, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 00302412. Disponible en <<http://bit.ly/Vz6OSs>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Tabasco, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 03723712. Disponible en <<http://bit.ly/XFKBRe>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Comisión Estatal de Derechos Humanos de Tlaxcala, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 00100512. Disponible en <<http://bit.ly/VcsQsg>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Comisión Estatal de Derechos Humanos de Veracruz, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 00361712. Disponible en <<http://bit.ly/WWorLg>> [consulta: 20 de enero de 2013]. Comisión de Derechos Humanos del Estado de Zacatecas, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 00177412. Disponible en <<http://bit.ly/XFKV2i>> [consulta: 20 de enero de 2013].

⁷⁴ Se cambió el nombre de la mujer con la finalidad de proteger su identidad.

⁷⁵ Oficio No. 3190051100/Q1323 de fecha 24 de octubre de 2011, emitido por la Coordinación Técnica de Quejas de la Coordinación de Atención y Orientación al Derechohabiente, Delegación Regional Veracruz Norte, del Instituto Mexicano del Seguro Social.