



Comité Promotor
por una
Maternidad Segura
en México



CATEDRA UNESCO

Mesa 1: La CEDAW hacia 2016: Avances y
obstáculos de las observaciones y recomendaciones
del Comité CEDAW a México 2012:
Embarazo Adolescente y Salud Materna

Mtra. Silvia María Loggia
Asistente Técnica del CPMSM
Guadalajara, Jalisco
12 de junio de 2015

Recomendaciones de la CEDAW

a) Garantice el acceso universal a servicios de atención de salud y a información y educación sobre salud y derechos sexuales y reproductivos, en particular para las adolescentes, a fin de prevenir los embarazos no deseados y de adolescentes;

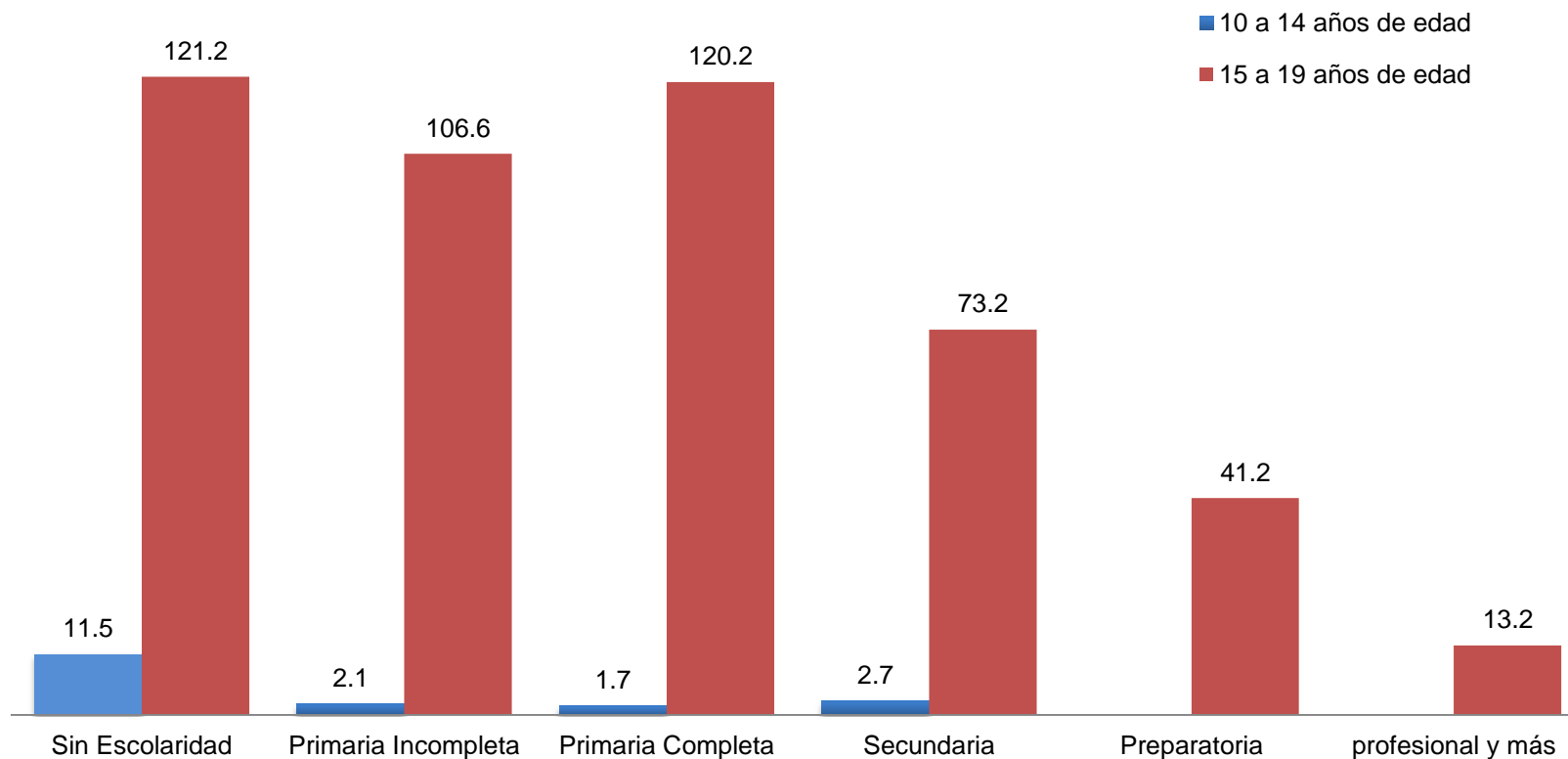
b) Continúe con la campaña de concienciación Un condón es más confiable que el destino, y la amplíe;

c) Bajo la orientación del Observatorio de Mortalidad Materna, 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 acceso a servicios de salud prenatal, posnatal y obstétricos de calidad y al establecimiento de mecanismos de vigilancia y asignación de responsabilidad.

39. El Comité también destaca que para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio la aplicación plena y eficaz de la Convención es indispensable. Exhorta a que se incorpore una perspectiva de género y a que las disposiciones de la Convención se reflejen expresamente en todas las actividades orientadas a lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y pide al Estado parte que incluya información al respecto en su próximo informe periódico.

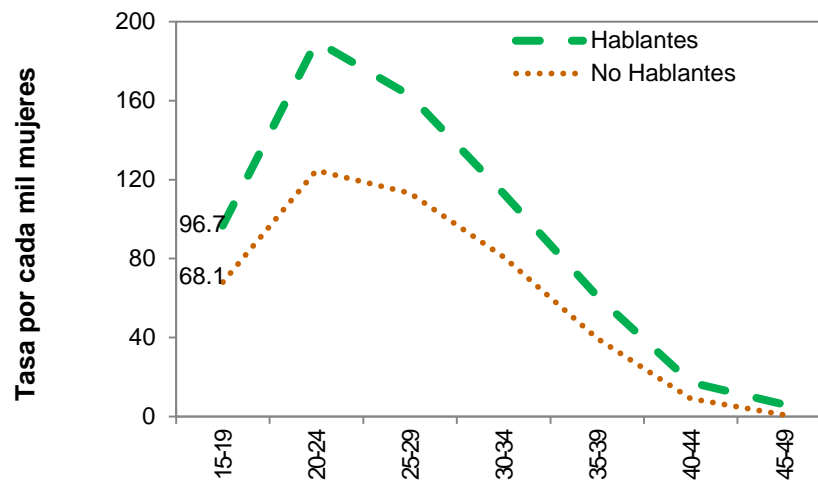
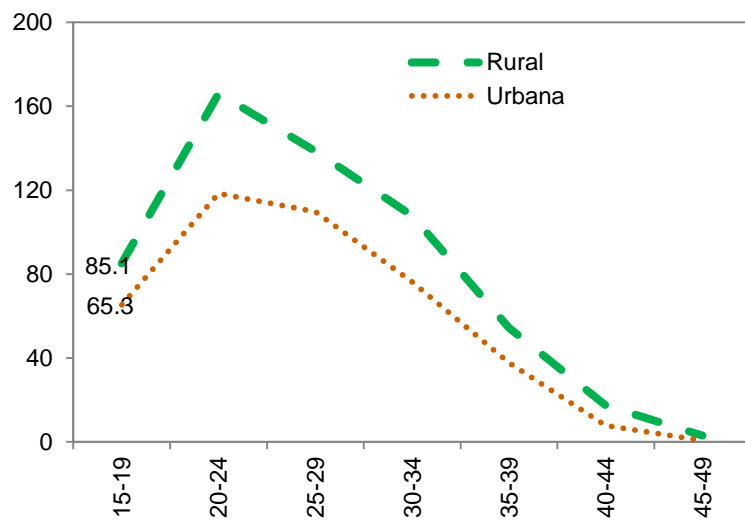
Situación del embarazo adolescente

Tasa específica de fecundidad según nivel de escolaridad, por grupo de edad México 2010



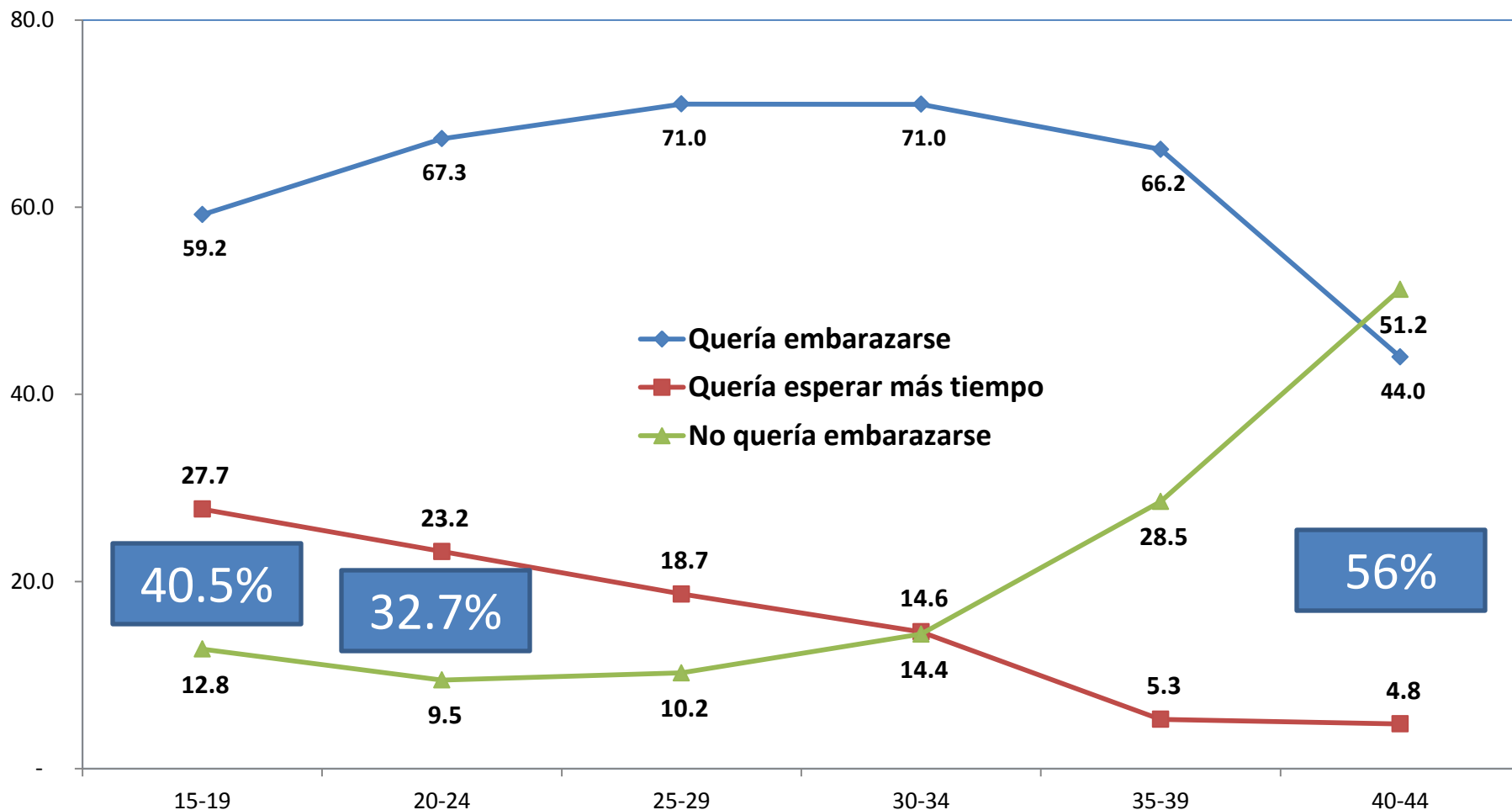
Tasa por cada mil mujeres en el grupo de edad

Tasa de fecundidad por edad, según tamaño de la localidad de residencia y condición de habla de lengua indígena México 2010



Fuente: Estimaciones de CONAPO con base en la ENADID 2009.

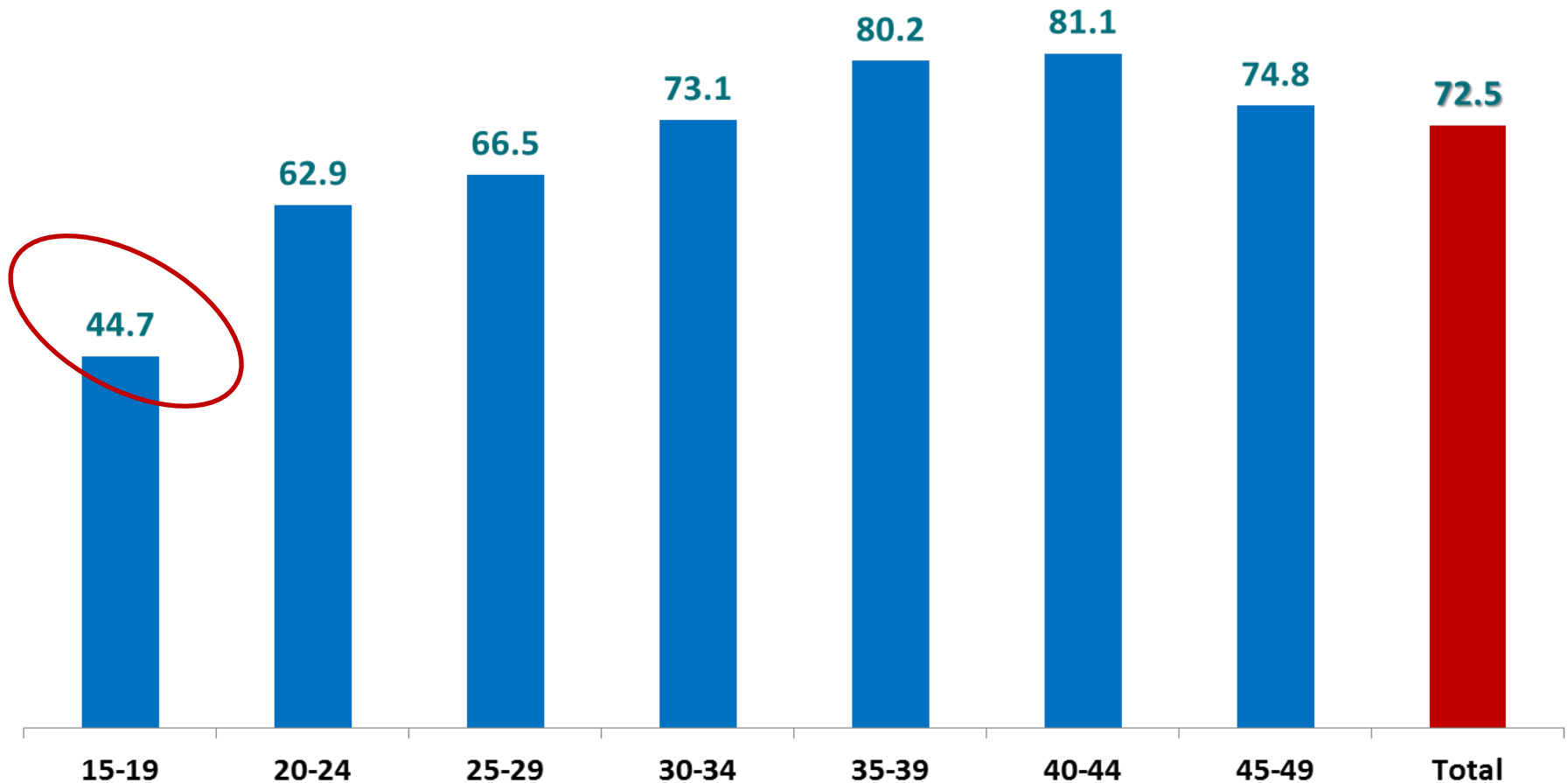
Planeación de Embarazo por grupo de edad, ENADID 2009



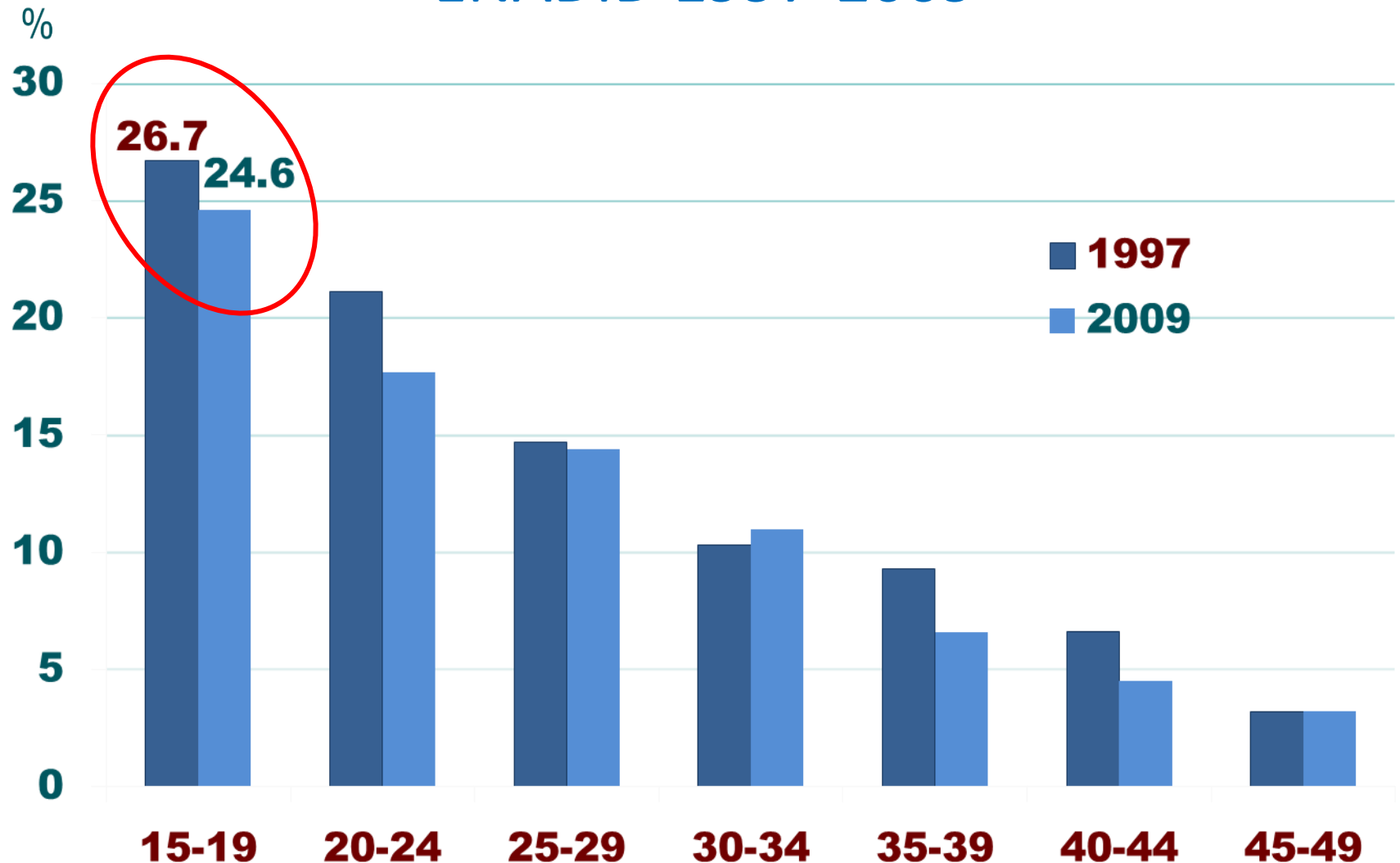
*/ Distribución porcentual por edad; la suma debe ser 100%, excluye no especificados.

Fuente: INEGI, ENADID 2009

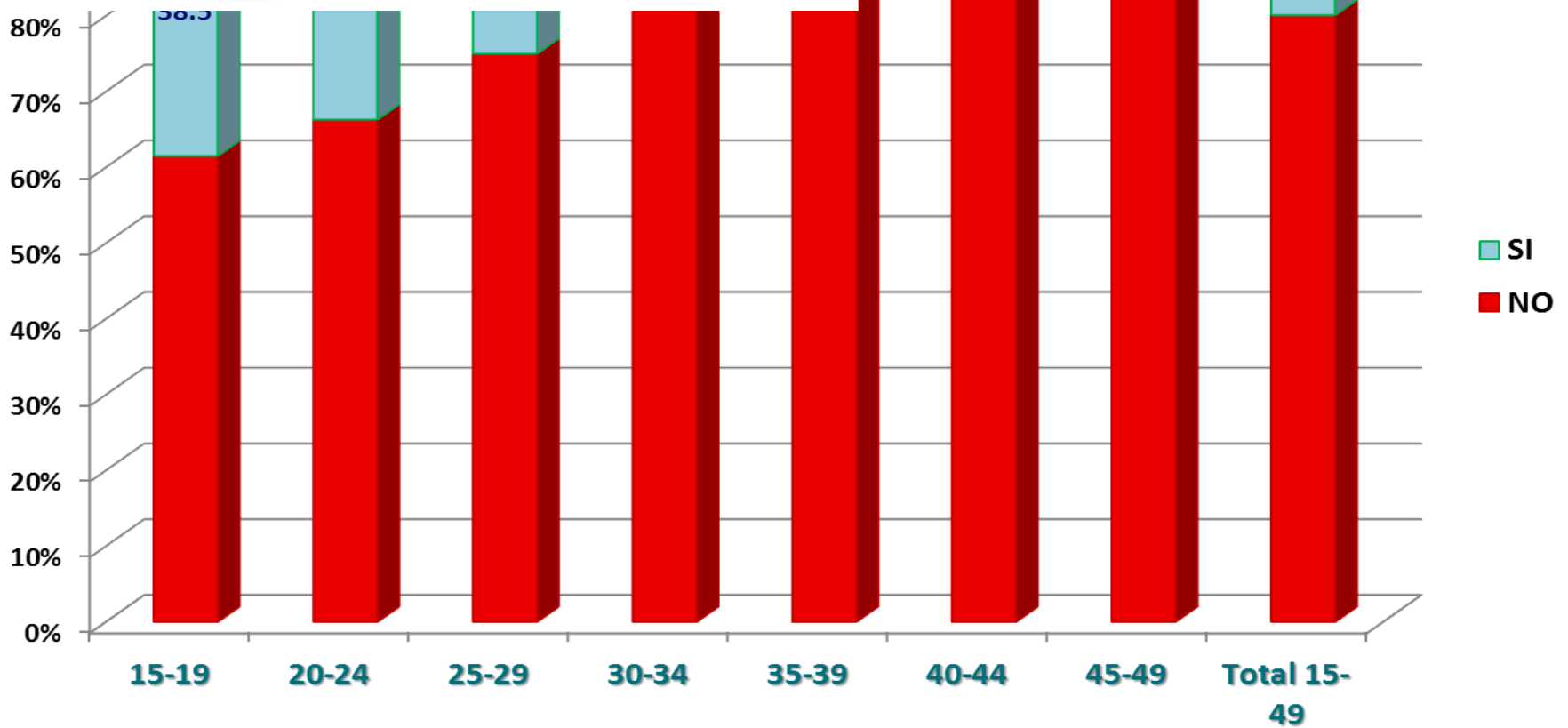
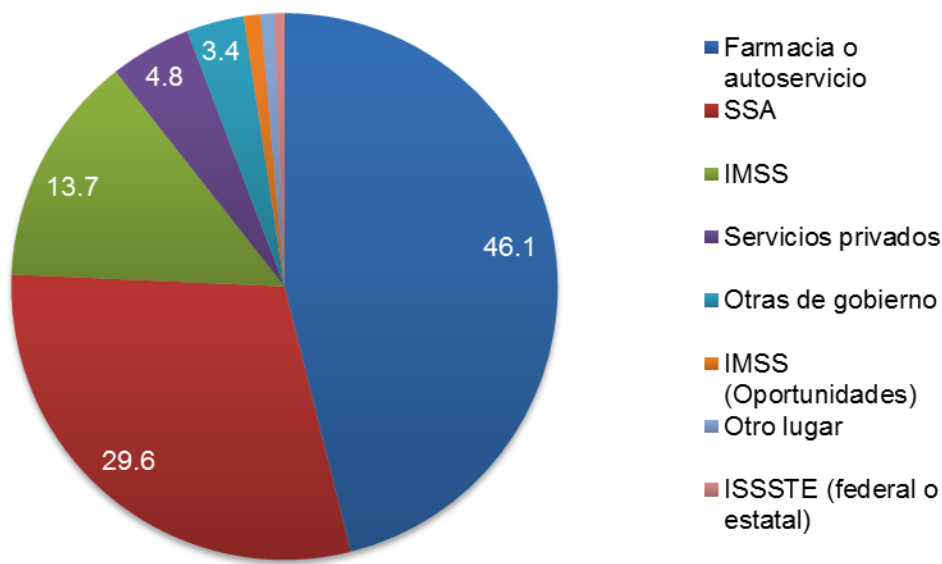
Prevalencia Anticonceptiva por grupo de edad (MEFUs), ENADID 2009



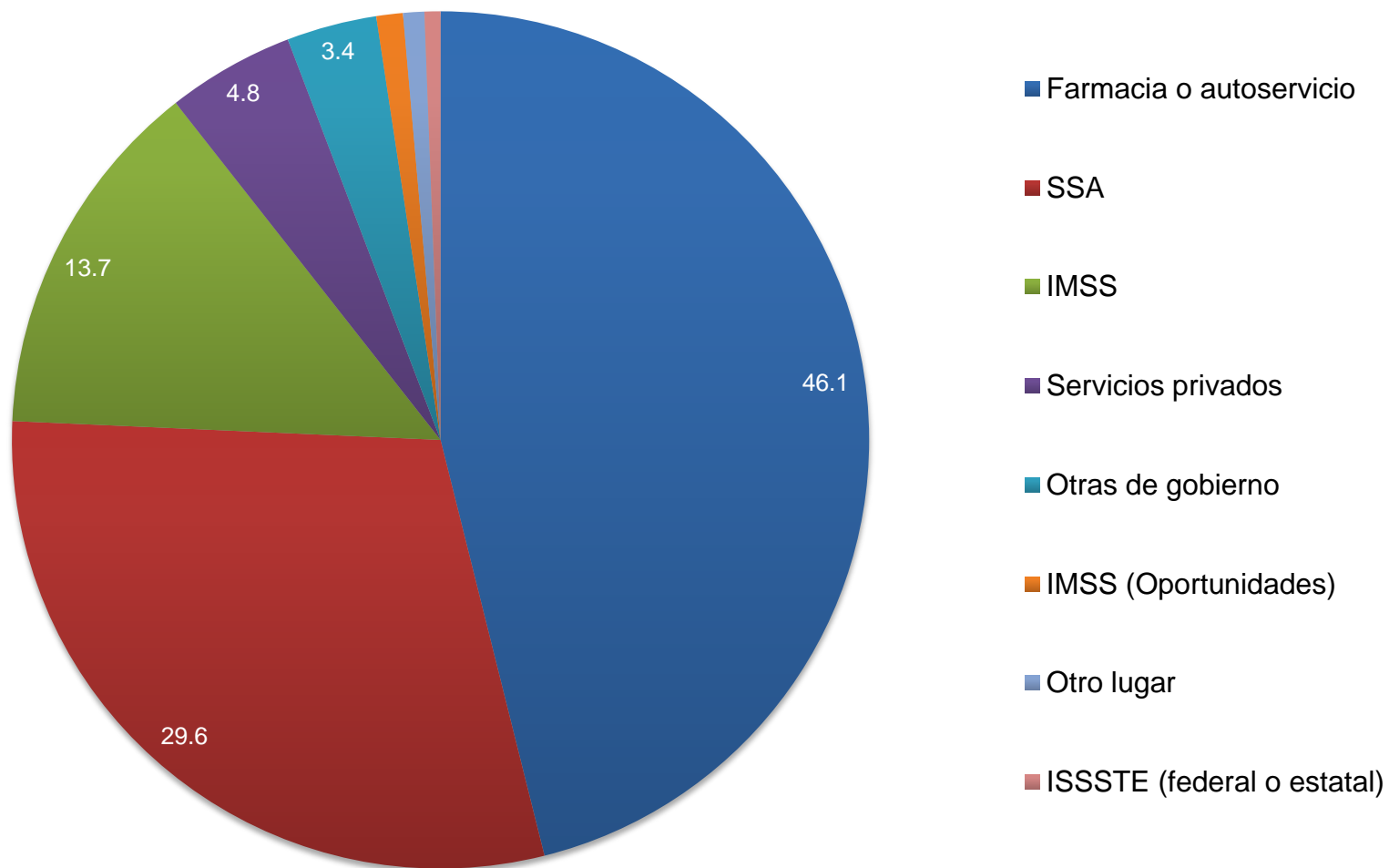
Demanda insatisfecha de AC por grupo de edad, ENADID 1997-2009



Primera rel. sex. ENADID 2009



Lugares donde obtienen anticonceptivos las usuarias de 15-19 años de edad, México 2009



Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009.

Uso de AC en mujeres adolescentes

ENSANUT 2012

	2006	2012
<u>Condón en última rel. sex:</u>	32%	48%
Reg. Norte:	31%	47%
Reg. Centro:	36%	49%
Reg. Sur:	22%	44%
DF:	36%	56%
<u>Uso de algún AC</u>		63%
Localidades rurales		53%
Localidades urbanas		64%
Localidades metropolitanas		66%

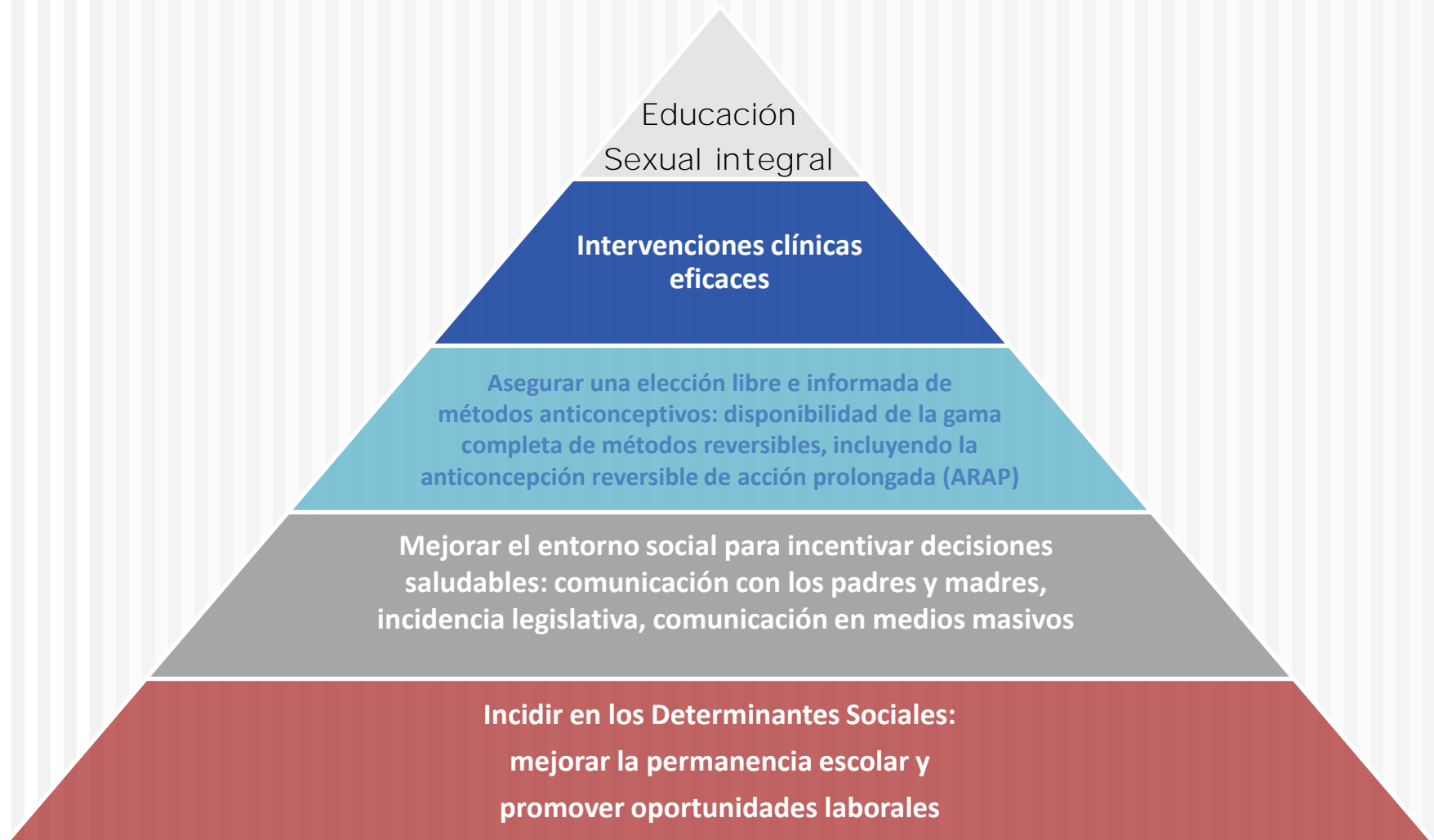
CONSIDERACIONES

- Persiste una elevada fecundidad adolescente
- LA cobertura AC es baja y la necesidad insatisfecha persiste elevada
- Se confirman determinante sociales clásicos: bajo nivel de educación, ruralidad, marginación, etnicidad.
- Emergen otras variables atípicas: unión/matrimonio temprano
- Baja cobertura de AC de alta efectividad y larga duración

Marco conceptual

ENAPEA

Estrategia Nacional para la prevención del Embarazo Adolescente



Situación de la salud materna

Mortalidad Materna y por Aborto México 19-2012

28,961
muertes
maternas



3,595 fueron en
adolescentes de
15-19 años
162 en niñas de
10-14 años

2,109 por causas
relacionadas con
el aborto = 7.3%



270 en
adolescentes de
15-19 años
11 en niñas de
10-14 años

El panorama

La **mortalidad materna** es una grave violación a los derechos humanos de las mujeres.

843 muertes maternas en 2014.

Casi nueve de cada diez mujeres fallecidas contaron con asistencia médica

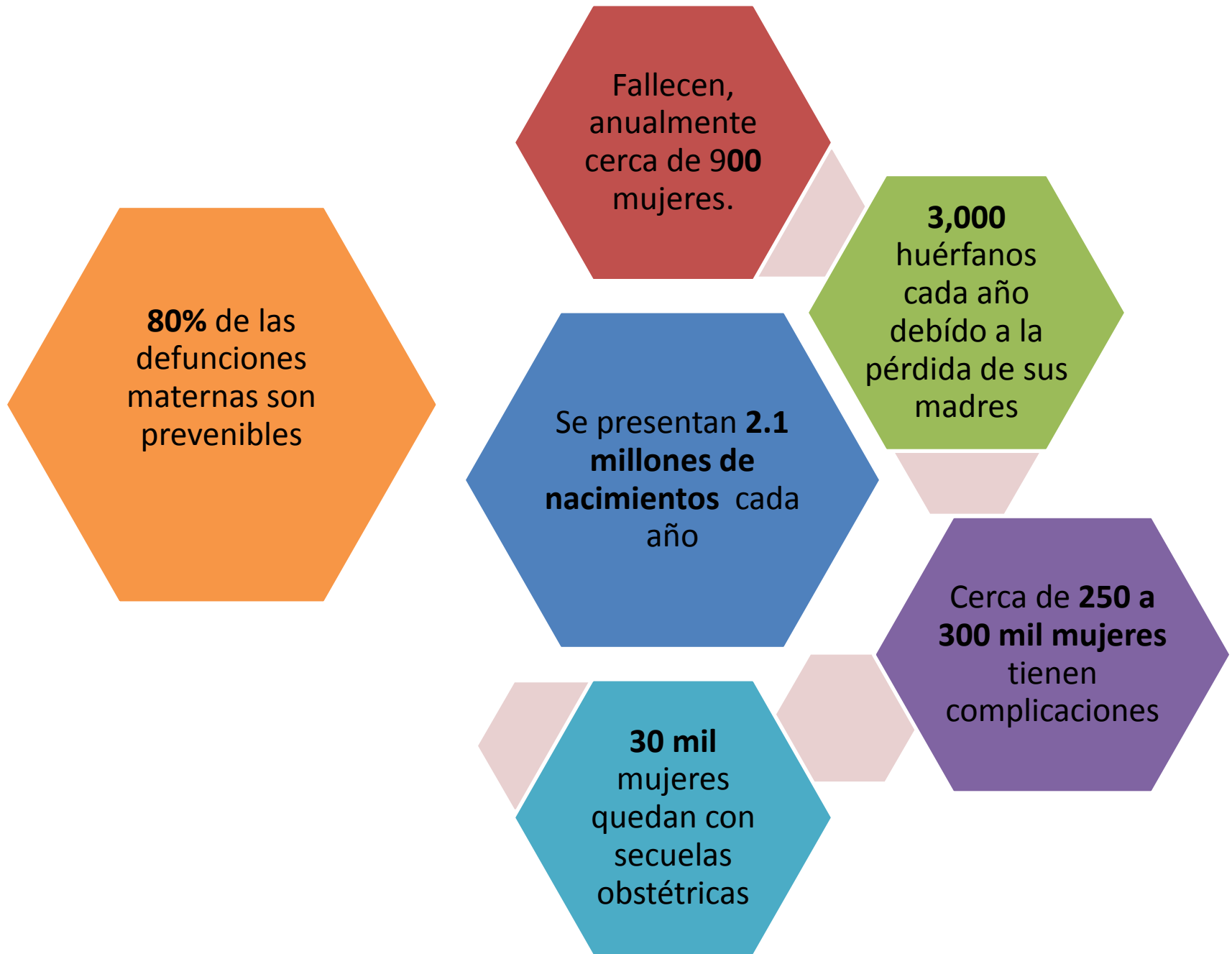
La **morbilidad asociada a la gestación** es una problemática de dimensiones mayores que afecta la salud y la vida futura de quienes la enfrentan.

La **calidad de la atención obstétrica** actualmente ofrecida por el sistema de salud no es la más adecuada.

Son numerosas las quejas de usuarias ante organismos de DH, Conamed y medios de comunicación.

Hay un incremento sustancial en **uso de las cesáreas (45.1%)*** que ubica a México como el segundo país de América Latina junto con Brasil que más las realiza.

Hay un aumento sostenido durante los últimos 12 años pasando de 30% en 2000 a 45.1% en 2012**

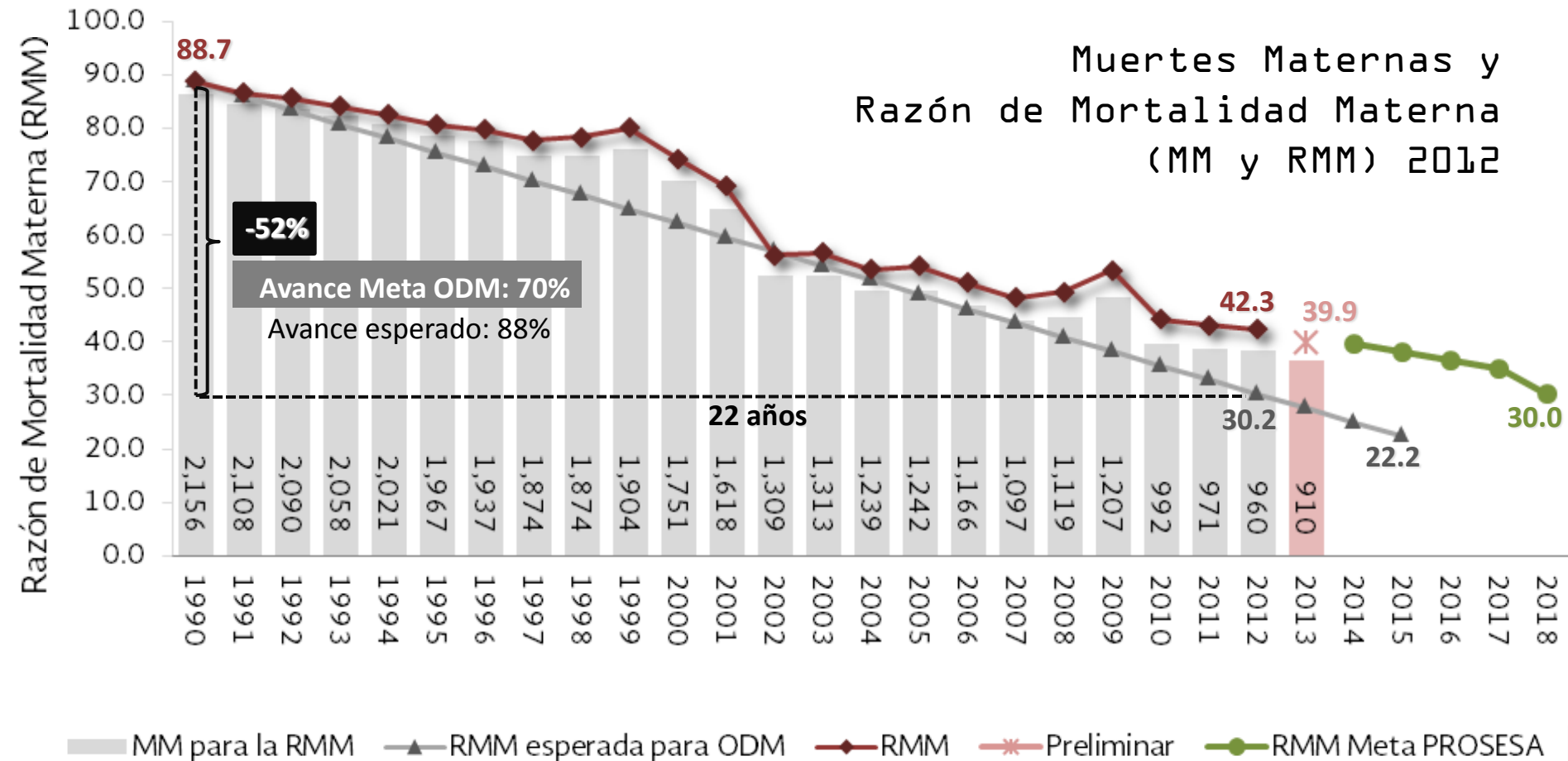


Fuente: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2013

Situación actual

Hemos mejorado

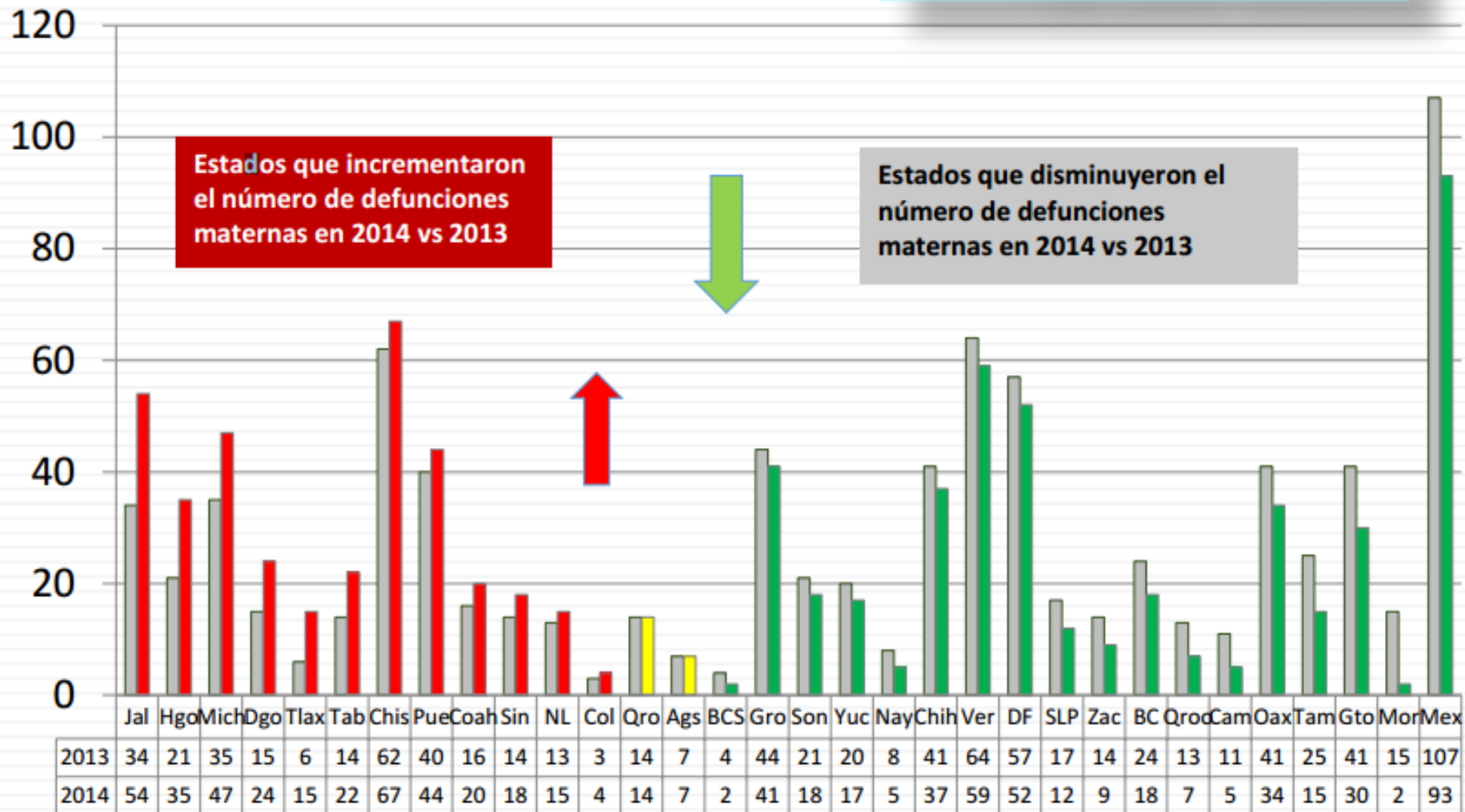
... pero hay que acelerar su reducción



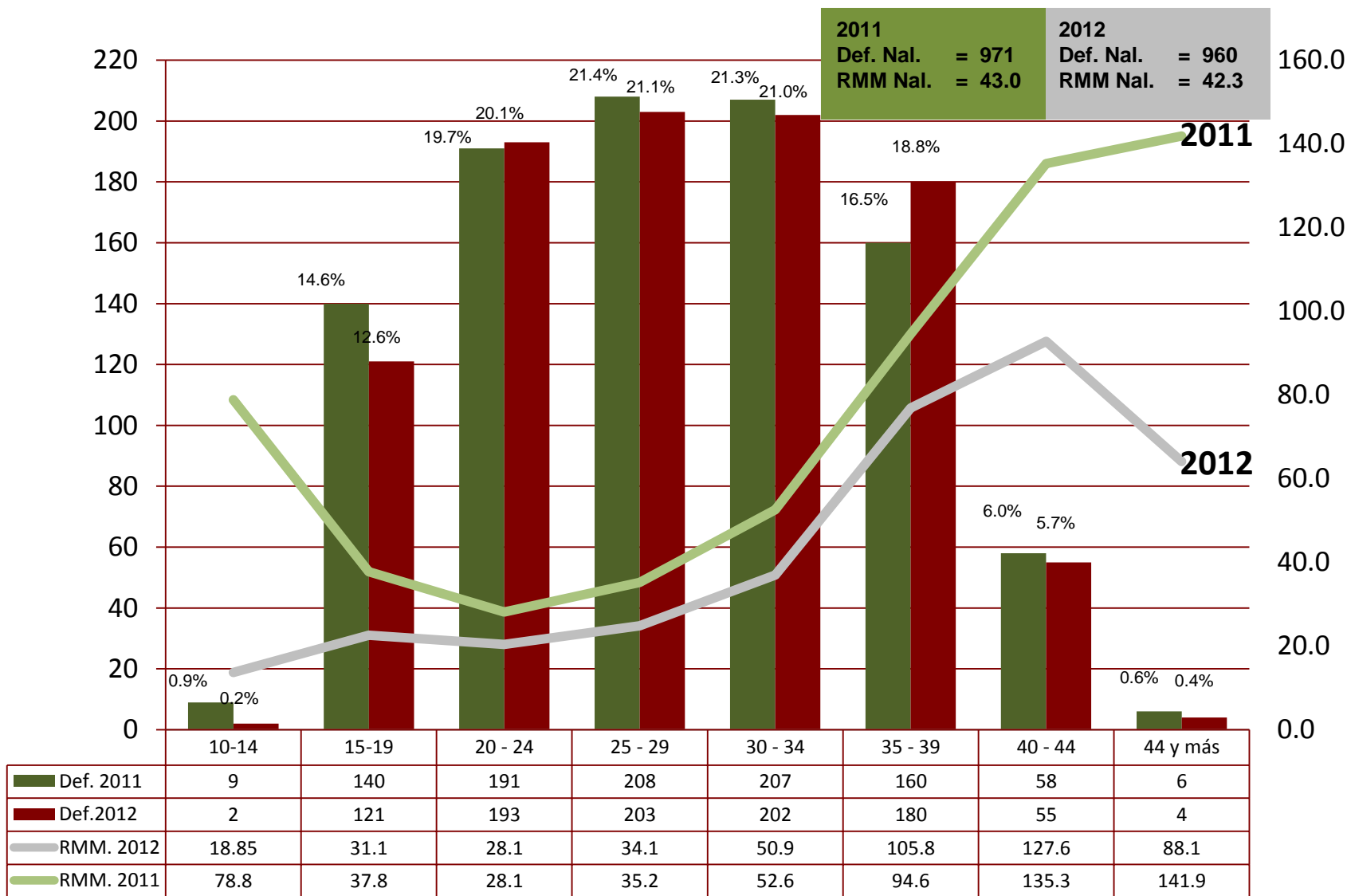
Estados que aumentaron o disminuyeron su número de defunciones maternas

Defunciones Maternas Preliminar por Residencia *2013 vs **2014.
Estados Unidos Mexicanos

*2013 = 861 Defunciones
**2014 preliminar = 843 Defunciones

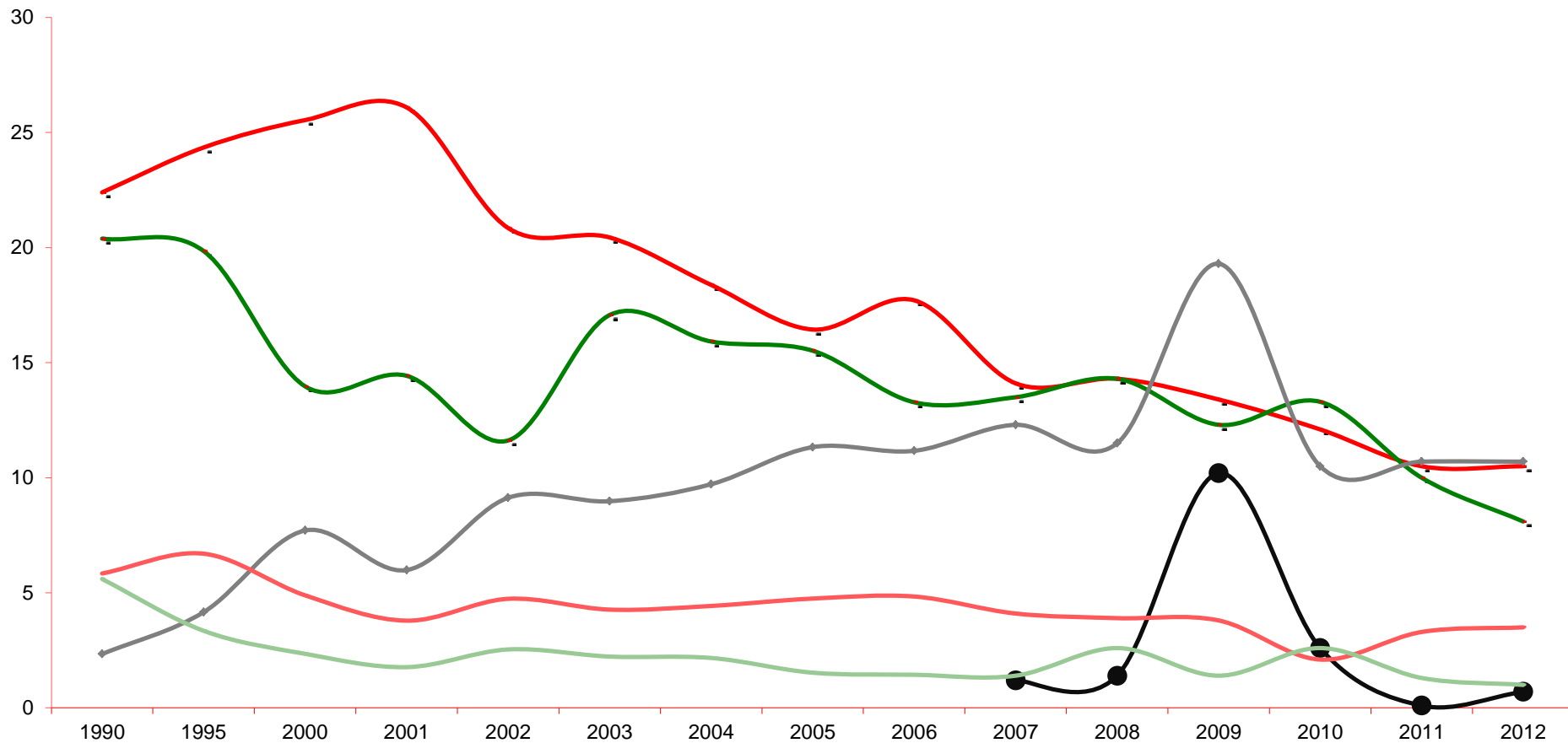


Razón de Muerte Materna y casos por grupo etáreo Estados Unidos Mexicanos 2011-2012



Razón de Muerte Materna según causas

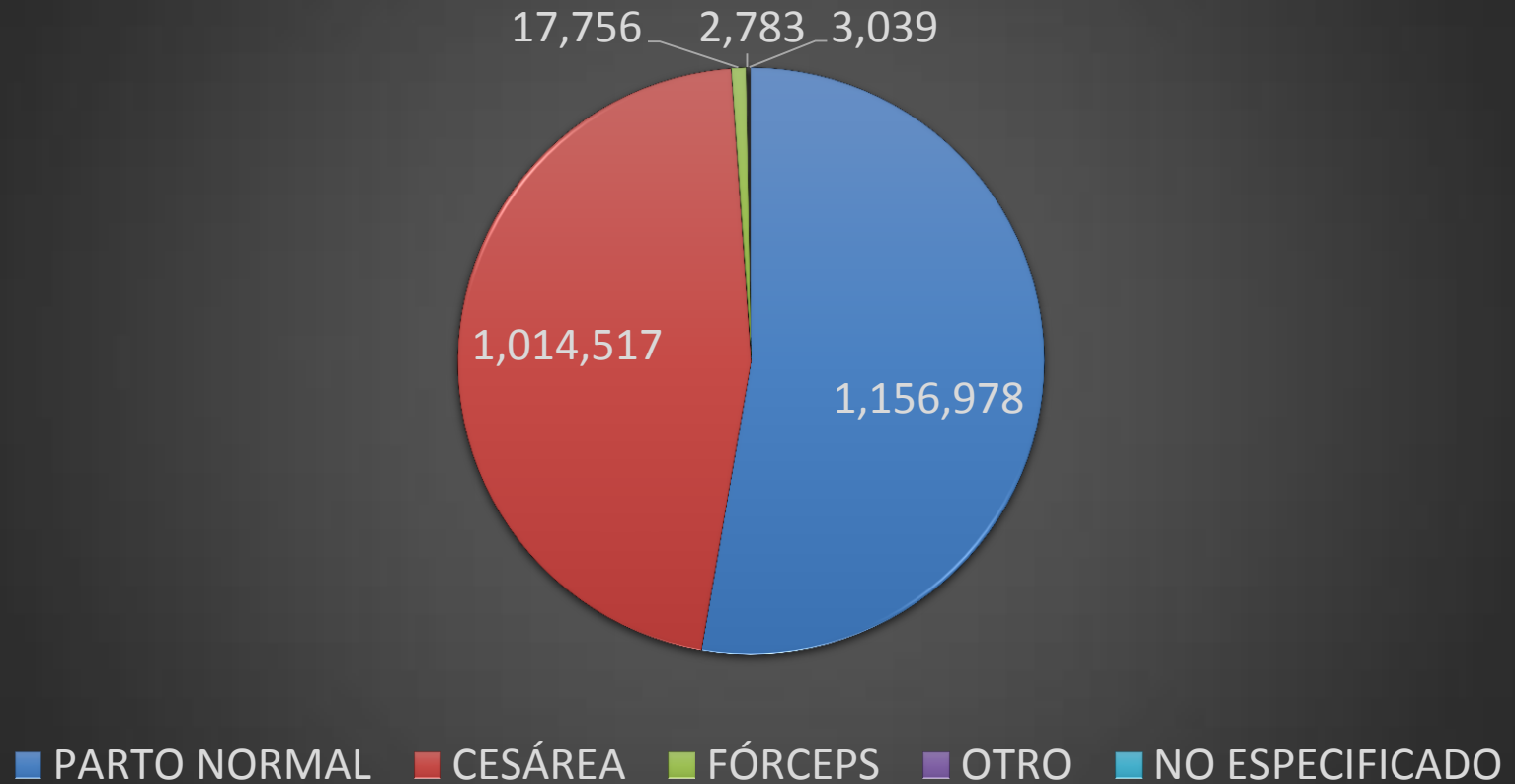
1990, 1995, 2000 a 2012



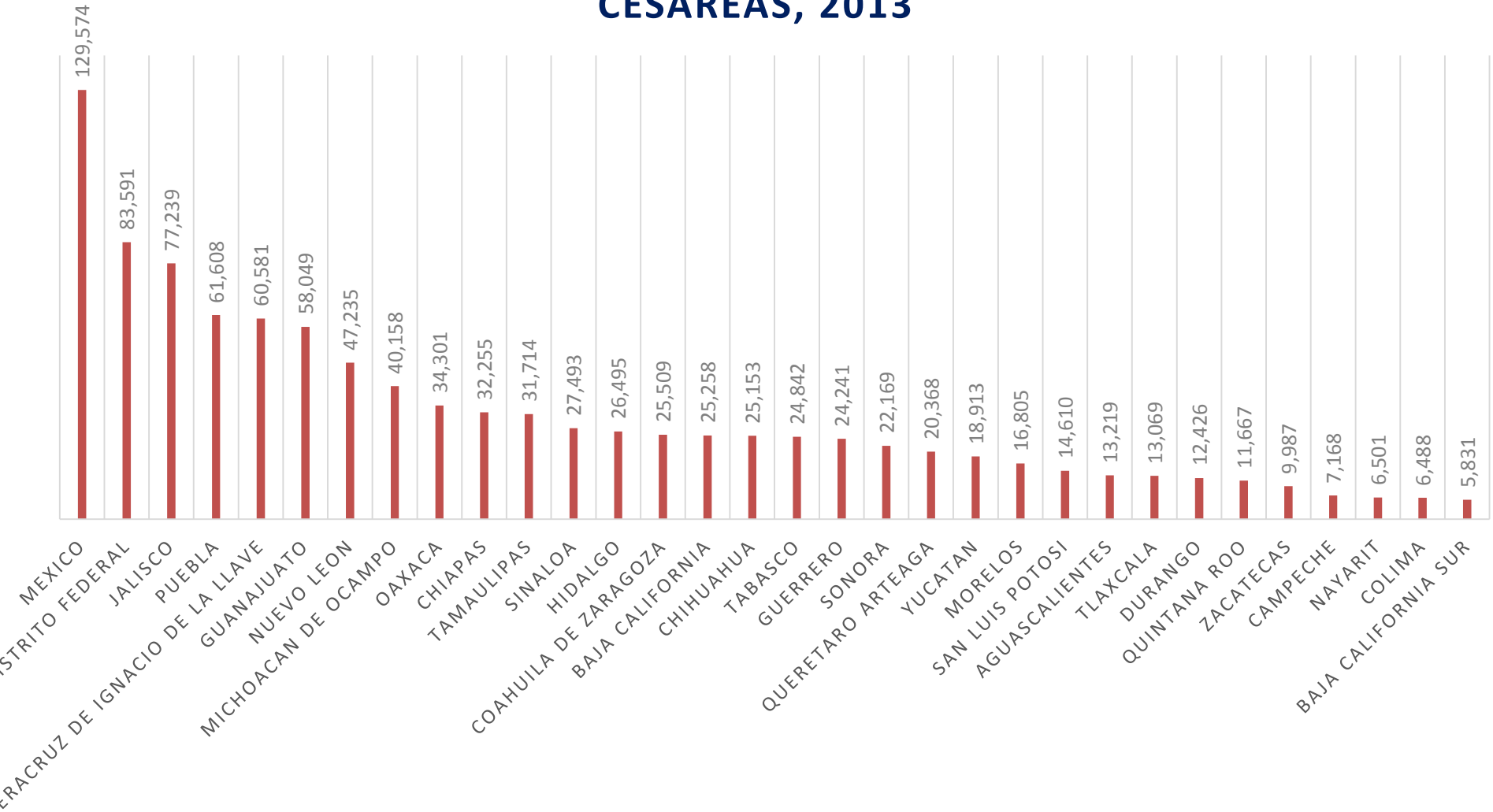
En 2013 hubo en México 2.195.073 nacimientos.

El 46.2% fueron por cesárea.

Tipo de partos 2013. Total Nacional



ENTIDADES FEDERATIVAS CON MAYOR NÚMERO DE CESÁREAS, 2013





Asamblea General

Distr. general
2 de julio de 2012
Español
Original: inglés

Consejo de Derechos Humanos

21º período de sesiones

Temas 2 y 3 de la agenda

**Informe anual del Alto Comisionado de las Naciones Unidas
para los Derechos Humanos e informes de la Oficina
del Alto Comisionado y del Secretario General**

**Promoción y protección de todos los derechos humanos,
cíviles, políticos, económicos, sociales y culturales,
incluido el derecho al desarrollo**

**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**

**Informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas
para los Derechos Humanos**

GUÍA PARA LA APLICACIÓN DEL ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS A LA SALUD MATERNA



Comité Promotor
por una
Maternidad Segura
en México



Instituto de Maternidad y
Neonatalogía



México



En México:

La Constitución Política establece en su Artículo 1.

...todas las personas gozaran de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los Tratados Internacionales de los que el Estado mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta constitución establece.

(Reformado mediante decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 10 de junio de 2011).

Las normas relativas a los derechos humanos se interpretaran de conformidad con la constitución y con los tratados internacionales, favoreciendo a las personas a la **protección más amplia.**

Todas las autoridades en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de **promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos.**

El Estado deberá **prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones** a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.

RESPONSABILIDAD DEL ESTADO

Respetar



No puede violar derechos ni retroceder en sus conquistas

Proteger



Protección frente a la violación por actores externos / privados

Realizar



Implica medidas administrativas y de presupuesto

El derecho a la salud incluye



La igualdad y la no discriminación
La libertad de tomar decisiones sobre la propia salud

Las obligaciones del gobierno de respetar, proteger y cumplir el derecho a la salud;
El derecho a un sistema de protección de la salud;

Participación
Vigilancia y monitoreo;
Garantías de no repetición, reparación del daño, indemnizaciones.



Los principios para contribuir a la eficacia y sostenibilidad de las intervenciones



- La garantía de la igualdad y la no discriminación en la prestación de los servicios y la información en todos los mecanismos y las decisiones relacionadas con la prestación de la atención.
- La habilitación de la participación efectiva de las personas en las decisiones que afectan su sexual y la salud reproductiva.

- Instalaciones de salud accesibles, aceptables y disponibles.
- Personal, bienes y servicios que son apropiados y de buena calidad.

- Mecanismos de transparencia y rendición de cuentas que incluyen medios para acciones correctivas .

Violaciones mas frecuentes a los
derechos humanos de las mujeres
durante el embarazo, parto y
puerperio

1

La muerte materna viola el derecho a la vida de las mujeres

- Son muertes innecesarias. Son muertes que no debieran haber ocurrido si las personas fallecidas hubiesen tenido acceso de manera oportuna e irrestricta a intervenciones clínicas de calidad. En México hasta 84% de las MM son prevenibles o evitables.

2

Vulnera el derecho a la salud de las mujeres

- Se trata no sólo de tener acceso a servicios de salud, sino tener acceso a servicios obstétricos de calidad, de manera oportuna y con capacidad resolutive en casos de emergencias. En México, más del 80% de las MM en 2010 ocurrió en establecimientos de salud públicos o privados y más del 90% de las mujeres que fallecieron recibió atención médica antes de morir (OMM 2012).

3

Vulnera el derecho a la no discriminación, al principio de la universalidad y equidad en el acceso a servicios de salud oportunos y de calidad.

- Afecta de manera desproporcionada a las mujeres en situación de pobreza, minorías étnicas. El riesgo de fallecer de éstas es de más del doble respecto al nivel nacional. Las mujeres enfrentan discriminación mediante faltas de respeto, maltrato, abusos, desprecio hacia sus lenguas, un trato discriminatorio; un manejo deshumanizado del parto hospitalario y/o situaciones de negligencia o incompetencia en la atención médica recibida.

4

Vulnera múltiples derechos reproductivos: decidir el número e intervalo de hijas/os; a servicios de salud reproductiva y a la información en salud reproductiva.

- Las mujeres no tuvieron pleno acceso a información adecuada y oportuna sobre anticoncepción; por no haber tenido acceso a métodos conceptivos y a servicios de interrupción del embarazo seguros y legales, y no haber podido así evitar embarazos no deseados. En México, casi una de cada diez MM registradas en 2010, fue por aborto. La demanda insatisfecha de anticonceptivos fue de casi 10% a nivel nacional, 25% entre mujeres menores de veinte años y de casi 18% en las mujeres entre los 20 y los 24 años; acentuándose esta problemática entre mujeres rurales (16% vs 8% a nivel urbano) y mujeres hablantes de lenguas indígenas (21.5% versus 9% entre mujeres no hablantes).

5

Vulnera el derecho de las mujeres a la igualdad, a la equidad de género, a su autonomía en la toma de las decisiones fundamentales que afectan el curso de sus vidas.

- Las mujeres enfrentan relaciones sexuales no deseadas; muchas no son respetadas en su autonomía de decisión; no estuvieron protegidas en contra de la violencia; no participan equitativamente con los hombres en las esferas políticas y sociales. 35% de las mujeres en México sufrieron violencia por su actual pareja; 38% opinó que una buena esposa debe de obedecer a su esposo en todo lo que él ordene; 19% consideró que no goza de las mismas libertades que sus esposos; 6.6% dijo no estar de acuerdo que tienen los mismos derechos que sus maridos; 8% coincidió que es su obligación como mujer tener relaciones sexuales aun cuando no quiere; y 4.3% que el marido tiene derecho a pegarle si no cumple.

Algunas historias

FECHA	NOMBRE	LUGAR	QUÉ PASÓ/DESCRIPCIÓN	DERECHO VIOLENTADO
Jul 2013	Cristina	S.Felipe Jalapa de Díaz, Oax	<i>Llegó a la clínica, no le abrieron, parió en el patio del hospital</i>	Rechazo del servicio. Incumplimiento al derecho a la salud
Jul 2013	Irma	San Felipe Jalapa de Díaz, Oax	<i>Llegó a la clínica, el doctor no estaba, no la recibieron, parió en el patio del hospital. Le cobraron el servicio. Quemaron su expediente.</i>	Rechazo del servicio. Amenazas, maltrato. Incumplimiento al derecho a la salud
Oct 2013	Susana	San Cristóbal de las Casas, Chiapas	<i>Ingresó con trabajo de parto. Le diagnostican hipertensión. Informan a la familia que le hicieron una cesárea con éxito. Al día siguiente fallece por una complicación de la cirugía.</i>	Probable negligencia médica, mala calidad de la atención.
Oct 2013	Cinthia Gisel	San Jacinto Amilpas, Oax.	<i>No fue atendida de manera oportuna y tuvo a su bebé en el baño del Centro de Salud.</i>	Rechazo del servicio
Nov 2013	Alma Ruth	San Antonio de la Cal, Oax.	<i>Parió en las inmediaciones de la clínica. El Dr. de guardia estaba dormido, fue despertado y se quejó de la llegada de la mujer: “Por unos simples dolores vienen acá”</i>	Incumplimiento al derecho a la salud
En 2014	María Rosalía	El Peto, Yucatán	<i>Ingresó al hospital por complicación de un embarazo gemelar. No fue trasladada de manera oportuna y murió ella y los bebés.</i>	Probable negligencia médica, mala calidad de la atención.

Fuente: Sistematización realizada por Comunicación e Información de la Mujer (CIMAC), 2013-2014


EXIGIBILIDAD Y JUSTICIABILIDAD

Garantizar denuncias atendidas, violaciones sancionadas, reparación del daño, medidas efectivas no repetición

Generar espacios confiables, independientes y efectivos para la presentación de quejas y denuncias.


Acatar las resoluciones (administrativas, judiciales) y recomendaciones de los organismos de derechos humanos.

Garantizar protección de las víctimas y sus representantes.



Mecanismos y espacios institucionales de defensa y garantía de DDHH de acceso público y permanente a la información.

Instancias nacionales y estatales que garanticen la exigibilidad y justiciabilidad (CDH, Conamed, Comités jurisdiccionales con participación de sociedad civil).



Litigio estratégico e instancias internacionales se posibilitan la exigibilidad y justiciabilidad (CIDH, CoIDH, Comité CEDAW, Relatorías).

Instancias judiciales especializadas, efectivas, con perspectiva de género e interculturalidad.

Instancias institucionales del Sistema de Salud (especialmente en lo relacionado con sanciones administrativas y estrategias de repetición).

Participación de la sociedad

Difusión amplia de derechos entre las usuarias de los servicios de salud

Transparencia y accesibilidad de la información que les permita ejercer programas, presupuestos, procedimientos, horarios, e

Observatorios ciudadanos y medios de comunicación que visibilicen y acompañen los casos de violación de derechos.

Reparación del daño

Elementos de la reparación integral

- Restitución
- Compensación
- Garantías de no repetición

Cumplimiento de obligaciones

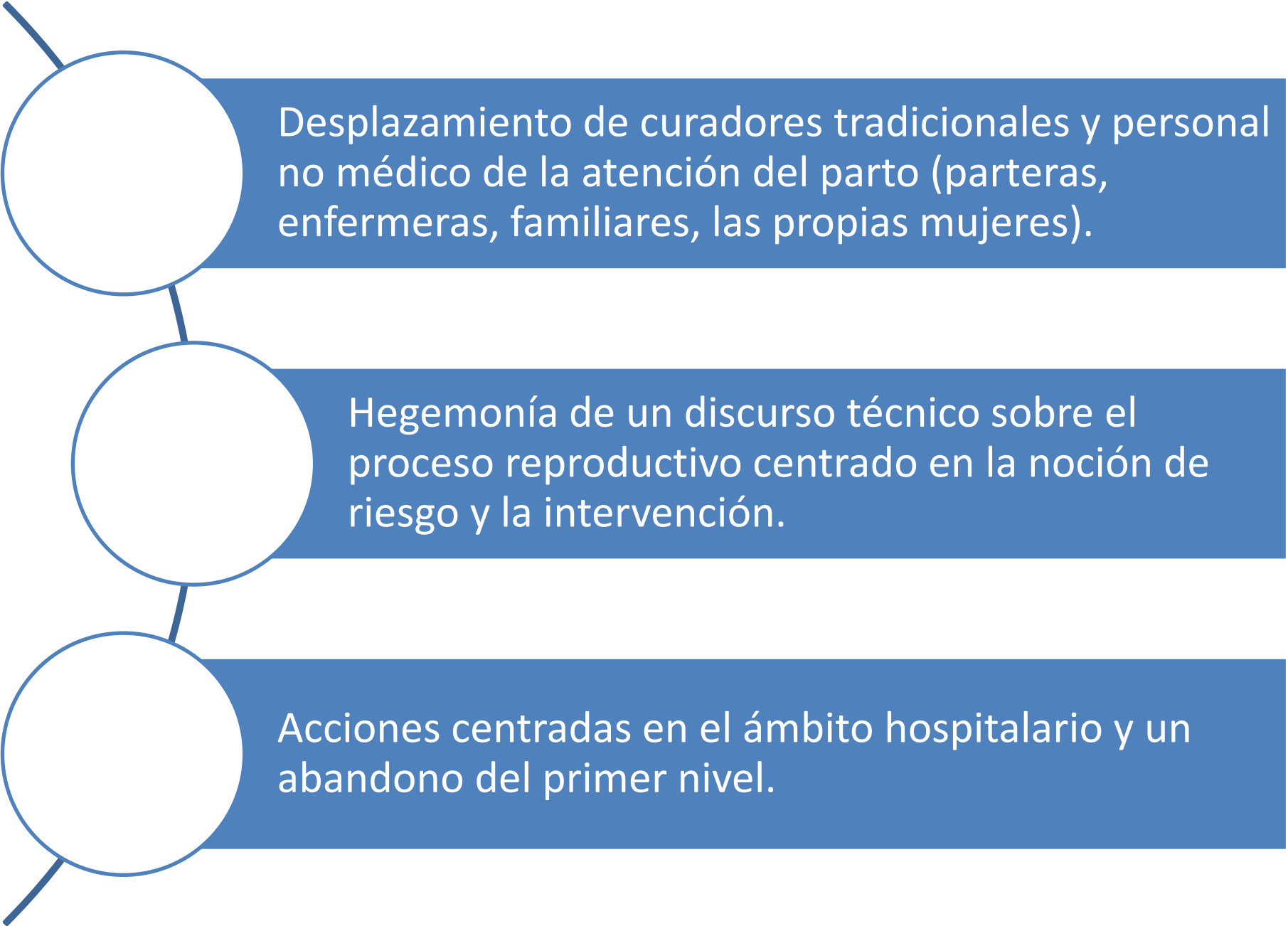
- Inicio de cambios estructurales
- Presentación de leyes, políticas públicas, etc.



Fortalecimiento del Estado: sistema de justicia, del sistema de salud y de las comisiones de DDHH

Características del modelo de atención actual

- Un acelerado proceso de **institucionalización de la atención del parto** que implica una mayor medicalización del proceso reproductivo y el afianzamiento del modelo médico hegemónico en los servicios de salud materna.
- **Aumento del control prenatal (92.8%)** a nivel nacional.
- **Incremento en la atención hospitalaria de parto (94.1%)**



Desplazamiento de curadores tradicionales y personal no médico de la atención del parto (parteras, enfermeras, familiares, las propias mujeres).

Hegemonía de un discurso técnico sobre el proceso reproductivo centrado en la noción de riesgo y la intervención.

Acciones centradas en el ámbito hospitalario y un abandono del primer nivel.

Excesivo uso de cesáreas

Desde los 90 se inicia el incremento de realización de cesáreas como forma de resolución del evento obstétrico.

- **45.1%* de partos ocurren por cesárea**

Hay un vertiginoso aumento sostenido durante los últimos 12 años pasando de 30% en 2000 a 37.4% en 2006 y cerrando con 45.1% en 2012**

*Ensanut , 2012

** (Suárez López L; Campero L; De la Vara-Salazar E; Rivera Rivera L, Hernández Serrato MI, Walker D, Lazcano Ponce D, 2013).

Condiciones institucionales



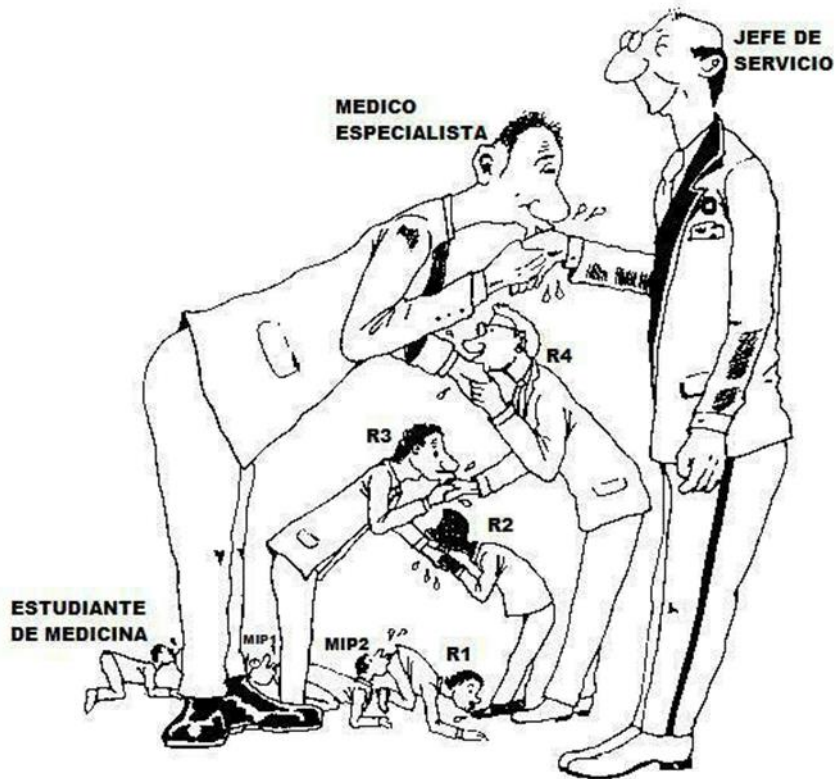
Modelo de Atención

Características actuales	Atributos deseables
<ul style="list-style-type: none">• Centrado en hospitales y en especialidades médicas.	<ul style="list-style-type: none">• Centrado en Atención Primaria de Salud
<ul style="list-style-type: none">• Atención pasiva o reactiva desconectada de la comunidad.	<ul style="list-style-type: none">• Proactiva con base en necesidades locales e individuales.
<ul style="list-style-type: none">• Atención centrada en la enfermedad	<ul style="list-style-type: none">• Centrada en la salud, anticipatoria y en la atención clínica.
<ul style="list-style-type: none">• Baja capacidad resolutoria del primer nivel de atención.	<ul style="list-style-type: none">• Efectividad clínica que reproduce los estándares internacionales.
<ul style="list-style-type: none">• Atención fragmentada	<ul style="list-style-type: none">• Atención continua
<ul style="list-style-type: none">• Atención basada en prácticas individuales	<ul style="list-style-type: none">• En equipos de salud
<ul style="list-style-type: none">• Atención impersonal	<ul style="list-style-type: none">• Respetuosa de los derechos y valores de la comunidad y pacientes.
<ul style="list-style-type: none">• En manos de los profesionales de la salud	<ul style="list-style-type: none">• Atención integral que incorpore el autocuidado y la corresponsabilidad

Fuente: SS/DGPDS 2006, Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS), con modificaciones.

Currículo oculto de la formación de médicos

JERARQUIAS EN MEDICINA



SOCIEDAD Y JUSTICIA

La Jornada

Residentes y especialistas testifican maltratos a estudiantes en el sector salud

37



Amenazas y humillaciones, parte invisible del currículum médico

- Interponen quejas ante la CNDH por acoso en el Centro Médico Nacional La Raza
- En la carrera se dice a los alumnos que “para aprender hay que sufrir”, afirma interno



En imagen de archivo, estudiantes de la Facultad de Medicina de la UNAM
Foto Carlos Ramos Mamahua

FERNANDO CAMACHO SERVÍN

Periódico La Jornada
Domingo 9 de junio de 2013, p. 36

“Si no sirves para esto, vete”. Así, con una frase lapidaria, muchos alumnos se enteran

Consideraciones

- Crear un modelo de atención materna con perspectiva de género e interculturalidad como parte de una Política Pública sobre la Atención del Embarazo, Parto y Puerperio.
 - Universalizar la atención del parto incluyendo la atención de las emergencias obstétricas.
 - Subsanan las deficiencias en plantilla y recursos materiales en las unidades de atención obstétrica.
 - Realizar intervenciones para prevenir, detectar y tratar el desgaste laboral de los profesionales de la salud.
 - Crear redes funcionales de servicios con un sistema de referencia basado en riesgos y nivel de atención.
 - Destinar espacios adecuados para la atención humanizada del parto.
 - Incluir en las instituciones de salud personal calificado no médico para el continuo de la atención del embarazo al puerperio de bajo riesgo:
 - Educadoras perinatales
 - Parteras profesionales
 - Enfermeras obstetras
 - Impulsar la creación de escuelas de partería profesional que cumplan con estándares internacionales.
 - Sensibilizar y capacitar al personal de salud en perspectiva de género, derechos humanos y obstetricia basada en evidencias científicas. Además de garantizar sus competencias técnicas.
 - Sancionar de acuerdo a la gravedad de la desviación y al nivel de responsabilidad. Nunca antes de realizar una investigación completa e imparcial sobre el caso.
 - Crear mecanismo para la reparación del daño a las mujeres o familias afectadas por la violencia obstétrica.