



Salud materna en México en el contexto de la emergencia sanitaria por la COVID – 19

Gabriela Naranjo Guevara *

1. Introducción

La principal causa de muerte entre las mujeres en edad reproductiva a nivel global es la mortalidad materna, cada día más de 1,500 mujeres y niñas mueren como consecuencia de complicaciones con el embarazo y el parto, es decir, unas 550 mil mujeres o personas gestantes mueren al año por esta causa.

Si bien no es sencillo medir las enfermedades y secuelas relacionadas con el embarazo, el Fondo de Población de las Naciones Unidas estima que se presentan de 16 a 50 millones de casos al año, mismos que incluyen situaciones como infección, complicaciones de tipo neurológico, hipertensión, anemia y fístula obstétrica.

En nuestro país, la muerte materna es menos común en las zonas con mayor desarrollo: es en las zonas de mayor pobreza y con una alta proporción de población indígena en donde sigue siendo un fenómeno frecuente.

2. Metodología

2.1. Método de desempaque y derecho a la salud materna

En el análisis de los derechos humanos por abordarse, se hará uso del método de valoración propuesto por Sandra Serrano y Daniel Vázquez¹, cuya fórmula expuesta está basada en el planteamiento desarrollado por Paul Hunt, consistente en el desempaque o desagregación de los derechos en varios componentes. El proceso de desagregación de los derechos humanos permite identificar los elementos que integran un derecho en valoración a fin de indicar las obligaciones que el Estado tiene al respecto, sobre el fundamento de que cualquier medida adoptada por la autoridad implica el deber de cumplir con los requerimientos mínimos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, lo que se logra mediante la aplicación de principios jurídicos básicos.

* Doctoranda en Estudios Jurídicos, Políticos y de Gobierno por la Universidad de Guanajuato. Maestra en Derecho Constitucional y Amparo por la Universidad Iberoamericana León y Maestra en Educación Media y Superior por la Universidad de León. Académica de tiempo y Coordinadora de la Licenciatura en Derecho en la Ibero León. Correo electrónico: gabriela.naranjo@iberoleon.mx

¹ Serrano, Sandra, Vázquez, Daniel, *Los derechos en acción: obligaciones y principios de derechos humanos*, FLACSO, 2013, pp. 47 - 89

| Obligación | Objetivo respecto del derecho | Conducta requerida para salvaguardar el derecho | Violación de DH | Cumplimiento |
|-------------------|-------------------------------|---|--|---------------------------|
| <i>Respetar</i> | Mantener | Negativa, el Estado se debe abstener | Positiva, el Estado la viola cuando actúa | Inmediato |
| <i>Proteger</i> | Mantener | Negativa < Positiva | | Inmediato > Progresivo |
| <i>Garantizar</i> | Realizar y mejorar | Positiva (acción) | Negativa, el Estado la viola cuando no actúa | Inmediato - Progresivo |
| <i>Promover</i> | Mejorar | Positiva (acción) | Negativa, el Estado la viola cuando no actúa | Progresivo |

Tabla 1. Tipología de las obligaciones

Es importante hacer mención al análisis que se realiza en la propuesta de Serrano y Vázquez respecto a las obligaciones, toda vez que algunas de ellas se desprenden de forma natural de los derechos y sus componentes, mientras que otras deben ser desentrañadas a través de la interpretación de los mismos. Además, debe tomarse en cuenta si se trata de una obligación de cumplimiento inmediato o progresivo; así, se propone una tipología de las obligaciones simplificada de la siguiente forma:

2.2. Identificación de las obligaciones

Para detallar la identificación de obligaciones, se desarrollarán las mismas guiándonos en la siguiente propuesta:

Un derecho humano está conformado por diferentes componentes o atributos, llamados en el método del desempaque “subderechos”, éstos constituyen los factores que integran cada uno de los derechos humanos y su identificación se puede hacer visible a través de una desagregación. El proceso que se sigue es el de la identificación del derecho para el que se desarrollarán los indicadores, para entonces desagregar el mismo en varios principios que lo integran y así hacer una medición de éstos. A fin de ilustrar lo anterior, se comparte un esquema propuesto por Serrano y Vázquez por pasos, siendo el primero el del desempaque del derecho por evaluar:

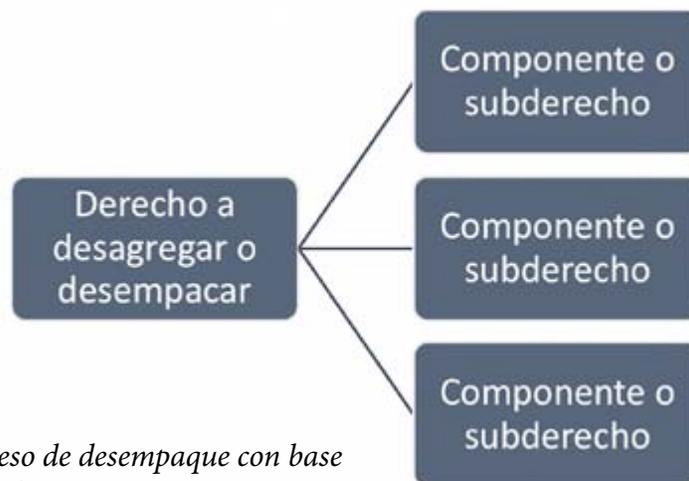


Fig.1 Primer paso del Proceso de desempaque con base en Serrano y Vázquez (2013)

Para después identificar las obligaciones que conlleva:

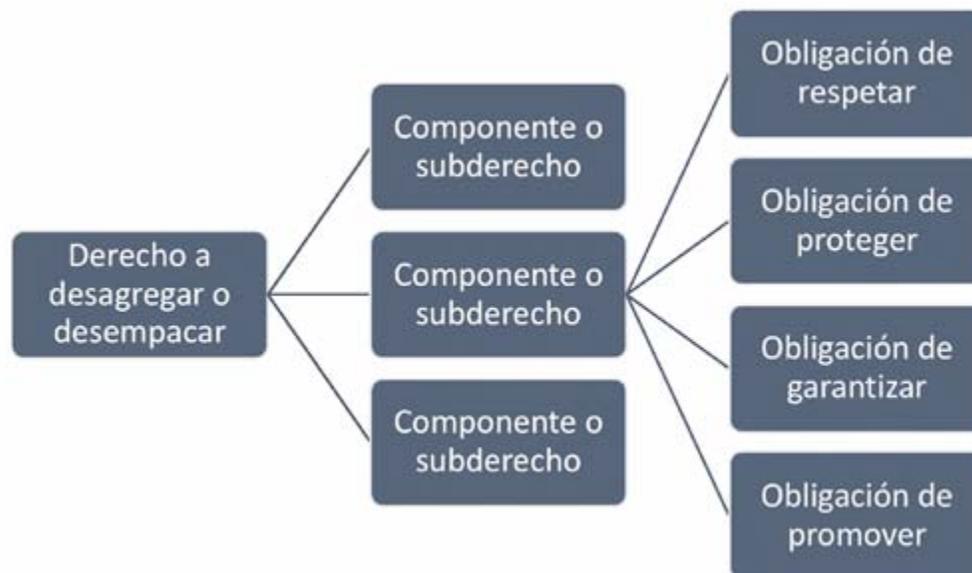


Fig. 2 Segundo paso del Proceso de desempaque con base en Serrano y Vázquez (2013)

Para la realización de la desagregación, fueron consultados los siguientes tratados y leyes:

- Convención Americana sobre Derechos Humanos
- Declaración Universal de los Derechos Humanos
- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos Sociales y Culturales
- Constitución Política sobre Derechos Humanos
- Ley General de Salud
- Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres
- Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia
- Norma Oficial Mexicana, NOM-007-SSA2-2016

3. Derecho a la salud materna, instrumentos y criterios internos e internacionales

La Organización Mundial de la Salud define a ésta como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades; de igual forma indica que el goce del máximo grado de salud que puede lograrse es uno de los derechos fundamentales de toda persona sin distinción.²

En el sistema de Naciones Unidas, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su Observación General número 14, ha indicado que son cuatro las características del derecho a la salud que se encuentran interrelacionadas: la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad.³ Asimismo, en relación a la accesibilidad de los servicios de salud, el mencionado Comité ha establecido que esta presenta cuatro dimensiones que se superponen:⁴ la dimensión de la no

² OMS. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf [Consulta: 14 de abril de 2022]

³ Naciones Unidas, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación General 14, El Derecho al Disfrute del Más Alto Nivel Posible de Salud*, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000. Disponible en: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2FC.12%2F2000%2f4&Lang=es

⁴ Naciones Unidas, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación General 14, El Derecho al Disfrute del Más Alto Nivel Posible de Salud*, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000; Rebecca Cook, Bernard M. Dickens y Mahmoud F. Fathalla, *Salud reproductiva y derechos humanos. Integración de la medicina, la ética y el derecho*, Oxford. pág. 179.



discriminación que implica el acceso en condiciones; la accesibilidad física, que significa que los servicios de salud deben estar al alcance de todas las personas, y que también involucra que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud; también atiende a la accesibilidad económica, o asequibilidad, lo que comprende que los servicios deben estar al alcance de todas las personas; y por cuarta dimensión, la que corresponde al acceso a la información, que comprende el derecho a solicitar, recibir y difundir información e ideas de las cuestiones relacionadas con la salud.

En el Sistema Interamericano de Derechos Humanos, la Declaración Americana y el Protocolo de San Salvador consagran de forma expresa la obligación que tienen los Estados de brindar adecuada protección a las mujeres, en especial en lo referente a la atención y ayuda especiales a quienes son madres antes y durante un lapso de tiempo razonable después del parto. El Protocolo de San Salvador específicamente señala la obligación de los Estados de adoptar hasta el máximo de los recursos disponibles, considerando su grado de desarrollo a fin de lograr progresivamente la plena efectividad del derecho a la salud.

El mencionado Protocolo refiere a la satisfacción del derecho a la salud en un contexto de desarrollo de un sistema, que por básico que sea, debe garantizar el acceso a un sistema de Atención Primaria de Salud, y el desarrollo progresivo de un sistema de cobertura universal, que a su vez otorgue especial atención a grupos en condición de riesgo o situación de pobreza.⁵

Relativo a los factores estructurales, el órgano en comentario ha indicado que una de las principales barreras que se enfrenta en el acceso a la salud materna son los gastos relacionados con la atención del servicio, por lo que la falta de priorización de recursos refleja en muchos casos la ausencia de perspectiva de género en las políticas públicas sobre el acceso a estas atenciones que son fundamentales.⁶ De igual forma se considera como parte de esta estructura la distancia geográfica en la que se encuentra el servicio de salud.⁷

⁵ CIDH, *Lineamientos para la elaboración de indicadores de progreso en materia de derechos económicos, sociales y culturales*, OEA/Ser.L/V/II.132 Doc. 14 rev. 1, 19 de julio de 2008. Disponible en: <http://www.cidh.oas.org/countryrep/IndicadoresDESC08sp/Indicadoresindice.sp.htm>.

⁶ Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Recomendación General 24, La Mujer y la Salud*. párr. 21. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-sp.htm#recom24>.

⁷ Physicians for Human Rights, *Demoras Fatales, Mortalidad Materna en el Perú, Un enfoque desde los derechos humanos para una maternidad segura*, 2007. Disponible en: <http://physiciansforhumanrights.org/library/report-2007-11-28.html>.

Respecto a las leyes, la Comisión ha considerado que puede presentarse la obstaculización del acceso a los servicios de salud materna cuando no hay efectividad en la observación de las leyes, las políticas públicas, los programas y prácticas que benefician la salud de las mujeres y personas gestantes en este ámbito, así como la ausencia de normativa y protocolos para regular la atención médica en este tema.⁸

Así, se observa que es deber de los Estados asegurar el derecho a la integridad física, psíquica y moral de las mujeres y personas gestantes en lo que refiere al acceso a los servicios de salud materna, en condiciones de igualdad, lo que implica priorizar los recursos para atender sus necesidades particulares en cuanto al embarazo, el parto y el periodo posterior al mismo, particularmente a través de la implementación de intervenciones que abonen a garantizar la salud materna, como la atención de las emergencias obstétricas.⁹ Los Estados, por lo menos, deben garantizar servicios de salud materna que incluyan factores determinantes básicos para la salud, lo que en términos del Comité de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer implica asegurar que las mujeres y personas gestantes no se vean en la obligación de buscar procedimientos médicos riesgosos, como consecuencia de la falta de servicios apropiados en materia de atención.¹⁰

En cuanto al marco normativo interno, la atención a la salud materna se fundamenta en los artículos 1º y 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, mismos que establecen que todas las personas deberán gozar de los derechos humanos reconocidos en el instrumento y en los tratados internacionales ratificados por México, así como el derecho de toda persona a la salud y a decidir en libertad del número y espaciamiento de sus embarazos.

La Ley General de Salud reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona; en su artículo 31 indica que la atención materna es materia de salubridad general, además de que en el artículo 61 señala que esta atención es de carácter prioritario, y comprende acciones de atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.

4. Sistema Nacional de Salud en México

El Sistema Nacional de Salud contempla las actividades de financiamiento y prestación de servicios de salud del sector público y privado. Una de las situaciones detectadas sobre los servicios de salud ofertados por el Estado es la estructura del Sistema Nacional de Salud, mismo que está dividido en instituciones con reglas de operación y políticas distintas, lo que implica de hecho tratos diferenciados para las personas que requieren de los servicios, mismos que dependen de la institución a la que se acude para recibir éstos.¹¹

El Sistema Nacional de Salud se encuentra basado en dos estructuras, una integrada por las instituciones de salud contempladas en el marco del sistema de seguridad social, como es el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas y los servicios médicos de las personas trabajadoras de Petróleos Mexicanos; y otra estructura para protección de la salud coordinado por la Secretaría de Salud que integra los Sistemas Estatales de Salud, así como la política de Servicios de Salud y Medicamentos Gratuitos.

⁸ Rebecca Cook, Bernard M. Dickens y Mahmoud F. Fathalla, *Salud reproductiva y derechos humanos. Integración de la medicina, la ética y el derecho*, Oxford. pág. 213. Asimismo, a este respecto véase la sentencia del Comité de Derechos Humanos, K. LL. v Perú, CCPR/C/85/D/1153/2003, 17 de noviembre de 2005.

⁹ Naciones Unidas, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General No. 14, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000, párrs. 14 y 21; Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General No. 24, *La Mujer y la Salud*, párr. 27; Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, párr. 8.25; Naciones Unidas, Asamblea General, El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, A/61/338, 13 de septiembre de 2006.

¹⁰ Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General 19: La violencia contra la mujer, 1992, UN GAOR, 1992, UN Doc. No. A/47/38. 1.

¹¹ Entrevista a persona activista en salud pública y derechos humanos, Karuna, *Mujeres Construyendo*. También entrevista a ginecóloga adscrita al IMSS.

| Institución de salud | Orientación de la atención |
|---|---|
| Instituto de Salud para el Bienestar | Provee y garantiza la prestación gratuita de servicios de salud, tratamientos médicos e insumos asociados a las personas que no cuentan con cobertura de servicios de salud derivados de la seguridad social. Junto con la Secretaría de Salud, es el órgano rector de la adecuada integración y articulación de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud. |
| Seguro Popular | Seguro médico para familias que carecen de acceso a servicios de salud, medicamentos y otros insumos asociados en las instituciones públicas de seguridad social. Sustituido por el Instituto de Salud para el Bienestar en 27 estados de la República, continúa en funcionamiento en los estados de Aguascalientes, Baja California Sur, Guanajuato, Jalisco y Nuevo León. |
| Instituto Mexicano del Seguro Social | Brinda atención a las personas trabajadoras del sector productivo privado, a las personas pensionadas por haber cotizado en el mismo, así como a familiares de estos dos grupos de personas, llamadas también derechohabientes. |
| Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado | Se encarga de la provisión de los servicios de salud a las personas trabajadoras y pensionadas del sector público, incluyendo a sus familiares; esta dependencia brinda cobertura a personas colaboradoras de los tres poderes del Estado, de los órganos autónomos, y de las entidades de la federación en convenio con esta institución. |
| Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas | Asegura servicios médicos a las personas trabajadores de la Secretaría de la Defensa Nacional y de la Secretaría de Marina que se encuentren en activo y retiradas, así como a sus familiares. |
| Gerencia de Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos | Procura servicios de salud a las personas trabajadoras de la mencionada entidad, retiradas y derechohabientes. |

Tabla 2. Servicios de salud ofertados por el Estado

Fuente: Elaboración propia.



La diferencia de servicios ofrecidos por las diferentes instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, resulta en un catálogo de atenciones disímiles dependiendo de la institución a la que se acude; ello implica en algunos casos una falta de servicios sistémicos y armonizados de salud para las personas que lo solicitan, un trato distinto que depende de la institución a la que se acercan las personas.¹²

La fragmentación del Sistema Nacional de Salud afecta además la percepción, por parte de algunas de las personas entrevistadas, de un desorden en los servicios de atención de la salud.¹³

5. Lineamientos específicos para la atención de la salud materna en el contexto de la pandemia por COVID-19

Distintos organismos internacionales de derechos humanos han establecido pautas para orientar a los Estados sobre sus obligaciones en materia de derechos humanos en el contexto de la pandemia por COVID-19.

Las recomendaciones emitidas en el contexto de la pandemia por COVID-19 reconocen que esta situación extraordinaria puede afectar la plena vigencia de los derechos humanos a corto, mediano y largo plazo.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés) ha apuntado a la necesidad de considerar los impactos diferenciados de la pandemia en los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y hombres; y particularmente de aquellos grupos más excluidos, como las personas en situación de pobreza, las personas con discapacidad, las personas indígenas, entre otras.¹⁴

A partir de preocupaciones como las expresadas, se han desarrollado medidas extraordinarias a tomar por parte de los Estados. Estas recomendaciones, guías o lineamientos, toman como eje para todas las actuaciones de los Estados, los compromisos de derechos humanos que habían adquirido con anterioridad a la pandemia por COVID-19 bajo el principio internacional de buena fe, es decir, los lineamientos marcados por estos organismos no crean por sí mismos nuevas obligaciones para los Estados, sino que brindan una guía para aminorar los daños que una emergencia global sin precedentes

¹² Entrevista a Karuna.

¹³ Entrevista a médico ginecólogo adscrito a la Secretaría de Salud.

¹⁴ UNFPA. COVID-19: A gender lens, protecting sexual and reproductive health and rights, and promoting gender equality. Marzo 2020.

pueda tener, sobre todo, en poblaciones que ya se encontraban en situación de desigualdad.

Los estándares de derechos humanos en el contexto de la pandemia se dividen en este estudio en tres grupos:

- a) aquellos relacionados con el manejo y contención de los contagios, así como del tratamiento y derechos de las personas enfermas de COVID-19
- b) los relacionados con la prevención o aminoramiento de los efectos adversos que la contingencia sanitaria pueda tener tanto en el derecho a la salud, como en el ejercicio de otros derechos económicos, sociales, culturales; y
- c) los dirigidos específicamente a prevenir violaciones a los derechos humanos vinculados con la salud materna.

Ahora bien, en el primer grupo de estándares podemos enunciar los siguientes:

- Asegurar, sobre una base sostenida, igualitaria y asequible, con participación social y transparencia, la accesibilidad y suministro de bienes de calidad, servicios e información.¹⁵
- Deben evitar el colapso de los sistemas de salud, por ejemplo, habilitando plataformas para atención de casos sospechosos o con síntomas leves o moderados, telemedicina, consultas telefónicas, visitas médicas a domicilio o apoyo comunitario, habilitar espacios separados o de aislamiento.¹⁶
- Asegurar que el diagnóstico médico al ser parte esencial del derecho a la salud, se comparta de oficio de forma oportuna, completa, comprensible, clara, sin tecnicismos y fidedigna.¹⁷
- Dirigir esfuerzos para que geográficamente se logre amplia cobertura en zonas rurales o lugares con obstáculos de acceso a servicios de salud.¹⁸

Como estándares relacionados con la prevención y atención de efectos adversos en el ejercicio del derecho a la salud y de otros derechos humanos o factores determinantes, derivados de la contingencia sanitaria, se encuentran:

- Mejorar el acceso a la salud mental y todos sus elementos esenciales ante los efectos de los contextos de pandemia.¹⁹
- Promover la eliminación de estigmas que puedan surgir sobre ciertos grupos de personas a partir de la pandemia.²⁰
- Garantizar la disponibilidad y continuidad de servicios de salud sexual y reproductiva.²¹

Entre los estándares relacionados con la prevención de violaciones a derechos humanos de las mujeres y personas gestantes en materia de salud materna, está:

- Garantizar la disponibilidad y continuidad de los servicios de salud sexual y reproductiva durante la crisis derivada de la pandemia, aumentando las medidas de educación sexual integral y de disseminación de información por medios accesibles y con lenguaje adecuado, con el objeto de alcanzar a todas las mujeres y personas gestantes.²²

6. Desempaque del derecho a la salud materna

Como se ha mencionado en líneas superiores, el primer paso del desempaque es la identificación de subderechos que conforman el derecho humano por evaluarse, reconociendo en el derecho a la salud, y de interés en el tema que nos ocupa, el siguiente:

¹⁵ CIDH. Resolución No. 4/20 Derechos humanos de las personas con COVID-19. Adoptada por la CIDH el 27 de julio de 2020, párr. 5.

¹⁶ Idem, párr. 6.

¹⁷ Idem, párr. 8.

¹⁸ Idem, párr. 16.

¹⁹ CIDH. Resolución No. 1/20 Pandemia [...], párr. 11.

²⁰ Idem, párr. 39

²¹ CIDH. Resolución No. 1/20 Pandemia [...], párr. 53

²² CIDH. Resolución No. 1/20 Pandemia y derechos humanos en las Américas. Adoptada por la CIDH el 10 de abril de 2020, párr.53

- Derecho a la atención médica

Así, como segundo paso, se desempacarán las obligaciones generales para el Estado respecto a esta prerrogativa, para entonces identificar los elementos institucionales esenciales para el ejercicio de éste y, por último, haremos la identificación de las múltiples dimensiones del derecho a las que se asigna un indicador.

7. Análisis de datos

Relativo a la responsabilidad del Estado en proteger y garantizar el derecho a la atención médica, esta consiste en el conjunto de servicios que se proporciona a la persona para prevenir, tratar o rehabilitarle de una enfermedad,²³ de igual forma es entendida como el total de recursos que intervienen de forma sistemática para la prevención y curación de las enfermedades que afectan a las personas o en su rehabilitación.²⁴

En cuanto a la disponibilidad, ello significa que el Estado debe contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención a la salud de las personas; ya desde años anteriores, se ha hecho público que en el caso de México hay un número precario en lo tratante a la infraestructura hospitalaria y desigualdad en la distribución de los servicios de atención a la salud.²⁵

Como se ha señalado en líneas superiores el Sistema Nacional de México está segmentado, la Ley General de Salud señala las dependencias facultadas para brindar servicios de salud.²⁶

De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2020, de los 92.5 millones de personas que tienen acceso a los servicios médicos, el 86.5 % está protegido o protegida por el IMSS y el INSABI (51% y 35.5% de

forma correspondiente); el 7.7 % cuenta con afiliación al ISSSTE y un 1.1. por ciento al ISSSTE estatal.

Conforme a la encuesta nacional de empleo correspondiente al segundo trimestre del 2021, el número de personas ocupadas como profesionales de la salud por cada 1000 habitantes es del 2.4, lo que está por debajo del valor promedio recomendado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos; es importante señalar que en nuestro país por cada 100 médicos 68 colaboran en instituciones de salud pública.²⁷ De acuerdo a datos proporcionados por el Sistema de Información de la Secretaría de Salud, en el año 2017 del total de médicos y médicas, 125 lo eran en especialidad ginecobotetra, y para los años 2018 y 2019 el número creció a 127.

En el 2019 había 4,718 hospitales públicos y privados con servicios hospitalarios a nivel nacional, de éstos el 97% son de segundo nivel y solo el 3% son instituciones de alta especialidad; correspondiente el porcentaje de hospitales de segundo nivel a 4,554, el 72% de éstos son privados, y 14% están bajo la gestión de la Secretaría de Salud y son responsables de brindar servicios a personas sin seguridad social; de 164 hospitales de tercer nivel el 65% son de la Secretaría de Salud, el 22% del IMSS y el ISSSTE y el 5% son privados.

A inicios del 2020, de cada 100 pesos que el Gobierno programa en el presupuesto para infraestructura física pública, solo tres pesos estarían dirigidos a salud, aunado a esto un problema detectado fue el no ejercicio del total de estos recursos: para el año 2019 no fue ejercido el 65% del presupuesto asignado, la mayor parte de este porcentaje estaba dirigido a programas o proyectos para la ampliación y remodelación de instalaciones y la adquisición de equipo médico.²⁸

Derivado de la emergencia sanitaria por la COVID – 19 el Gobierno de México implementó una estrategia para fortalecer la disponibilidad y continuidad de los

²³ CONAMED. Información sobre la CONAMED para los profesionales de la salud. 3ª. ed. México: CONAMED; 2011.

²⁴ Definición formulada para efectos del Proyecto de Ley sobre Controversias Derivadas de la Atención Médica (presentado en el Palacio Legislativo de San Lázaro; 11 de octubre de 2011).

²⁵ Sistema Nacional de Información en Salud, Boletín de Información Estadística. Volumen I Recursos físicos, materiales y humanos 2009

²⁶ Gómez, O., Sesma, S., Becerril, V., Knaul, F., Arreola, H., y Frenk, J. (2011). *Sistema de salud de México. Salud Pública de México*

²⁷ INEGI. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo

²⁸ Campos Mariana, Balam, Xhail, *Infraestructura hospitalaria: debilidad extrema*. México Evalúa, 26 de marzo de 2020, consultable en <https://www.mexicoevalua.org/la-infraestructura-hospitalaria-debilidad-extrema/>

servicios de salud sexual y reproductiva con personal de enfermería y partería, misma que contempla la promoción de equidad de género, inclusión y no discriminación para una atención libre de violencia en materia de salud sexual y reproductiva; recomendaciones para facilitar la continuidad de los servicios de salud sexual y reproductiva en el primer nivel de atención con personal de enfermería y partería profesional; fortalecer las competencias y actividades del personal de enfermería, partería profesional y parteras tradicionales, para prestación de servicios de salud sexual y reproductiva con énfasis en la educación, así como en la difusión de información para el autocuidado; y garantizar la suficiencia de recursos físicos, materiales e insumos para la continuidad de los servicios ampliados de salud sexual y reproductiva en unidades de primer nivel de atención seleccionadas.

Durante la crisis de salud provocada por la pandemia la prevención de la mortalidad materna, en el *Acuerdo por el que se establecen las medidas preventivas que se deberán implementar para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID-19)*²⁹ se contempló a las mujeres embarazadas entre la población en riesgo de desarrollar enfermedad grave y/o morir a causa del virus y que debe evitar la asistencia a los centros de trabajo.

Posterior a ello, 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*³⁰ que incluye recomendaciones generales y específicas en la materia.

Pese a ello, el número de consultas de atención médica para mujeres y personas gestantes en condición de embarazo cayó de forma significativa:

| | Año | | |
|---|-----------|-----------|-----------|
| | 2018 | 2019 | 2020 |
| Consultas de 1a vez en el primer trimestre de gestación | 403,840 | 386,665 | 254,056 |
| Consultas de 1a vez en el segundo trimestre gestacional | 399,336 | 385,430 | 255,364 |
| Consultas de 1a vez en el tercer trimestre gestacional | 321,550 | 302,192 | 196,797 |
| Total de consultas prenatales de primera vez | 1,124,726 | 1,074,287 | 706,217 |
| Consultas subsecuentes | 3,864,720 | 3,706,526 | 2,232,316 |
| Total de Consultas Prenatal | 4,989,446 | 4,780,813 | 2,938,533 |

Fuente: Sistema de Información de la Secretaría de Salud. Elaboración propia.

Tabla 3. Consulta externa prenatal de primera vez y subsecuentes

²⁹ DOF, Acuerdo por el que se establecen las medidas preventivas que se deberán implementar para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID-19), 24 de marzo de 2020, disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590339&fecha=24/03/2020 Fecha de consulta: 25 de mayo de 2021.

³⁰ 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, 20 de julio de 2020, disponible en: https://coronavirus.gob.mx/wpcontent/uploads/2020/07/Lineamientos_Prevencion_COVID19_Embarazos_V2.pdf Fecha de consulta: 25 de mayo de 2021. 202 Gobierno de México, Vacunas para mujeres embarazadas, confróntense en: <https://coronavirus.gob.mx/vacuna-covid-19-y-embarazo/> Fecha de consulta: 25 de mayo de 2021

Se priorizó la vacunación de las mujeres y personas gestantes con embarazos en curso, siendo considerado como grupo de especial atención en la segunda etapa de vacunación, ya que durante la gestación se pueden presentar complicaciones graves de COVID – 19 que ameriten hospitalización, ingreso a unidades de terapia intensiva y necesidad de ventilación mecánica, condiciones que aumentan el riesgo de morir por COVID – 19.³¹

Sin embargo, estas medidas no significan una inclusión universal de las personas que debieran tener acceso pleno a los servicios de salud; se hace notar que durante la emergencia sanitaria derivada de la pandemia por COVID – 19, una de las poblaciones en mayor riesgo y con importantes afectaciones ha sido la de mujeres que vive en condición de calle, ello porque debido a su condición tienen poco acceso a los servicios de salud. Ante esto, la organización El Caracol realizó la Campaña SOS en las calles por el derecho a la salud de las poblaciones callejeras frente a la pandemia.³²

De igual forma otro grupo con serios impactos es el de las mujeres pertenecientes a comunidades indígenas y afromexicanas, quienes sufren por la dificultad de acceder a servicios básicos de salud sexual y reproductiva, en especial aquellas que viven en zonas rurales o asentamientos informales.³³ Se ha constatado que en los municipios predominantemente indígenas que registran altos índices de marginación y aislamiento geográfico y social, antes de la crisis sanitaria por la pandemia, el riesgo de muerte materna es hasta nueve veces mayor que en municipios mejor comunicados. Esta situación se ha agravado.³⁴

Es indispensable en este apartado abordar el dato informativo sobre las muertes maternas en México en los últimos años: hasta el 2019 la razón de mortalidad materna calculada es de 31.2 defunciones por cada 100 mil nacimientos estimados, lo que representa una disminución de 12.8 % respecto de lo registrado a la misma fecha en el 2018. Para la semana epidemiológica uno del 2021, la razón de mortalidad materna calculada



³¹ Gobierno de México, Vacunas para mujeres embarazadas, disponible en: <https://coronavirus.gob.mx/vacuna-covid-19-y-embarazo/> Fecha de consulta: 25 de mayo de 2021

³³ *Mujeres indígenas en contexto COVID – 19, ¿Cómo les impacta?*, disponible en <https://mexico.unwomen.org/>, Fecha de consulta: 18 de octubre de 2021.

³⁴ CEPAL, El impacto del COVID-19 en los pueblos indígenas de América Latina-Abya Yala, disponible en https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/46543/S2000817_es.pdf, Fecha de consulta: 12 de marzo de 2022.

fue de 80.5 por cada 100 mil nacimientos, lo que representa un incremento del 181.8%. La principal causa de defunción ha sido las complicaciones derivadas del virus SARS – Cov2.³⁵

Sobre la obligación de promover, a fin de acompañar a la estrategia del Sistema Nacional de Salud para atender la emergencia sanitaria por COVID – 19, la Secretaría de Salud diseñó una estrategia de promoción, prevención, atención y mitigación de COVID – 19 y de la continuidad de accesiones esenciales de salud pública a nivel comunitario, con especial énfasis en los grupos en condición de riesgo. Para ello se crearon grupos que conformaron brigadas comunitarias de promoción de la salud, brigadas especializadas y equipos de atención clínica, estos últimos conformados por el personal de salud en las diversas unidades de atención.

Entre las funciones de las brigadas de promoción de la salud esta la de solicitar información a los Directores de Unidades de Salud sobre las personas con factores de riesgo, entre ellas las personas embarazadas y puérperas, ello con la finalidad de contar con información actualizada sobre las mismas. A su vez, las brigadas especializadas tienen como función el seguimiento y acompañamiento de los casos sospechosos o confirmados de haber contraído COVID-19. Sin embargo, no existe información relativa a los resultados de este programa.³⁶

Como se ha mencionado en líneas anteriores, uno de los grupos poblacionales mayormente impactado por la pandemia derivada del COVID – 19, ha sido el de las mujeres indígenas y afromexicanas; parte de la respuesta del Estado Mexicano para atender a este grupo fue la elaboración de una *Guía para la atención de pueblos y comunidades indígenas y afromexicanas ante la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19)*, que cuenta con 51 versiones en distintas lenguas indígenas presentes en el país. De igual forma, el Gobierno puso a disposición de las

comunidades originarias materiales audiovisuales en esas lenguas con información relativa a la prevención del contagio, y se desarrollaron campañas informativas a través de 22 emisoras del Sistema de Radiodifusoras Culturales Indigenistas.

Sin embargo, se reporta la ausencia de servicios de interpretación en lenguas indígenas en muchos de los espacios de salud a los que acuden personas que forman parte de los pueblos originarios.

En lo tratante a grupos de personas con discapacidad, si bien hubo acciones por parte del Estado, al inicio de la emergencia sanitaria se dejaron sin atención a algunos grupos; muestra de ello fue el amparo promovido por la Coalición de Personas Sordas de la Ciudad de México, en el mes de marzo del 2020, por medio del cual la autoridad judicial debió ordenar a las autoridades tomar las medidas necesarias para hacer accesible la información sobre COVID – 19 a toda la población, en su caso particular, a través de la incorporación de interpretación de la información por medio de la Lengua de Señas Mexicana.³⁷

8. Recomendaciones

Derivado de la información analizada, se consideran las siguientes recomendaciones:

- Asegurar la efectividad del acceso universal a servicios de salud en lo tratante a los derechos sexuales y reproductivos para todas las mujeres y personas gestantes.
- Implementar en la consulta de primer nivel de atención temas de consejería prenatal y promover la planificación familiar, en especial cuando se trata de mujeres o personas gestantes adolescentes o de edad mayor cuyos embarazos aumentan las condiciones de riesgo.

³⁵ Dirección General de epidemiología, Secretaría de Salud, *Informe semanal de notificación inmediata de muerte materna*, disponible en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/605456/MM_2021_SE01.pdf, Fecha de consulta: 11 de marzo de 2021.

³⁶ Secretaría de Salud, *Estrategia de Promoción de la Salud, Prevención, Atención y Mitigación de la COVID – 19 en el marco de la atención primaria de la salud*, 24 de julio de 2020, consultable en https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/10/APS_COVID_v17_08_2020.pdf, Fecha de consulta: 6 de febrero de 2022.

³⁷ Entrevista a la Coalición de Personas Sordas de la Ciudad de México (CoPeSor)

- Asegurar el avance progresivo presupuestal en materia de salud, aplicable a la infraestructura material y humana de los servicios de salud pública, a la investigación, y a la formación de profesionales de la salud.
- Diseñar y realizar estrategias para reducir el número de embarazos adolescentes, esto a través de la implementación de programas efectivos de educación en salud sexual y reproductiva, así como de prevención del embarazo, satisfaciendo condiciones de inclusión.
- Asegurar la atención, sin discriminación ni violencia, para las mujeres y personas gestantes pertenecientes a poblaciones en situación de calle, con discapacidad, integrantes de comunidades originarias y afroamericanas.
- Garantizar esquemas de vacunación para las mujeres antes y después del embarazo.
- Brindar asesoría pregestacional a mujeres con comorbilidades, a fin de brindar información sobre los riesgos reproductivos y obstétricos que enfrentan, atendiendo a sus derechos sexuales y reproductivos.
- Asegurar que médicos generales y/o familiares cuenten con capacitación en temas de planificación familiar.
- Ejecutar estrategias de educación continua dirigida a parteras, profesionales de la enfermería obstetra, médicos generales y médicos familiares en identificación de alto riesgo obstétrico y la derivación de pacientes a otros niveles de atención necesarios.
- Fortalecer los sistemas de acceso a la información y transparencia relativos al acceso y ejercicio del derecho a la salud, en especial, a la salud materna.

Bibliografía:

- Serrano, Sandra, Vázquez, Daniel, Los derechos en acción: obligaciones y principios de derechos humanos, FLACSO, 2013, pp. 47 - 89
- Campos Mariana, Balam, Xhail, Infraestructura hospitalaria: debilidad extrema. México Evalúa, 26 de marzo de 2020, consultable en <https://www.mexicoevalua.org/la-infraestructura-hospitalaria-debilidad-extrema/>
- CEPAL, El impacto del COVID-19 en los pueblos indígenas de América Latina-Abya Yala, disponible en https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/46543/S2000817_es.pdf, Fecha de consulta: 12 de marzo de 2022.
- CIDH, Informe 27/09, Caso 12.249, Jorge Odir Miranda Cortez y Otros (El Salvador), 20 de marzo de 2009, párr. 108.
- CIDH, Lineamientos para la elaboración de indicadores de progreso en materia de derechos económicos, sociales y culturales, OEA/Ser.L/V/II.132 Doc. 14 rev. 1, 19 de julio de 2008. Disponible en: <http://www.cidh.oas.org/countryrep/IndicadoresDESC08sp/Indicadoresindice.sp.htm>.
- CIDH. Resolución No. 1/20 Pandemia y derechos humanos en las Américas. Adoptada por la CIDH el 10 de abril de 2020, párr. 11.
- CIDH. Resolución No. 4/20 Derechos humanos de las personas con COVID-19. Adoptada por la CIDH el 27 de julio de 2020, párr. 16.
- CONAMED. Información sobre la CONAMED para los profesionales de la salud. 3ª. ed. México: CONAMED; 2011.
- Corte I.D.H., Caso Albán Cornejo y otros. Vs. Ecuador. Fondo Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Serie C No. 171, párr. 117.
- Corte I.D.H., Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil. Sentencia de 4 de julio de 2006. Serie C No. 149, párr. 126. Ver en ese sentido, Corte I.D.H., Caso de la Masacre de Pueblo Bello Vs. Colombia. Sentencia de 31 de enero de 2006. Serie C No. 140, párr. 119; y Corte I.D.H., Caso "Instituto de Reeducción del Menor" Vs. Paraguay. Sentencia de 2 de septiembre de 2004. Serie C No. 112, párr. 157.
- Corte I.D.H., Caso Albán Cornejo y otros. Vs. Ecuador. Fondo Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Serie C No. 171, párr. 121.
- Corte I.D.H., Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil. Sentencia de 4 de julio de 2006. Serie C No. 149, párr. 89.

Definición formulada para efectos del Proyecto de Ley sobre Controversias Derivadas de la Atención Médica (presentado en el Palacio Legislativo de San Lázaro; 11 de octubre de 2011).

Dirección General de epidemiología, Secretaría de Salud, Informe semanal de notificación inmediata de muerte materna, disponible en

DOF, Acuerdo por el que se establecen las medidas preventivas que se deberán implementar para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID-19), 24 de marzo de 2020, disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590339&fecha=24/03/2020 Fecha de consulta: 25 de mayo de 2021.

Entrevista a El Caracol

Entrevista a Karuna.

Entrevista a la Coalición de Personas Sordas de la Ciudad de México (CoPeSor)

Entrevista a la Red Nacional de Juventudes Diversas.

Entrevista a médico ginecólogo adscrito a la Secretaría de Salud

Entrevista a persona activista en salud pública y derechos humanos, Karuna, Mujeres Construyendo. También entrevista a ginecóloga adscrita al IMSS.

Entrevista a VIHve Libre.

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, 20 de julio de 2020, disponible en: https://coronavirus.gob.mx/wpcontent/uploads/2020/07/Lineamientos_Prevenccion_COVID19_Embarazos_V2.pdf Fecha de consulta: 25 de mayo de 2021. 202 Gobierno de México, Vacunas para mujeres embarazadas, confróntense en: <https://coronavirus.gob.mx/vacuna-covid-19-y-embarazo/> Fecha de consulta: 25 de mayo de 2021

Gobierno de México, Vacunas para mujeres embarazadas, disponible en: <https://coronavirus.gob.mx/vacuna-covid-19-y-embarazo/> Fecha de consulta: 25 de mayo de 2021

Gómez, O., Sesma, S., Becerril, V., Knaul, F., Arreola, H., y Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. Salud Pública de México

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/605456/MM_2021_SE01.pdf, Fecha de consulta: 11 de marzo de 2021.

<https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25746&LangID=E>

INEGI. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo

International Labour Organization. ILO Monitor: COVID-19 and the world of work. Second edition. 07 abril 2020.

International Labour Organization. ILO Monitor: COVID-19 and the world of work. Second edition. 07 abril 2020.

Leilani Farha, Special Rapporteur on the right to adequate housing. COVID-19 Guidance note: prohibition of evictions. 28 abril 2020.

Leilani Farha, Special Rapporteur on the right to adequate housing. COVID-19 Guidance note: prohibition of evictions. 28 abril 2020.

Mejía Rivera, Joaquín Armando, Elementos para una teoría de los derechos económicos, sociales y culturales desde el Sistema Interamericano de Derechos Humanos, Instituto Interamericano de Derechos Humanos, UBIJUS Editorial, Ciudad de México, 2015, pp. 80 - 81

Naciones Unidas, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General 14, El Derecho al Disfrute del Más Alto Nivel Posible de Salud, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000. Disponible en: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2f2000%2f4&Lang=es

Naciones Unidas, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General 14, El Derecho al Disfrute del Más Alto Nivel Posible de Salud, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000; Rebecca Cook, Bernard M. Dickens y Mahmoud F. Fathalla, Salud reproductiva y derechos humanos. Integración de la medicina, la ética y el derecho, Oxford. pág. 179.

- Naciones Unidas, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General No. 14, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000, párrs. 14 y 21; Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General No. 24, La Mujer y la Salud, párr. 27; Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, párr. 8.25; Naciones Unidas, Asamblea General, El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, A/61/338, 13 de septiembre de 2006.
- Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General 19: La violencia contra la mujer, 1992, UN GAOR, 1992, UN Doc. No. A/47/38. 1.
- Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General 24, La Mujer y la Salud. párr. 21. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-sp.htm#recom24>.
- OMS. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf [Consulta: 14 de abril de 2022]
- ONU Mujeres, Mujeres indígenas en contexto COVID – 19, ¿Cómo les impacta?, disponible en <https://mexico.unwomen.org/>, Fecha de consulta: 18 de octubre de 2021.
- ONU. No exceptions with COVID-19: “Everyone has the right to life-saving interventions”. Disponible en: <https://www.un.org/press/en/2020/04/20200414.no-exceptions-with-covid-19-everyone-has-the-right-to-life-saving-interventions.html>
- Organización Panamericana de la Salud, Evaluating the Impact of Health Reforms on Gender Equity – a PAHO Guide, Draft 2, 23.4.001, pág. 11.
- Physicians for Human Rights, Demoras Fatales, Mortalidad Materna en el Perú, Un enfoque desde los derechos humanos para una maternidad segura, 2007. Disponible en: <http://physiciansforhumanrights.org/library/report-2007-11-28.html>.
- Rebecca Cook, Bernard M. Dickens y Mahmoud F. Fathalla, Salud reproductiva y derechos humanos. Integración de la medicina, la ética y el derecho, Oxford. pág. 213. Asimismo, a este respecto véase la sentencia del Comité de Derechos Humanos, K. LL. v Perú, CCPR/C/85/D/1153/2003, 17 de noviembre de 2005.
- SSA-DGIS. (2018). Datos Abiertos de los Recursos en Salud Sectorial. http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_recursos_gobmx.html
- SSA-DGIS. (2019a). Datos Abiertos de los Recursos en Salud Secretaría de Salud. http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_recursos_gobmx.html
- SSA-DGIS. (2019b). Datos Abiertos de los Recursos en Salud Sectorial. http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_recursos_gobmx.html
- SSA-DGIS. (2020). Datos Abiertos de los Recursos en Salud Secretaría de Salud. http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_recursos_gobmx.html
- Secretaría de Salud, Estrategia de Promoción de la Salud, Prevención, Atención y Mitigación de la COVID – 19 en el marco de la atención primaria de la salud, 24 de julio de 2020, consultable en https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/10/APS_COVID_v17_08_2020.pdf, Fecha de consulta: 6 de febrero de 2022.
- Serrano, Sandra, Vázquez, Daniel, Los derechos en--- op. cit. pp. 47 - 137
- Sistema Nacional de Información en Salud, Boletín de Información Estadística. Volumen I Recursos físicos, materiales y humanos 2009
- UNFPA. COVID-19: A gender lens, protecting sexual and reproductive health and rights, and promoting gender equality. Marzo 2020.