

Omisión e indiferencia Derechos reproductivos en México

Aborto / Anticoncepción/ Mortalidad materna / Violencia obstétrica /Vida laboral y reproductiva / Reproducción asistida

1ª parte

A mediados de 2013 el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) y la Red Nacional de Abogadas y Abogados por la Defensa de la Reproducción Elegida (Radar 4º) publicaron el informe *Omisión e Indiferencia. Derechos reproductivos en México*, una radiografía de la situación que impera en nuestro país en materia de los derechos reproductivos de las mujeres, tomando como eje seis temas prioritarios que dan cuerpo a los capítulos en que se divide el informe: aborto, anticoncepción, mortalidad materna, violencia obstétrica, vida laboral y reproductiva y, reproducción asistida.

Se trata de un análisis detallado de los avances, pendientes y retrocesos en materia de derechos reproductivos, con especial énfasis en el marco normativo y de implementación, tanto a nivel federal como local, que la asociación civil GIRE desarrolló en colaboración con Radar 4º, con la finalidad de incidir en cambios normativos y de políticas públicas que den mayor protección a los derechos reproductivos de las mujeres en México.

Por la importancia del tema para los profesionales de la salud, cada uno de estos capítulos es reseñado de manera sucinta y analítica por una especialista en cada rubro en aras de enriquecer la reflexión.

Por Nadia Salazar Anderson

Licenciada en Política y Gestión Social
Maestra en Estudios de la Mujer, UAM-X
Vicepresidenta de Redivivo A.C.
Asesora de Sedesol y de la LXI Legislatura de la
Cámara de Diputados



El acceso de las mujeres al derecho a decidir libremente sobre el número y espaciamiento de sus hijas e hijos es una de las problemáticas más polémicas y delicadas de la lucha por el cumplimiento efectivo de sus derechos, y se relaciona con el acceso a servicios de salud que sólo ellas necesitan. En el primer apartado del informe de GIRE se realiza un diagnóstico sobre el aborto en México¹ y se exponen casos emblemáticos que ejemplifican avances y desafíos institucionales y normativos.

El acceso a un aborto legal y seguro es fundamental para el ejercicio del derecho a la vida, a la salud y la autonomía reproductiva, a la vida privada y a la no discriminación de las mujeres, derechos consignados tanto en la Carta Magna, como en los tratados internacionales firmados y ratificados por el Estado mexicano, adquiriendo rango constitucional en 2011 a partir de la reforma en materia de derechos humanos. Su práctica en condiciones insalubres, inseguras e ilegales, o en países que cuentan con un marco legal reducido, estrecho o insuficiente, coadyuva a la persistencia de altas cifras de mortalidad y morbilidad maternas.

De acuerdo con este informe, el aborto debiera ser accesible y legal, cuando menos en los casos en los que el embarazo ponga en peligro la vida de la mujer, sea resultado de una violación sexual, o existan malformaciones en el producto.

En México, el aborto está regulado a nivel local –cada estado define sanciones y exclusiones– y existen causales legales que lo permiten; cabe señalar que la única admitida en todo el país es cuando el embarazo es producto de una violación sexual. Así, desde abril de 2007, el Distrito Federal es la única entidad que

admite la interrupción voluntaria del embarazo hasta las doce semanas de gestación.

En este sentido, GIRE y Radar 4° señalan que en nuestro país hay brechas importantes entre las causas legales que permiten la interrupción del embarazo en los diferentes estados; además, el acceso efectivo al aborto legal y seguro es asunto de justicia social, pues implica desigualdades etarias, de lugar de residencia y de condiciones económicas.

La penalización del aborto como delito obliga a las mujeres, que lo practican clandestinamente, a pagar penas que van desde multas económicas hasta la pérdida de la libertad, o incluso, a someterse a tratamientos médicos que constituyen una estigmatización de quienes deciden abortar y tienen tras de sí una concepción moral del “*ser mujer*”.

Respecto al marco normativo, cada entidad define los casos en los que el aborto constituye un delito. La Ley General de Salud y las leyes locales en cada entidad definen concurrentemente la regulación en la prestación del servicio en los casos en los que no sea un delito. Así, se expone la discriminación geográfica de las mujeres para acceder a su derecho al aborto, pues se establece un mapa de causales legales por estado.

El informe de GIRE sistematiza el tipo de sanciones y ejemplifica paradojas absurdas en los códigos penales locales, como el establecimiento de la reparación del daño en Aguascalientes, o en Tlaxcala, donde se considera como delito grave, pero tiene una de las penas más bajas en todo el país.¹

En caso de que el embarazo sea producto de violación sexual, la NOM 046 considera el procedimiento para acceder a su interrupción, el cual comienza con la aprobación de una autoridad competente –el Ministerio Público en la mayoría de los casos o la/el juez de control, dependiendo de cada entidad– y se señalan las obligaciones del personal que administra e imparte justicia.

Este marco normativo se traslada a la “vida real” de las mujeres, por lo que en *Omisión e Indiferencia* se exponen las deficiencias institucionales para garantizar el acceso a servicios de salud para abortar, incluso en los pocos casos en los que está permitido. En el caso del Distrito Federal, que cuenta con servicios de interrupción voluntaria del embarazo y acciones integrales para asegurar la prestación de estos servicios, existe la posibilidad de sistematizar el impacto que estas políticas tienen en la disminución

de embarazos no deseados, así como en la reducción de enfermedades y muertes maternas.

A través de este informe se afirma que la repercusión más grave de la tipificación del aborto como delito es la criminalización de las mujeres, aun cuando el aborto sea involuntario. Así, se presentan veintiséis casos emblemáticos, de los cuales ocho mujeres fueron sujetas a procesos penales documentados y GIRE registró las experiencias de dieciocho mujeres más.

En este sentido, algunas consideraciones derivadas del estudio de los casos muestran que las mujeres en prisión preventiva tienen pocos recursos y no cuentan con asesoría jurídica; la mayoría de las veces, el personal de servicios de salud es quien denuncia; además, las mujeres fueron maltratadas física, verbal y emocionalmente y obligadas a confesar el delito.

La reserva para brindar servicios de salud reproductiva, basada en la objeción de concienciaⁱ tiene limitaciones, pues sólo las personas pueden ejercer esta objeción, no las instituciones *per se*, por lo que las instancias de salud deben contar con personal que preste el servicio. Las personas que objetan están obligadas a referir a la mujer a otro servicio médico y si hubiera peligro de muerte para ella, no aplicaría esta objeción, la que incluye a quienes intervienen directamente, no al personal administrativo o de apoyo.

Por otra parte, los profesionales que prestan servicios de salud enfrentan una contradicción entre guardar el secreto profesional y la obligación de denunciar conductas delictivas, lo que es más confuso a raíz de las reformas en 16 estadosⁱⁱ que protegen la vida desde la concepción.

A manera de conclusión, no se puede afirmar que el Estado mexicano promueve, respeta, protege y garantiza el acceso de las mujeres a servicios de salud reproductiva. Las reformas locales que rompen la tendencia hacia la despenalización del aborto –que inició en el Distrito Federal– tendrían que revertirse en cumplimiento de las disposiciones constitucionales; jurisprudencias de la Suprema Corte de Justicia de la Nación y diversas recomendaciones internacionales a nuestro país, que obligan a los congresos locales y al federal a armonizar legislativamente el acceso al aborto.

Existen deficiencias en la aplicación de la NOM 46 para llevar a cabo el procedimiento, aun cuando se trate de un embarazo producto de una violación

ⁱ La posibilidad de que el personal de los servicios de salud se niegue a prestarlos por contravenir sus creencias, incluyendo las religiosas.

ⁱⁱ Los estados que introdujeron en sus normativas la “protección de la vida desde la concepción” en respuesta a la despenalización del aborto en el Distrito Federal son: Morelos, Baja California, Colima, Sonora, Quintana Roo, Guanajuato, Durango, Puebla, Jalisco, Yucatán, San Luis Potosí, Querétaro, Oaxaca, Chiapas, Tamaulipas y Nayarit.

sexual. En este sentido, el marco legal vigente no es claro en el establecimiento de las obligaciones del personal de servicios de salud, en particular, respecto al secreto profesional y el mecanismo para la denuncia de delitos.

Para finalizar, GIRE y Radar 4° realizaron las siguientes recomendaciones enfocadas en implementar la armonización legislativa sobre el aborto:

- A) Eliminar la discriminación geográfica; despenalizar el aborto cuando menos hasta las doce semanas; aumentar las causales y disminuir las penas.
- B) Regular el procedimiento para que la objeción de conciencia no interfiera con el derecho de las mujeres al aborto seguro.
- C) Realizar reformas a la Ley General de Salud para asegurar la obligatoriedad del secreto médico-paciente.
- D) Llevar a cabo modificaciones a los códigos penales para que no existan contradicciones entre la confidencialidad y la obligación de denunciar probables conductas delictivas.

Mtra. Miriam Ramírez Jiménez

Licenciada en Educación Especial en el área de deficiencia mental; especialista de Género en Educación, UPN y maestra en Estudios de la Mujer, UAM-X.

Además, resulta indispensable asegurar que las mujeres accedan al aborto legal y seguro en los casos en los que las causales estén permitidas en las diferentes entidades federativas, esto implica la mejora de los servicios de salud e involucra a las procuradurías de justicia, a nivel federal y local, para que autoricen pronta y de manera expedita los procedimientos. En ambos casos se debe incluir un importante componente: la capacitación del personal en materia de derechos humanos y de causales legales de aborto vigentes, incluso en los estados en los que se protege la vida desde la concepción.

El informe se propone generar información confiable que permita conocer cifras desagregadas por causales sobre los abortos en la Secretaría de Salud y paralelamente, en las procuradurías de justicia, un registro del número de solicitudes de Interrupción Legal del Embarazo (ILE) por embarazos que fueron producto de una violación. Este apartado representa un ejercicio que permite conocer y reconocer las tareas pendientes para garantizar el acceso de las mujeres a los derechos humanos.



De acuerdo con el informe realizado por GIRE y Radar 4°, las cifras sobre anticoncepción en México representan varios retos frente al incremento estadístico de la tasa de embarazos no deseados o no planeados, los cuales afectan principalmente a mujeres: jóvenes, menores de edad, sin escolaridad, que radican en zonas rurales o marginadas, con discapacidad, con VIH/SIDA, o que viven en la calle.² A partir de este argumento se expone la importancia de reforzar el papel de las garantías constitucionales de derechos humanos para avalar el uso de prácticas anticonceptivas en mujeres jóvenes y menores de edad.

El informe *Omisión e indiferencia* retoma el artículo 4° constitucional que señala como derecho de todas las mujeres recibir información y servicios de anticoncepción, debido a que este tipo de iniciativas impacta en la salud sexual y reproductiva; la igualdad, no discriminación y la autonomía son reconocidas en la Constitución y en tratados internacionales de derechos humanos. En México, el derecho a recibir información y servicios de anticoncepción se regula en la normativa de población y salud que cada entidad tiene de acuerdo con la ley local, además de dos normas oficiales mexicanas: la NOM-005-SSA2-1993 de los servicios de planificación familiar (NOM 005), publicada el 21 de enero de 2004 y la NOM-046-SSA2-2005 sobre violencia familiar, sexual y contra las mujeres (NOM 046), publicada el 16 de abril de 2009.

Para GIRE y Radar 4°, diversos documentos avalan la urgencia de implementar medidas para evaluar la eficacia de las prácticas en el sector salud respecto a la anticoncepción. Las estadísticas y los análisis de los datos son recopilados de diversas fuentes como la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2009, donde se puntualiza que la maternidad de mujeres jóvenes menores de veinte años se incrementó entre 2000 y 2008. Al mismo tiempo el Consejo Nacional de Población (Conapo) estima que 65 de cada 1000 mujeres con edades entre 15 y 19 años, han sido madres. Las cifras reflejan que 97% de las mujeres

jóvenes en ese rango de edad, sexualmente activas, conocen algún método anticonceptivo, pero sólo 54.9% lo usan y poco más de la mitad refiere haber utilizado protección anticonceptiva en su primera relación sexual.

La información proporcionada por GIRE y Radar 4° permite comprender cómo el tema de anticoncepción requiere mayor incidencia para alcanzar estándares de efectividad, además, hacen falta proyectos para evaluar y llevar a cabo programas que articulen a varios organismos, locales y nacionales, para garantizar los derechos sexuales y reproductivos de mujeres jóvenes y menores de edad.

En nuestro país, cada entidad tiene una ley de salud, además de la normativa general y federal, excepto el Estado de México, que sólo tiene un reglamento en la materia. No obstante, este informe subraya que las cifras arrojan que al menos en nueve de los estados no se hace referencia a la normativa de anticoncepción. Considero que las acciones para incorporar este tema en la agenda de salud sexual representan un gran reto, pues se aborda como un tema de reproducción humana y el debate se centra en quién puede recomendar a las mujeres el uso de anticonceptivos, cuando lo que se debería discutir es la manera más eficaz de circular los recursos humanos y materiales para proporcionar información y servicios acordes a las necesidades de las mujeres de cada contexto social y cultural.

Esta información es circunscrita al personal de salud, quien tiene la obligación de proporcionarla de manera clara y oportuna, incluso en casos de emergencia; sin embargo, como señala este informe, eso no constrañe a que las instituciones de salud sean las únicas instancias responsables. Así, hace falta articular la cobertura de información y servicios con otros contextos como el educativo o el laboral. Además, al momento de proporcionar información de anticoncepción, ésta no debe ser condicionada a la pareja -heterosexual o unida en matrimonio-, debido a que se excluye a quienes viven en unión libre y a quienes no desean formalizar su relación.

En cuanto a la anticoncepción de emergencia, en *Omisión e indiferencia* se recopila cómo, desde enero de 2004, han sido incluidos en el sector salud los casos de relaciones sexuales voluntarias e involuntarias sin protección anticonceptiva, así como aquellos cuando se usó un método y se infiera la falla del mismo. En julio de 2005, la anticoncepción de emergencia se incluyó en el Cuadro Básico de Medicamentos del Sector Salud. Ante estas medidas, el Informe reconoce que se ha incidido en la población de mujeres, pero enfatiza que se requiere una evaluación sobre la eficacia con la que se emplea este método, cómo se está comprendiendo o difundiendo la información sobre su uso y cuáles son las dudas, los obstáculos o las confusiones al respecto.

Así, se expone que en el estado de Jalisco, el gobierno impugna la normativa argumentando que bajo la premisa de la planificación familiar, la norma justifica la práctica del aborto en supuestos no contemplados por las leyes. Ante este tipo de posturas es oportuno preguntar cuál es el papel de las autoridades competentes de cada entidad federativa, por qué el gobierno estatal determina, por un lado, quién debe -o puede- proporcionar información y servicios, y por otro, quiénes pueden acceder a ellos.

En los casos de mujeres víctimas de abuso sexual o violación, aún se discute quiénes pueden tener acceso a los servicios de anticoncepción de emergencia. Este tema introduce otro debate que GIRE y Radar 4° mencionan y que es necesario especificar con mayor énfasis: se debe aclarar que la anticoncepción no es un método abortivo y tampoco puede tener como fin último la planificación familiar. Es decir, tanto la anticoncepción como la planificación familiar se entrelazan en algunos casos, pero no pueden ser incorporadas como si se tratara de un mismo proceso al cual todas las usuarias deben acceder.

Otro aspecto central, que no se destaca en este apartado, es la necesidad e importancia de incorporar el tema de anticoncepción en la población de hombres jóvenes y adultos. No se reconoce que la anticoncepción compete a mujeres y hombres, en tanto es un problema relacional que involucra a ambos.

En este informe se problematiza el consentimiento informado, pues no se sanciona a quienes practican la esterilización sin la voluntad de la persona afectada ni se cuestiona al personal de salud que ejerce presión hacia las usuarias de los servicios para que admitan este procedimiento. Además, se expone que no se cuenta con registro, seguimiento o verificación, por parte de las autoridades, de la frecuencia con que ocurre este hecho. Dentro de este rubro, se precisa que la NOM 005 establece que la ley determina que se proporcione información sobre todas las alternativas, riesgos y beneficios de los procedimientos, y que la consejería se brinde de manera veraz, oportuna y confidencial, sin condicionar la información a la presencia de la madre o el padre, en el caso de menores de edad.

En este sentido, se coloca como tema central asegurar, expresamente y con carácter obligatorio por parte del personal de salud, el consentimiento informado en materia de salud reproductiva, incluyendo el uso de anticonceptivos. También se cuestiona la norma oficial que incluye un proyecto dirigido a la atención del grupo etario de 10 a 19 años, en el cual se condiciona la consejería a la presencia de madre, padre o tutor/a, a pesar de que, en el año 2012, la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés) y el Comité de los Derechos del Niño recomendaron eliminar la exigencia del consentimiento de madre o padre para acceder a los métodos de anticoncepción.

GIRE y Radar 4º subrayan que el consentimiento informado para todos los métodos puede resultar violatorio e inhibir el acceso al uso de condones o pastillas anticonceptivas por parte de la población de jóvenes. Un ejemplo positivo es el caso de Tabasco, que reconoce que toda persona en edad fértil puede utilizar métodos anticonceptivos, independientemente de la edad o de la presencia de madre o padre al momento de recibir información y servicios. Es necesario aclarar que en este rubro no todas las entidades siguen el mismo procedimiento, por lo que hace falta explorar y reconocer que en cada contexto -entidad federativa, región, grupo etario- se requieren acciones y estrategias diferentes para abordar las problemáticas.

El capítulo *Anticoncepción*, permite reflexionar respecto a lo desalentador que resulta conocer que la mayoría de las procuradurías generales de justicia locales no incluyen este tema como prioridad y no cuentan con folletos ni personal capacitado que facilite la información y los servicios a jóvenes y menores de edad -mujeres y hombres-. Considero que no se aprovechan los recursos humanos, la capacidad para generar esfuerzos articulados con impacto en las diferentes regiones locales y estatales, ni se han impulsado estrategias para llevar a cabo acciones conjuntas y no se establece la anticoncepción como un tema de incidencia política. Por ejemplo, es necesario reconocer los esfuerzos de los colectivos, las organizaciones no gubernamentales, las asociaciones civiles y los movimientos de grupos de disidencia sexual y feministas. También es central explorar el impacto que pueden tener los medios de comunicación, las redes sociales a través de Internet, para influir en el tema y obtener mejores resultados en el acceso a los servicios y uso de métodos de anticoncepción.

Otros aspectos que dejan entrever en este informe, respecto a las entidades federativas, es que la mayoría antepone el embarazo a la salud o la situación de vulnerabilidad de las mujeres. Además, cada estado utiliza diferentes conceptos o ideas, que en ocasiones reproducen el lenguaje sexista con expresiones como: "pastilla del día después" (en el caso de Baja California), "método de anticoncepción de emergencia o postcoital" (en Hidalgo), que minan la importancia de la anticoncepción como parte de los derechos sexuales -sobre todo cuando en los discursos utilizan expresiones como "víctimas del sexo femenino adolescentes o adultas" (Distrito Federal) para justificar el uso de métodos anticonceptivos-. Para abordar el tema de anticoncepción se deben articular diferentes enfoques, desde la perspectiva de derechos sexuales colocar a mujeres y hombres jóvenes, así como menores de edad, como sujetos de agencia social.

Mtra. Irma Romero Pérez

Licenciada en Psicología Social, UAM-I
Maestra y especialista en Estudios de la Mujer, UAM-X
Asistente de investigación en el Instituto Nacional de Perinatología

La mortalidad materna se sitúa en el marco de los derechos reproductivos y de los derechos humanos, además es analizada desde la perspectiva de género; cruces fundamentales para comprender la complejidad de este fenómeno, pues nos permiten observar cómo está asociado a las violaciones de los derechos a la vida, a la salud integral, al acceso a los métodos anticonceptivos, a la información y a la igualdad; así como a la violencia de género, la discriminación, desigualdad y pobreza en la que viven muchas mujeres.

A nivel internacional, se han llevado a cabo conferencias y firmado convenios que intentan coadyuvar a la disminución de la muerte materna prevenible y destacan la CEDAW, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994), la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing, 1995) y los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM). Es importante señalar los aportes de la Conferencia Global de Salud Materna en su primera y segunda edición (Nueva Delhi, 2010 y Arusha, 2013) que han puesto el acento en asegurar el acceso oportuno a los servicios de salud de calidad como una medida fundamental para reducir la mortalidad de mujeres durante el embarazo, parto, puerperio y aborto.

En el informe también se caracteriza la mortalidad materna en México. La razón de mortalidad ha decrecido en los últimos años, en 2008 fue de 57.2 casos por 100 mil nacidos vivos, mientras que para 2011 fue 50.7, siendo las más afectadas aquellas mujeres que viven en condiciones de pobreza, pertenecen a comunidades indígenas, no cuentan con seguridad social, tienen baja escolaridad y son jóvenes. Las principales causales de muerte materna son la preeclampsia-eclampsia y las hemorragias, aunque se ha observado un incremento de las muertes por causas indirectas. Asimismo, en 2010, 91% de las mujeres fallecidas accedieron a los servicios de salud y recibieron atención médica; en tanto que otras murieron en sus casas o en la vía pública, situaciones que evidencian dos problemáticas pendientes: el acceso a los servicios de salud –agregaría la disponibilidad– y la calidad de la atención –añadiría la aceptabilidad de los mismos–.³

GIRE y Radar 4° señalan que, desde 2007, se implementaron en México el Programa *Arranque Parejo en la Vida*, y en 2009, la Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna



y el Convenio Interinstitucional para la Atención de Emergencias Obstétricas. Por otro lado, existe un marco normativo que ampara y promueve el respeto al derecho de las mujeres a acceder a la salud materna: la Ley General de Salud, en donde se mencionan los servicios básicos de salud para la atención materno e infantil, y la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 en la que se establece el protocolo de atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como la atención del recién nacido.

Aunado a lo anterior, se han establecido diversos organismos enfocados en detectar los obstáculos en la implementación del marco normativo propuesto en las políticas públicas y en los mecanismos para la rendición de cuentas, acceso a la justicia y reparación del daño de las víctimas –en casos de muerte materna el acceso a la justicia para los familiares–. Dichos organismos son: comités de Prevención de Mortalidad Materna e Infantil, la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) –así como comisiones locales– y la Comisión de Arbitraje Médico. Desde la sociedad civil destaca el Comité Promotor por una Maternidad Segura en México y el Observatorio de Mortalidad Materna en México.

Asimismo, se menciona que existen otros canales como las quejas administrativas en las instituciones de salud; los procesos administrativos en contra de servidores públicos; la responsabilidad patrimonial del Estado y los procesos penales a nivel local. Estos organismos elaboran propuestas y estrategias para prevenir y reducir las muertes maternas, determinar las responsabilidades civiles, administrativas y penales, fomentar la reparación del daño y el acceso a la justicia. Funciones que más allá del señalamiento buscan identificar y atender las fallas estructurales e institucionales que favorecen la muerte materna.

Otro de los aportes de este documento es la presentación del caso emblemático de “Karla”, quien murió a los 24 años por causas prevenibles de la muerte materna. En la narración se ilustra la trayectoria de atención; la falta de un diagnóstico oportuno de las complicaciones en instituciones de salud, públicas y privadas, del primer y segundo niveles de atención; falta de personal, y por lo tanto,

el inminente traslado a otro hospital que pudo agravar su estado de salud. Cabe destacar, que la CNDH se limitó a la vigilancia de la compensación económica y no al establecimiento de otro tipo de responsabilidades de las instituciones de salud.

Este informe señala que a pesar de la implementación de políticas públicas, de programas de salud materna y de la presencia de organismos que se encargan del monitoreo y vigilancia, no se ha reducido la mortalidad materna de acuerdo con las expectativas nacionales. Para contrarrestar este fenómeno, se plantea que los comités de Mortalidad Materna deben emitir recomendaciones de carácter obligatorio para las instituciones de salud; que el monitoreo y las propuestas de mejora se encaminen a la eliminación de obstáculos y carencias estructurales que impidan una atención oportuna y de calidad; que se fomenten mecanismos civiles, administrativos y penales de acceso a la justicia y rendición de cuentas.

En este sentido, la CNDH debe ser un organismo fundamental en la elaboración, difusión y promoción de recomendaciones sobre la mortalidad materna, siendo este fenómeno un asunto de derechos humanos. También se deben desarrollar acciones para atender las causas sociales, económicas

y culturales; promover el reconocimiento de los derechos humanos y reproductivos y el empoderamiento de las mujeres; evitar la discriminación; la violencia y denegación de los derechos; además de establecer leyes y reglamentos para la protección de las personas y que el Estado sea vigilante de su cumplimiento.³

La importancia del informe de GIRE y Radar 4°, radica en colocar el énfasis en aspectos que son poco abordados sobre la mortalidad materna: la normatividad y los organismos vigilantes de su implementación, rendición de cuentas y de acceso a la justicia. Se plantean las deficiencias de los medios o canales para acceder a la justicia y reparación del daño y la dificultad de obtener información sobre los casos de mortalidad materna.

Asimismo, al abordar la problemática de la mortalidad materna desde el marco de los derechos reproductivos y la perspectiva de género, se puede comprender este fenómeno en su complejidad e ir más allá del acceso y la calidad de los servicios de salud, lo cual resulta urgente para disminuir la razón de mortalidad, pero no atiende la raíz del fenómeno: la desigualdad de género, la exigencia social de la maternidad y la violación de los derechos reproductivos y humanos de las mujeres.

Referencias bibliográficas

1. Aborto legal y seguro. En: Tamés R. (Dir.). Omisión e indiferencia. Derechos reproductivos en México. Aborto/ Anticoncepción/ Mortalidad materna/ Violencia obstétrica/ Vida laboral y reproductiva/ Reproducción asistida. México: GIRE; 2013. p. 15-66.
2. Anticoncepción. En: Tamés R. (Dir.). Omisión e indiferencia. Derechos reproductivos en México. Aborto/ Anticoncepción/ Mortalidad materna/ Violencia obstétrica/ Vida laboral y reproductiva/ Reproducción asistida. México: GIRE; 2013. p. 67-79.
3. Consejo de Derechos Humanos. 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. [Documento en Internet]. Nueva York: Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos; c2006-20113 [citado 2013 Agosto 07]. Disponible en: http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session21/A-HRC-21-22_sp.pdf