**Informe para la Relatora Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho al más alto nivel de salud física y mental**

**Enero 2022**

1. **Introducción.**

El Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C. (GIRE) es una organización feminista que trabaja por la justicia reproductiva a partir de seis temas prioritarios: el acceso al aborto legal y seguro, la muerte materna, la violencia obstétrica, la anticoncepción, la reproducción asistida y la conciliación de la vida laboral con la reproductiva. GIRE elabora el presente documento con el fin de brindar insumos para el informe temático sobre “La violencia y su impacto en el derecho a la salud” para la Relatora Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

El presente documento se enfoca principalmente en la problemática de violencia obstétrica en México, entendida por GIRE como una violación específica a los derechos humanos de las mujeres y otras personas con capacidad de gestar. Consiste en abusos físicos, verbales y psicológicos durante la atención del embarazo, parto o puerperio; este tipo de violencia puede tener como consecuencia la muerte materna y neonatal. Además, representa una violación al derecho a la vida, la salud, la igualdad y la no discriminación, a la vida privada, a no ser sometida a tratos crueles e inhumanos, al acceso a la información y al goce de los beneficios del progreso científico y tecnológico. Desde hace 10 años, GIRE realiza investigación, comunicación, incidencia y acompañamiento de casos de mujeres que han vivido violencia obstétrica y buscan acceso a la justicia. Algunos de estos son retomados en el presente.

1. **Características de la violencia obstétrica en México y el impacto de COVID-19**

En México, tres de cada diez mujeres sufren violencia obstétrica, la cual, en ocasiones, deriva en muertes maternas debido a las fallas estructurales del sector salud, la infraestructura inadecuada, la deficiencia de personal médico y la inadecuada ubicación de unidades médicas. Las anteriores son causas de muertes maternas prevenibles que, además, afectan de manera desproporcionada a ciertos grupos poblacionales como las mujeres indígenas, las niñas y adolescentes, las mujeres con discapacidad y las personas que viven en condiciones de marginación.

Durante el 2016 la Encuesta Nacional Sobre la Dinámica de las Relaciones en el Hogar (ENDIREH) reflejó los obstáculos que prevalecen para que las mujeres, niñas y personas con capacidad de gestar ejerzan sus derechos durante el embarazo, parto y puerperio. De acuerdo con la encuesta, de 8.7 millones de mujeres que tuvieron un parto, el 33.4% expresaron haber sufrido maltrato por parte del personal de salud que las atendió[[1]](#footnote-1). Dentro de las formas de violencia obstétrica más comunes se encuentran los gritos y regaños (37.42%); retraso en la atención “por gritos o quejas” (34.44%); ignorar a las usuarias (33.11%); presionarlas para que acepten un método anticonceptivo o esterilización (30.9%); forzarlas a que adopten posiciones incómodas durante el trabajo de parto (30.83%); también se reportó que en algunos casos les fue denegado el uso de anestesia (16.18%); y algunas comentaron haber sido aisladas de sus bebé por más de cinco horas (5.49%)[[2]](#footnote-2).

Estas cifras son la evidencia de un problema que experimentan millones de mujeres con diferentes variables, de igual manera, son un indicativo de que las violaciones a derechos humanos de las mujeres en los servicios de salud.

En cuanto a las cesáreas realizadas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha resaltado que es importante atender a las usuarias caso por caso para atender sus necesidades particulares; en este sentido, deben ser procedimientos aplicados solo cuando sean necesarios. En México, la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018 muestra que, de cada cien mujeres embarazadas, el 23.3% tuvieron cesáreas programadas, mientras que el 22.8% tuvieron una cesárea de emergencia. En concordancia con lo anterior, según datos de la ENDIREH 2016, el 42.8% de las mujeres encuestadas dijeron que su último hijo o hija había nacido por cesárea. De éstas, 10.3% reportó que no se le informó la razón para llevar a cabo la cesárea y 9.7% afirmó que no se les pidió autorización para realizarla. Del 2014 al 2017 el promedio en cesáreas fue de 44.7%[[3]](#footnote-3), estando por encima del promedio de lo recomendado por la OMS y, además, para el caso de México, es contrario a lo que señala la NOM-007, donde se resalta que se debe priorizar el parto vaginal y reducir el índice de cesáreas.

Las mujeres con discapacidad forman parte de estas poblaciones susceptibles a sufrir discriminación en el ejercicio de sus derechos, ya que muchas de ellas son obligadas a interrumpir sus embarazos por no ser consideradas “aptas para ser madres”. Una encuesta realizada a 51 mujeres con discapacidad psicosocial en la Ciudad de México reveló que 42% de ellas habían sido esterilizadas de manera forzada y a causa de su discapacidad. Asimismo, se reportó que en una institución psiquiátrica existía la política interna de esterilizar a todas las niñas que ingresaran[[4]](#footnote-4). Este tipo de conductas violatorias de derechos refuerzan una visión estereotipada sobre las mujeres con discapacidad psicosocial. Ejemplo de normas que perpetúan esta visión es la NOM-005-SSA2-1993, la cual hace referencia al “retraso mental” como una indicación para poder llevar a cabo la “oclusión tubaria bilateral”. Esta norma es claramente discriminatoria para las mujeres con discapacidad psicosocial.

Por otra parte, las mujeres pobres e indígenas son también de las poblaciones más afectadas de manera desproporcionada; en ocasiones no cuentan con acceso a servicios de salud, parte de ello debido a que con frecuencia deben realizar traslados largos a centros de salud en donde imperan malas condiciones y un déficit en el personal de salud. Las mujeres indígenas, que en México representan el 6% de la población, se enfrentan a la falta de intérpretes para traducir a sus lenguas locales, distintas al español, que les permita otorgar su consentimiento de manera informada sobre los procedimientos médicos a los que se les someten[[5]](#footnote-5). En el 2015, el 11.2% de muertes maternas correspondían a esta población, esto da cuenta de cómo la muerte materna afecta de manera desproporcionada a las mujeres indígenas. Sumado a esto, las niñas y adolescentes afrontan el riesgo del embarazo en edad temprana que resulta más riesgoso[[6]](#footnote-6). De hecho, entre 1990 y 2008, una de cada ocho muertes maternas registradas en México correspondía a adolescentes menores de 19 años. Para el 2015, el 10.9% del total de muertes maternas eran de mujeres menores de 19 años[[7]](#footnote-7). La muerte materna guarda una estrecha relación con la situación de discriminación histórica que viven las mujeres indígenas y afromexicanas en el país.

Con la llegada de la pandemia por COVID-19, México retrocedió casi una década en cuanto a la mortalidad materna, para el 2011 se reportaba que la RMM era de 42.1%, mientras que en el 2019 se había logrado una disminución en la cifra, siendo de 33.8%. Para el 2020 con la llegada de la pandemia, esta cifra tuvo un drástico aumento al 46.6%. El sistema de salud tuvo como prioridad la atención a pacientes contagiados con el virus del SARS-CoV-2, lo cual generó que las personas con enfermedades no contagiosas no recibieran la atención médica que requerían. Las mujeres y personas gestantes que requerían atención obstétrica fueron parte de esta población no atendida; muchas de ellas dejaron de asistir por miedo a contagiarse; otras a causa de la lejanía de los centros de salud. Además, el COVID-19 se posicionó en el primer lugar de muerte materna: de 6,296 mujeres embarazadas/puérperas que dieron positivo al COVID-19, habían fallecido 149[[8]](#footnote-8).

1. **​​Marco jurídico y de política pública en torno a la violencia obstétrica**

México cuenta con un marco normativo y de políticas públicas que responde a la atención que se debe brindar en materia de salud sexual y reproductiva. Por ejemplo, la Ley General de Salud pone la atención materno fetal como un tema prioritario que debe ser atendido durante el embarazo, parto y puerperio, y señala que la atención de una emergencia obstétrica debe ser bajo estándares de respeto a la dignidad de las personas. A pesar de que algunas conductas de violencia obstétrica han sido reguladas en diversos ordenamientos, esto no ha sido una solución efectiva para atender el tema, ya que abordar la violencia obstétrica requiere medidas estructurales que van más allá del reconocimiento en la normatividad.

Ante situaciones de violencia obstétrica o muerte materna las personas pueden iniciar procedimientos jurisdiccionales, no jurisdiccionales y administrativos, como quejas ante Comisiones de Derechos Humanos, quejas administrativas ante las unidades de atención al derechohabiente de las instituciones públicas de salud o presentar una demanda de amparo.

1. *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia y legislaciones locales*

La LGAMVLV, publicada en el 2007, es una ley que visibiliza los tipos y modalidades de violencia que constituyen una violación a los derechos humanos de las mujeres, lo que tiene como consecuencia la desigualdad de género. En esta ley no se define de manera explícita la violencia obstétrica como una forma de violencia de género, pero esboza otras figuras como la violencia psicológica, física e institucional, lo cual contribuye a encuadrar conductas que la constituyen. Actualmente se encuentran pendientes por dictaminar en el Congreso de la Unión siete iniciativas que buscan incluir en la LGAMVLV la violencia obstétrica de manera expresa[[9]](#footnote-9).

Al 2021, un total de 28 entidades federativas habían incorporado la definición de violencia obstétrica en sus leyes[[10]](#footnote-10). Es decir, que la mayoría de las entidades ya contemplan el término en sus leyes lo cual puede contribuir al reconocimiento de una forma específica de violencia institucional contra las mujeres y una violación a derechos humanos.

1. *Ley General de Salud.*

En 2015, se incluyó el Convenio Interinstitucional para la Atención Universal de las Emergencias Obstétricas, firmado en 2009 por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales del Estado (ISSSTE) y la Secretaría de Salud, con el fin de garantizar atención obstétrica de emergencia a cualquier mujer, independientemente de su derechohabiencia, y reducir la muerte materna.

1. *Ley General de Víctimas.*

La entrada en vigor de la LGV trajo aparejada la creación de un Sistema Nacional de Atención a Víctimas (SNAV), una instancia de coordinación y formulación de políticas públicas dirigidas a la protección, asistencia, acceso a la justicia, verdad y reparación integral a las víctimas. En la LGV se establece que la reparación integral es un derecho y que se deben interponer medidas de compensación, restitución, rehabilitación, satisfacción y no repetición con el fin de reparar los daños causados a las víctimas, reconocer y restablecer su dignidad, así como evitar la repetición futura.

1. *Códigos penales.*

En materia penal algunas entidades federativas han incluido la violencia obstétrica como delito en sus códigos. Lastimosamente el derecho penal no resulta ser la vía más adecuada para atender problemas estructurales, pues las deficiencias en la infraestructura y equipamiento de las instituciones de salud son una falla que los estados están obligados a resolver y difícilmente se logra mediante la atribución de responsabilidades penales al personal médico. Por lo tanto, deben buscarse medidas de política pública que refuercen el marco normativo y de derechos humanos para la atención obstétrica. La legislación ya prevé diversos tipos penales bajo los cuales quedan protegidos aquellos bienes jurídicos que pueden verse lesionados en los casos de violencia obstétrica, que son responsabilidad directa del personal de salud.

1. *Norma Oficial Mexicana 007 Para la atención del embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*

En materia de política pública existe la NOM-007 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido. Esta norma, obligatoria para todo el Sistema Nacional de Salud, incluye aspectos como la interculturalidad y la inclusión como parte de la toma de las decisiones. Además, establece la necesidad de brindar mayor atención al estado psicológico y emocional durante el embarazo[[11]](#footnote-11), así como la obligación del personal médico de proporcionar atención con calidad, respeto a los derechos humanos, pertinencia cultural, la prohibición de discriminación y la reducción del número de tactos vaginales, entre otros aspectos[[12]](#footnote-12)

Aun con este texto, continúa siendo preocupante las circunstancias en que las mujeres y otras personas con capacidad de gestar viven su proceso de embarazo, parto y puerperio en México. Por ello es fundamental que dicha norma sea implementada de manera adecuada para garantizar el acceso a servicios de salud obstétrica y la protección de los derechos de las mujeres.

1. *Convenio Interinstitucional para la Atención Universal de las Emergencias Obstétricas con el objetivo de reducir la muerte materna*

En el 2009 la Secretaría de Salud junto con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) firmaron el convenio Interinstitucional para la Atención Universal de las Emergencias Obstétricas con el objetivo de reducir la muerte materna. Con este convenio, cualquier mujer embarazada puede acudir a estas instituciones y solicitar atención médica en el caso de una emergencia obstétrica. Cabe señalar que a pesar de que este fue un paso importante para reducir la mortalidad materna, ha presentado errores en cuanto a su implementación, uno de ellos, es la falta de conocimiento sobre el mismo por parte de las usuarias de los servicios de salud, así como de las unidades médicas.

Dicho Convenio fue incorporado a nivel legislativo en el 2015, constituyó un avance importante que se incluyera adiciones en materia de atención de urgencias obstétricas en la Ley General de Salud, la Ley del Seguro Social y la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; gracias a esto ninguna institución de salud puede negar atención médica a mujeres con una urgencia obstétrica.

1. *Partería*

La partería está reconocida en códigos laborales para la contratación de parteras técnicas, la aprobación en 2014 de la “Guía de práctica clínica: vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazos de bajo riesgo” de la secretaria de Salud, al igual que la publicación de adiciones a la NOM 007 como la referencia sobre las parteras como personal calificado para atender partos de bajo riesgo obstétrico. Sin embargo, estos avances no se han visto implementados debido a que persiste la desvalorización por parte del sector médico, lo cual ha contribuido a que se generan estereotipos y mitos alrededor de ella. Asimismo, persisten otros obstáculos para garantizar el libre ejercicio de la partería, por ejemplo, el acceso de parteras tradicionales a certificados de nacimiento para otorgar a las mujeres que acompañan una constancia de su parto y, sobre todo, un documento necesario para el derecho a la identidad de las personas recién nacidas.

1. *Lineamiento para la Prevención y Mitigación del COVID-19 en la atención del embarazo, parto, puerperio y persona recién nacida.*

En cuanto a la respuesta por parte del Estado para garantizar el acceso y continuidad a los servicios de salud a las mujeres embarazadas y neonatos durante la pandemia por COVID-19, la Secretaría de Salud emitió en abril del 2020 el Lineamiento para la Prevención y Mitigación del COVID-19 en la atención del embarazo, parto, puerperio y persona recién nacida. Dentro de estos lineamientos publicados en 2020 se estableció la clasificación de los servicios de salud sexual y reproductiva, de manera particular, la atención durante el embarazo, parto y puerperio como servicio esencial de la salud que debe apegarse a las medidas de prevención y mitigación del COVID-19.

Este documento ha sido actualizado en dos ocasiones, en julio del mismo año y mayo del 2021. En éste se retomaron recomendaciones como la importancia de que las mujeres se encuentren acompañadas por alguien de confianza durante el parto, asimismo, la necesidad de que los partos se atiendan de manera individual y en el marco de los derechos humanos. En este mismo lineamiento el Gobierno recuerda que no se debe de practicar cesáreas de manera injustificada y recomienda opciones alternativas como la atención de parteras y la habilitación de casas maternas. Sin embargo, en contraste con esto, el gobierno no ha otorgado apoyos para que las parteras puedan llevar a cabo su trabajo.

A pesar de esto, se reportó durante el 2020 que hubo una disminución en la demanda de los servicios de salud, reduciéndose las consultas prenatales al 44% durante el primer trimestre del 2020, en comparación con el 2019[[13]](#footnote-13).

Parte de las acciones tomadas fue que en el Plan Nacional de Vacunación se estableció como población de riesgo a las mujeres embarazadas, y, por lo tanto, como grupo prioritario para la vacunación. Una de las consideraciones tomadas en cuenta para definir a las mujeres embarazadas como población prioritaria fue el aumento de mortalidad materna. En enero del 2021, el 80.5% de las muertes maternas era por COVID-19, siendo el riesgo de mortalidad materna 22 veces mayor en el grupo de mujeres contagiadas con el virus[[14]](#footnote-14).

1. **Violencia obstétrica y acceso a la justicia**

Parte de la problemática son las fallas estructurales que tiene el sistema de salud, las cuales impactan de manera directa en las mujeres, ya que de contar con un funcionamiento eficaz en los servicios de salud se podrían prevenir las muertes maternas. Dentro de los problemas más comunes, se encuentra la excesiva medicación en el parto, el uso de prácticas que no están basadas en evidencia, la ausencia de controles prenatales, cesáreas injustificadas, falta de cumplimiento de normas y protocolos basados en evidencia. Además, la saturación del sistema de salud genera que se incrementen los casos de violencia obstétrica y muerte materna.

Los casos de Sonia y Anita, presentados a continuación, ponen en evidencia dichas fallas estructurales en el sistema de salud y la necesidad de acciones por parte del Estado para atender su responsabilidad de disminuir la violencia obstétrica y muerte materna, la cual es prevenible.

**Sonia**

Sonia[[15]](#footnote-15) tenía 31 años y llevaba su control prenatal en una unidad médica pública. Con 38 semanas de gestación, acudió a la UMF con dolores de parto y la presión alta, la trasladaron a un hospital en donde permaneció toda la noche. Al día siguiente le informaron que su embarazo transcurría bien, pero aún no estaba a término.

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

Posteriormente, la doctora informó a los familiares de Sonia que, por motivos de salud, no era conveniente que tuviera otro embarazo y les aseguró que ella ya estaba de acuerdo y había firmado el consentimiento para practicarle una Oclusión Tubaria Bilateral (OTB). Entonces, su esposo firmó un documento de autorización, que Sonia no pudo revisar con detenimiento porque se encontraba muy cansada ya que llevaba más de dos días en labor de parto. Lo firmó en un contexto de presión e intimidación cuando la ingresaban al quirófano para practicarle una cesárea de emergencia; por ello, el consentimiento fue recabado por el personal de salud en una situación de crisis. Para la realización de una OTB (al ser un método anticonceptivo permanente) es necesario que exista una amplia consejería previa, lo cual no sucedió en el presente caso.[[16]](#footnote-16)

El caso de Sonia es una muestra de este tipo de prácticas en las que el personal de salud no toma en cuenta factores relevantes para obtener el consentimiento informado, en particular en procedimientos de emergencia obstétrica. Esta práctica afecta principalmente a las mujeres, ya que se presenta en escenarios donde el personal de salud recaba el consentimiento en el que se acepta un método anticonceptivo cuando ellas se encuentran en una situación de gran vulnerabilidad antes, durante o después del parto.

En ocasiones, el consentimiento informado es recabado con violencia, a través de intimidaciones, regaños, humillaciones, e incluso se llega a condicionar la atención médica a las mujeres para que lo firmen. Todos estos tratos y actitudes no quedan registrados en el expediente clínico de la usuaria, solo permanece el consentimiento informado firmado por la mujer y, quizás, alguna inconsistencia en las notas médicas.

El caso de Sonia fue atraído por la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación. El 26 de mayo del 2021, la Primera Sala de la Corte concluyó, por unanimidad, que conforme a los parámetros del derechos nacional e internacional vigentes, Sonia fue víctima de una esterilización no consentida como una forma de tortura, también fue víctima de violencia de género, violencia obstétrica y de tratos crueles, inhumanos y degradantes. La Primera Sala señaló que ni Sonia ni sus familiares dieron consentimiento previo, libre e informado para que se le practicara la OTB. La sentencia ordena al hospital responsable a prestar atención médica quirúrgica sin costo para Sonia, para que, de ser viable se le practique el procedimiento para revertir la esterilización, y de ser el caso, se le ofrezca la posibilidad de acceder a un procedimiento de reproducción asistida. Asimismo, se instruyó que se debe proporcionar tratamiento psicológico o psiquiátrico orientado en salud sexual y reproductiva para resarcir la afectación en el ámbito psicoemocional.

**Anita**

Anita vivía a orillas de la carretera, a 20 minutos del centro de Huehuetla, Puebla. Estudiaba el bachillerato y trabajaba en una papelería que pertenece a sus padrinos. Su padre murió cinco meses antes de los hechos y, en la actualidad, son sus hermanos quienes mantienen la casa económicamente. A los 16 años, Anita se embarazó. Cerca de las 37 semanas de gestación empezó a sentir contracciones y acudió, acompañada de Rosa, su madre, al Hospital Comunitario de Huehuetla, que queda a cuatro horas de su casa Cuando llegó al hospital la médica que la atendió le dijo que aún faltaba mucho para que pariera y que regresara en la tarde para una segunda revisión. Anita y su mamá se fueron a su casa y en la tarde volvieron al hospital, donde la doctora volvió a decirle que faltaba mucho y que se saliera a caminar.

Anita ingresó al hospital hacia las 10 de la noche. La doctora la revisó y le dijo que todo estaba bien. Sin embargo, una hora más tarde, Anita mandó llamar a su mamá y le dijo que se sentía muy mal y que prefería que la trasladaran al Hospital de Ixtepec para que le realizarán una cesárea, como le habían indicado durante su control prenatal, debido a su corta edad. Su mamá habló con la doctora para solicitar el traslado, pero ésta respondió, molesta, que Anita no era médica y que no podía decidir; que el parto sería vaginal. Hacia las 4 de la mañana, la ingresaron a la sala de expulsión, y una hora después, la médica llamó a Rosa para que entrara a verla. Anita estaba inconsciente y había mucha sangre en el piso, en la ropa de la doctora y de la enfermera. Rosa limpió a Anita y le pidió a la doctora que ya no la lastimaran. La doctora y la enfermera empezaron a hacerse señas y le dijeron que se saliera. Nadie dio información a la familia sobre el estado de salud de Anita sino hasta las 8 de la mañana, cuando la médica salió a informarles que había fallecido, que no habían extraído al producto porque se dieron cuenta de que Anita “no lo quería” y que ella “no había puesto voluntad” para que el parto evolucionara de manera satisfactoria. Rosa no firmó los documentos del hospital por la entrega del cuerpo porque era necesario averiguar lo que había ocurrido.

Personal de la Jurisdicción Sanitaria de Zacatlán se presentó con Rosa y su familia y les aseguraron que el personal médico había realizado su labor correctamente. Más tarde también se presentó personal de la Fiscalía General del Estado de Puebla solicitando que la familia autorizara el traslado del cuerpo a Zacatlán. La familia enterró a Anita y a su bebé el 6 de agosto de 2018.

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

1. **Recomendaciones a la Relatora para el informe sobre violencia y su impacto en la salud**
2. Abordar y reconocer la violencia obstétrica como una violación a los derechos humanos de las mujeres y de las personas gestantes;
3. Ampliar el corpus iuris a nivel internacional y las obligaciones de los Estados frente a la violencia obstétrica, reforzando los estándares ya desarrollados por el Comité CEDAW en el caso S.F.M. v. España en donde adoptó por primera vez una decisión relacionado con un caso de violencia obstétrica;[[17]](#footnote-17) así como los construidos por la Relatora Especial del Consejo de Derechos Humanos sobre la violencia contra la mujer en su informe *Enfoque basada en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica*. [[18]](#footnote-18)

1. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares*, México, agosto 2016. Disponible en: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva\_estruc/promo/endireh2016\_presentacion\_ejecutiva.pdf [↑](#footnote-ref-1)
2. Ibídem [↑](#footnote-ref-2)
3. GIRE, El camino hacia la justicia reproductiva, 2021, p.118. Disponible en: https://unadecadajusticiareproductiva.gire.org.mx/wp-content/uploads/2021/11/GIRE\_INFORME\_2 [↑](#footnote-ref-3)
4. Disability Rights International y Colectivo Chuhcan, Abuso y negación de derechos sexuales y reproductivos a mujeres con discapacidad psicosocial en México, 2014, página 20. Disponible en https://www.driadvocacy.org/wp-content/uploads/Informe-M%C3%A9xico-Mujeres-FINAL-Feb2415.pdf [↑](#footnote-ref-4)
5. GIRE, La pieza faltante. Justicia reproductiva, 2018, p. 116. Disponible en: https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2019/11/JusticiaReproductiva.pdf [↑](#footnote-ref-5)
6. Ibídem, p.117 [↑](#footnote-ref-6)
7. Ibíd. [↑](#footnote-ref-7)
8. Observatorio Género y COVID-19, Nos cayó el 20. Diagnóstico y recomendaciones del Observatorio Género y COVID-19 en México, 2020, p. 19. Disponible en: https://genero-covid19.gire.org.mx/wp-content/uploads/2021/05/Manual\_Salud-1.pdf [↑](#footnote-ref-8)
9. GIRE, El camino hacia la justicia reproductiva, 2021, p.95. Disponible en: https://unadecadajusticiareproductiva.gire.org.mx/wp-content/uploads/2021/11/GIRE\_INFORME\_2021.pdf [↑](#footnote-ref-9)
10. Ibídem, p.51 [↑](#footnote-ref-10)
11. Ídem [↑](#footnote-ref-11)
12. Ídem [↑](#footnote-ref-12)
13. Ibídem, p.127 [↑](#footnote-ref-13)
14. Ibíd. P.96 [↑](#footnote-ref-14)
15. El nombre ha sido cambiado por seguridad [↑](#footnote-ref-15)
16. La Norma Oficial Mexicana NOM 005-SSA2-1993 de los Servicios de Planificación Familiar señala que el consentimiento informado consiste en la decisión voluntaria del aceptante para que se le realice/aplique un método anticonceptivo, con pleno conocimiento y comprensión de la información pertinente sin presiones. Asimismo, señala que previo a la obtención del consentimiento debe proporcionarse una consejería en planificación familiar en la que se le proporcione toda la información que necesite la usuaria sobre los métodos anticonceptivos, así como sus ventajas y contradicciones. La consejería no deberá brindarse cuando las mujeres se encuentren en situaciones de crisis. [↑](#footnote-ref-16)
17. Naciones Unidas, Asamblea General, informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, 11 de julio de 2019, Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié́ en la atención del parto y la violencia obstétrica. Disponible en: http:// undocs.org/es/A/74/137 [↑](#footnote-ref-17)
18. Naciones Unidas, Comité́ para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, cedaw/C/75/D/138/2018, 28 de febrero de 2020. Disponible en: https://undocs.org/ch/cedaw/C/75/D/138/2018

    [↑](#footnote-ref-18)