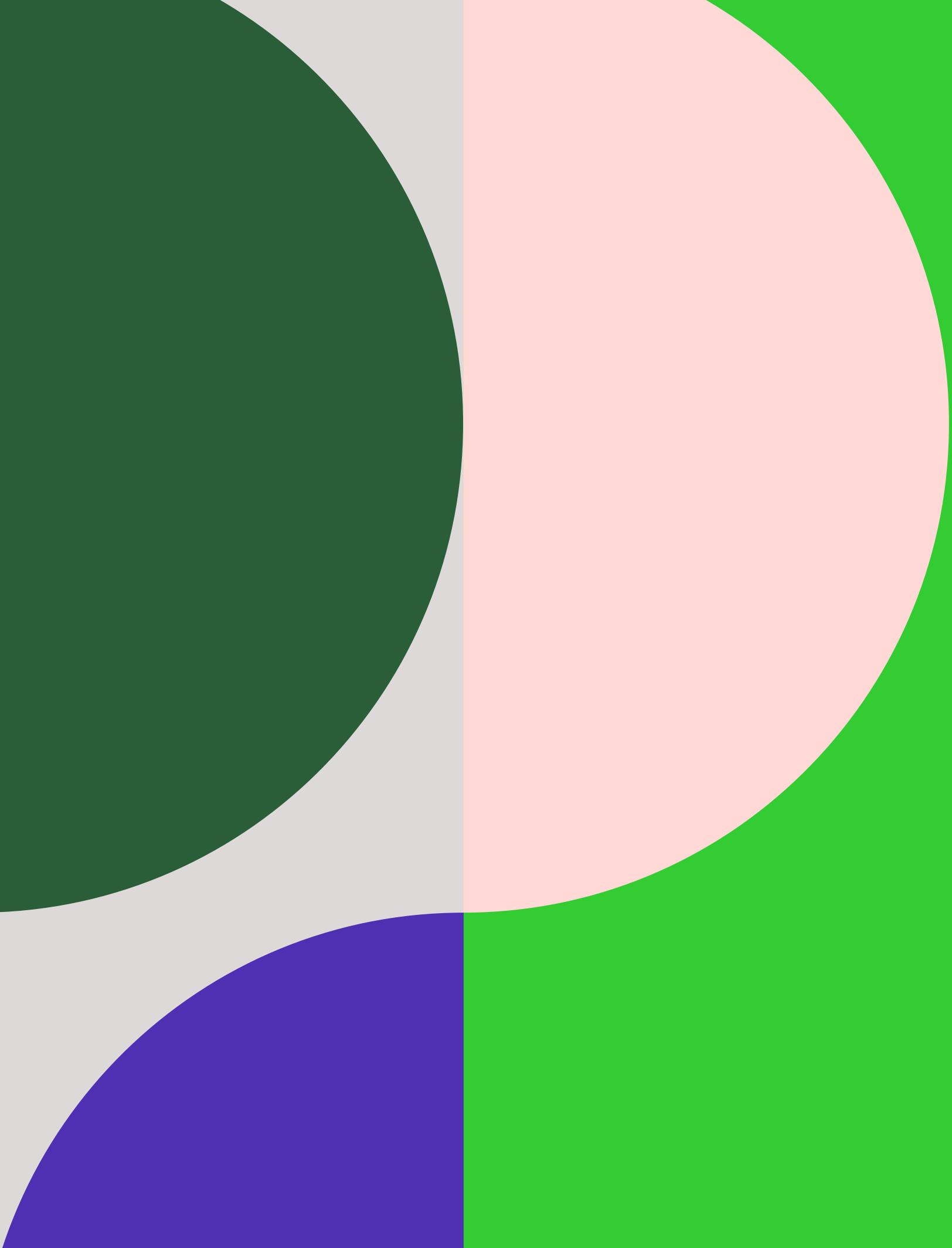


# ¿Qué dicen los datos públicos?

Radiografía de  
la violencia obstétrica  
y la muerte materna

# ¿Qué dicen los datos públicos?

Radiografía de  
la violencia obstétrica  
y la muerte materna



## **Créditos**

### **Dirección**

Rebeca Ramos

Isabel Fulda

### **Coordinación**

Verónica Esparza

### **Investigación y texto**

Katia Guzmán

Irékani Alarcón

### **Cuidado de edición y corrección de estilo**

The Pillow Books

### **Diseño**

Nieves Dánae

Este documento se terminó de formar en julio de 2023 en la Ciudad de México.

Se alienta la distribución pública de la presente obra y de los datos de esta investigación siempre que se reconozca y mencione la autoría de GIRE. En ningún caso esta obra podrá ser usada con fines comerciales, su difusión es gratuita.

# Índice

<b>7</b>	<b>Violencia obstétrica</b>
<b>17</b>	Instituciones de atención a la salud ¿Quiénes son más proclives a sufrir violencia obstétrica?
<b>21</b>	Personas con discapacidad
<b>28</b>	Limitaciones de la ENDIREH
<b>33</b>	
<b>35</b>	<b>Muerte materna</b>
<b>40</b>	Instituciones de atención a la salud La muerte materna en México y la importancia de las estimaciones confiables
<b>48</b>	Las fuentes de información
<b>48</b>	Los límites de la información disponible
<b>52</b>	
<b>59</b>	<b>Violencia obstétrica y muerte materna: la construcción de un indicador concentrado</b>
<b>66</b>	<b>Reflexiones finales</b>
<b>69</b>	<b>Recomendaciones</b>
<b>69</b>	Encuesta Nacional de la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH)
<b>70</b>	Dirección General de Epidemiología
<b>70</b>	Defunciones y nacimientos

**La violencia obstétrica** (VOB) es una forma específica de violencia contra las mujeres y otras personas con capacidad de gestar que constituye una violación a sus derechos humanos. Tiene lugar en los servicios de salud públicos y privados, durante la atención del embarazo, parto y posparto, y consiste en cualquier acción u omisión que les cause un daño físico o psicológico. Puede incluir la negación del acceso a servicios de salud reproductiva; un trato cruel, inhumano o degradante; el suministro excesivo de medicamentos; la práctica de cesáreas no justificadas, así como cualquier acción que menoscabe su capacidad de decidir de manera libre e informada sobre sus procesos reproductivos.<sup>1</sup> La manifestación más grave de violencia obstétrica es la muerte de la mujer o persona gestante. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la muerte materna es aquella que sucede durante el embarazo, parto o puerperio debido a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o durante su atención.<sup>2</sup>

En un contexto de desigualdad estructural en el acceso a los servicios de salud, como el de México, resulta relevante indagar si existen condiciones que determinan este fenómeno y cuáles podrían prevenirlo. Dicho análisis es fundamental para diseñar e implementar políticas públicas específicas que atiendan las diversas manifestaciones de violencia obstétrica. Así, este documento intenta ubicar las posibles determinantes de la violencia obstétrica y la muerte materna en México a partir de la información pública disponible: la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) y las cifras de mortalidad proporcionadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

1 GIRE, Violencia obstétrica. Un enfoque de derechos humanos, 2015, p. 12. Disponible en: <https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2016/07/informeviolenciaobstetrica2015.pdf>

2 Se toma en cuenta un plazo de 42 días después de la terminación del embarazo para que un fallecimiento aún sea considerado como defunción materna.

## Violencia obstétrica

La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) tiene como principal objetivo generar información sobre las experiencias de violencia que las mujeres mayores de 15 años<sup>3</sup> han enfrentado en distintos ámbitos de su vida. A partir de 2016, los cuestionarios se revisaron y rediseñaron con el objetivo de capturar la información de manera integral. Las encuestadoras son capacitadas en materia de consentimiento, empatía y privacidad para llevar a cabo la entrevista; además, en el marco del protocolo, deben entregar un folleto con datos de instituciones que brindan apoyo a mujeres en situación de violencia.<sup>4</sup>

Como parte del rediseño de la ENDIREH que se realizó en 2016, se agregó un apartado sobre las experiencias durante la atención del último parto, con el objetivo de conocer las distintas manifestaciones de violencia obstétrica que han vivido las mujeres en edad reproductiva.<sup>5</sup> A partir de ello, por primera vez se contó con información sobre este fenómeno a nivel nacional y estatal. La ENDIREH 2021 incorporó este módulo en su totalidad para tener información comparable a lo largo del tiempo. Si bien la periodicidad de esta encuesta es larga, pues se realiza de manera quinquenal, es un instrumento muy valioso para el estudio y la posterior atención de las violencias contra las mujeres que permite realizar diagnósticos puntuales en dicha materia.

Entre 2016 y 2021, se observa que la violencia obstétrica se mantuvo prácticamente constante: en 2016, 33.4 por ciento de las mujeres en edad reproductiva que informaron haber tenido al menos un parto en los últimos cinco años experimentaron por lo menos una manifestación

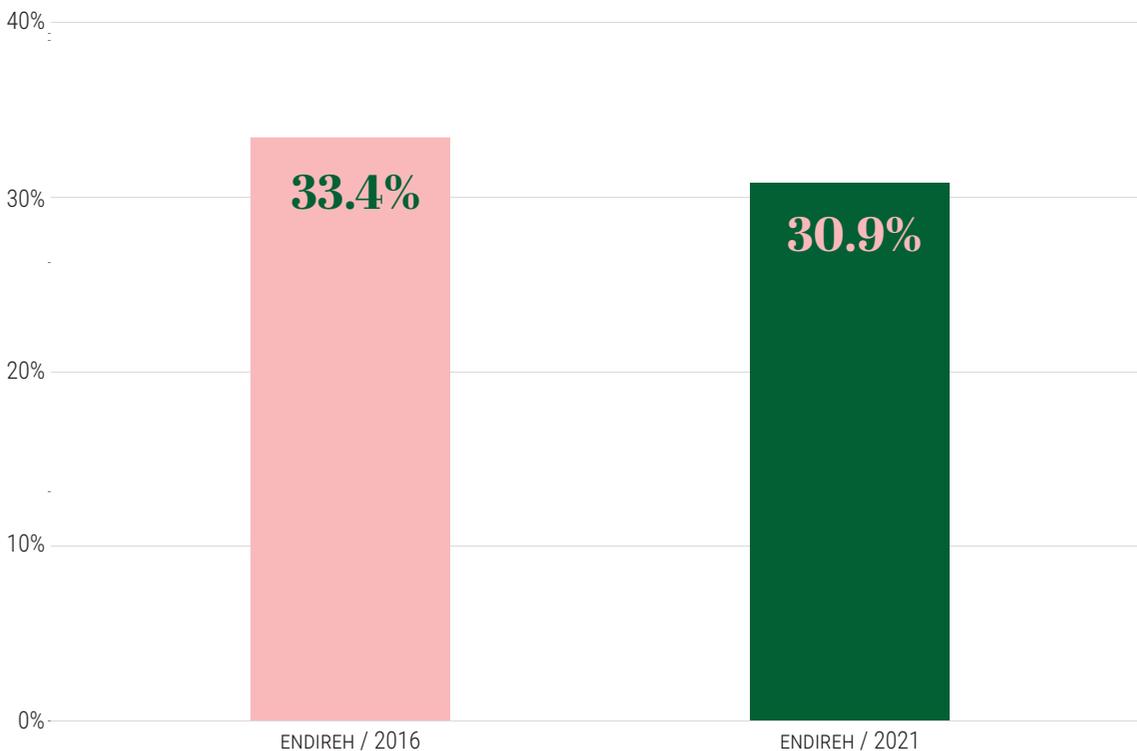
3 Si bien la ENDIREH no ofrece datos sobre la experiencia de mujeres y personas gestantes menores de 15 años, ellas también pueden sufrir las distintas manifestaciones de violencia obstétrica y fallecer por causas relacionadas con su embarazo. Es indispensable que la atención obstétrica también respete los derechos humanos en los casos de las menores, en especial porque la mayoría provienen de contextos que ya las han vulnerado.

4 INEGI, ENDIREH, *Manual de la entrevistadora*, 2021, p. 51. Disponible en: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2021/doc/endireh2021\\_manual\\_entrevistadora.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2021/doc/endireh2021_manual_entrevistadora.pdf)

5 Mujeres entre 15 y 49 años de edad.

de violencia obstétrica; en 2021 este porcentaje fue de 30.9 por ciento. Es decir, **una de cada tres mujeres sufrió algún tipo de violencia obstétrica durante su último parto**. Este estancamiento es alarmante, pues quiere decir que, a pesar de que se cuenta con un marco normativo y políticas públicas que deberían prevenir esta situación, no se ha logrado ningún avance significativo en la materia.<sup>6</sup>

**1.1.** Porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años que sufrieron VOB en su último parto  
Últimos 5 años

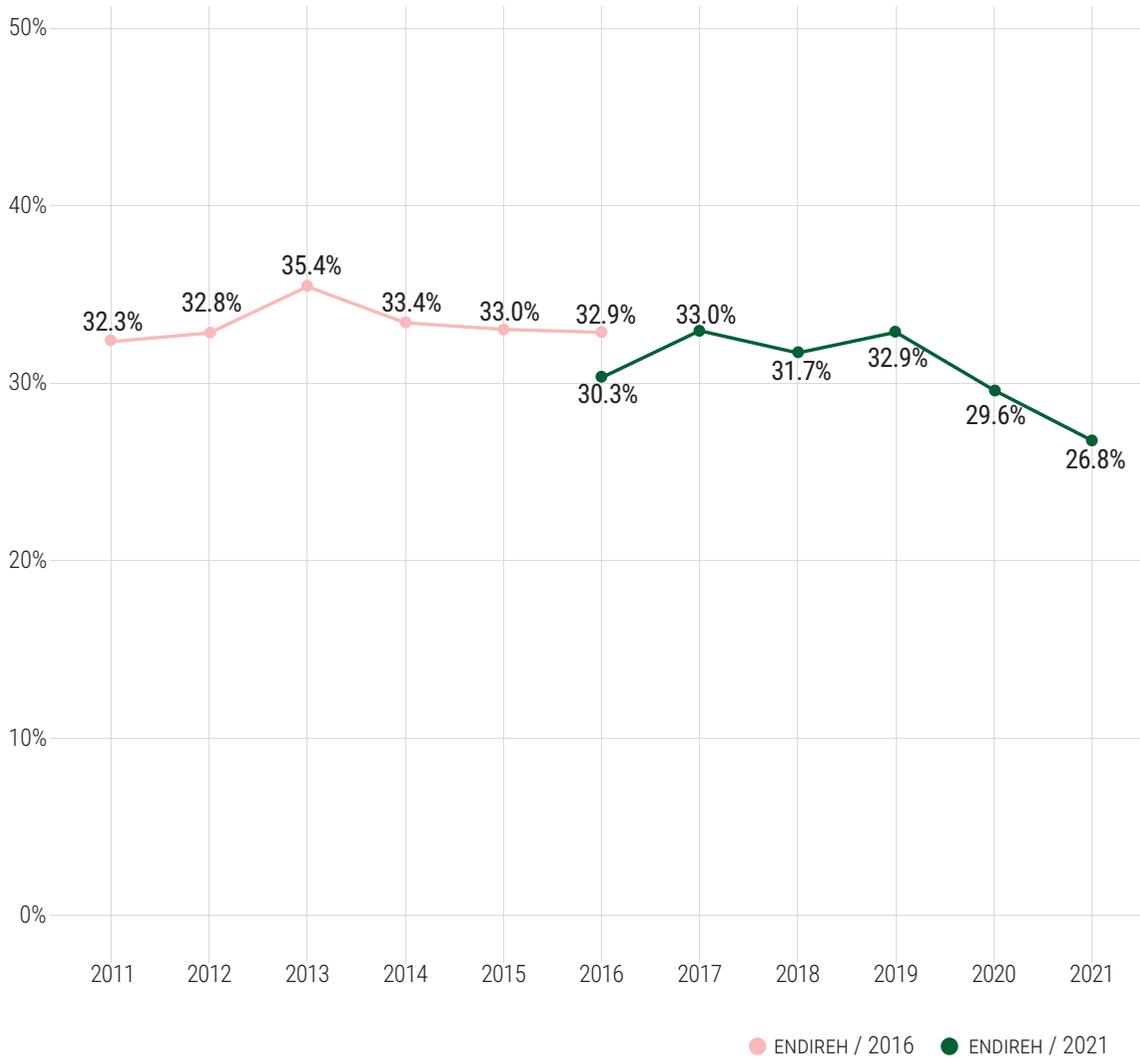


Elaboración de GIRE con información de la ENDIREH (2016 y 2021)

Sin embargo, al desagregar la información de ambas encuestas por el año del último parto se observa una ligera tendencia a la baja —sobre todo en 2020 y 2021—. La ENDIREH 2016 incluye los partos ocurridos entre octubre de 2011 y octubre de 2016, mientras que la ENDIREH 2021, contempla los ocurridos entre octubre de 2016 y octubre de 2021.

<sup>6</sup> GIRE, *El camino hacia la justicia reproductiva*, 2021, p. 130. Disponible en: <https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2022/06/ElCaminoHaciaLaJusticiaReproductiva.pdf>

**1.2.** Porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años que sufrieron VOB en su último parto  
Desagregado por año del último parto



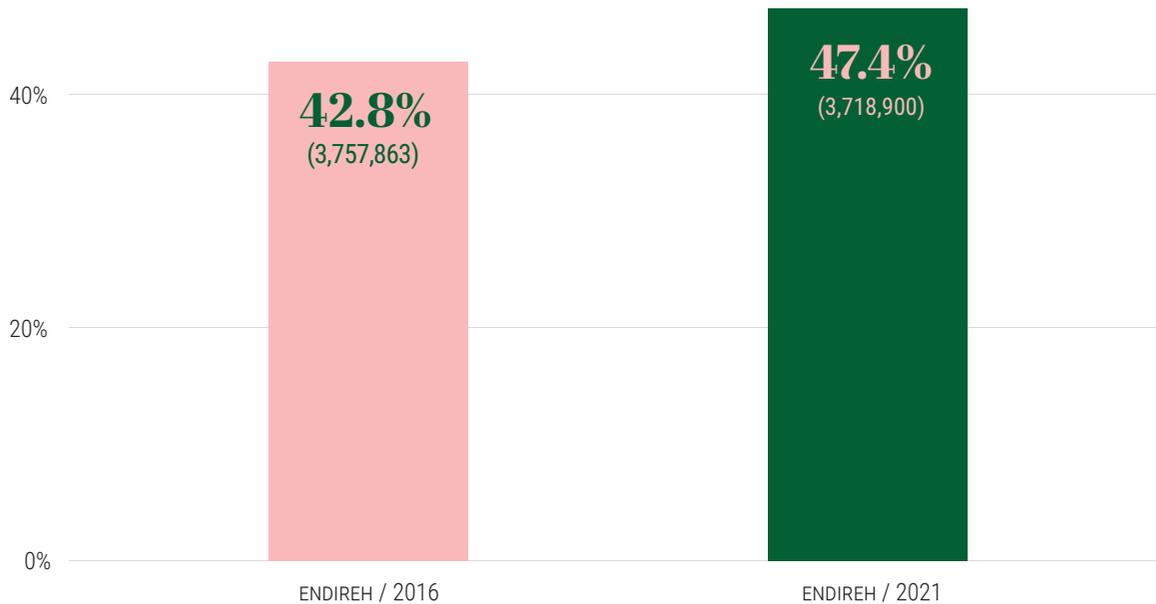
Elaboración de GIRE con información de la ENDIREH (2016 y 2021)

Entre los elementos que configuran la violencia obstétrica se encuentra la sobremedicalización durante el parto, así como el uso de procedimientos de rutina sin el consentimiento de las mujeres o en situaciones no justificadas. Uno de estos procedimientos es la cesárea, que con frecuencia se practica sin que existan indicaciones clínicas que la justifiquen; esto pone a las mujeres en riesgo de sufrir problemas de salud, en particular a aquellas con escaso acceso a una atención obstétrica integral.<sup>7</sup> Entre 2016 y 2021 se observa un aumento de 4.6 puntos porcentuales en los

7 OMS, “Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea”, 2015. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO\\_RHR\\_15.02\\_spa.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?sequence=1)

partos resueltos por cesáreas, al pasar de 42.8 a 47.4 por ciento. La OMS recomienda mantener la tasa de cesáreas en un rango entre 10 y 15 por ciento; sin embargo, en 2018, por ejemplo, la tasa promedio a nivel mundial se estimó en 21.1 por ciento.<sup>8</sup>

**1.3.** Porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años cuyo último parto fue por cesárea  
Últimos 5 años (entre paréntesis se indica el total de cesáreas)



Elaboración de GIRE con información de la ENDIREH (2016 y 2021)

Al estimar este indicador —parto por cesárea— por año de último parto, la tendencia observada en el periodo de 2011 a 2016 parece ir a la baja. No obstante, entre 2016 y 2021 —ENDIREH 2021—, se observan dos momentos: una ligera disminución de 2016 a 2019 y un repunte en 2020 y 2021, años en los que la pandemia por covid-19 fue más intensa. Aunque aún no es posible conocer su efecto con la información disponible, una posible explicación del repunte es que, debido a la saturación hospitalaria, el personal de salud optó por programar partos vía cesárea para tener más control de la afluencia de usuarias en los hospitales de atención obstétrica.

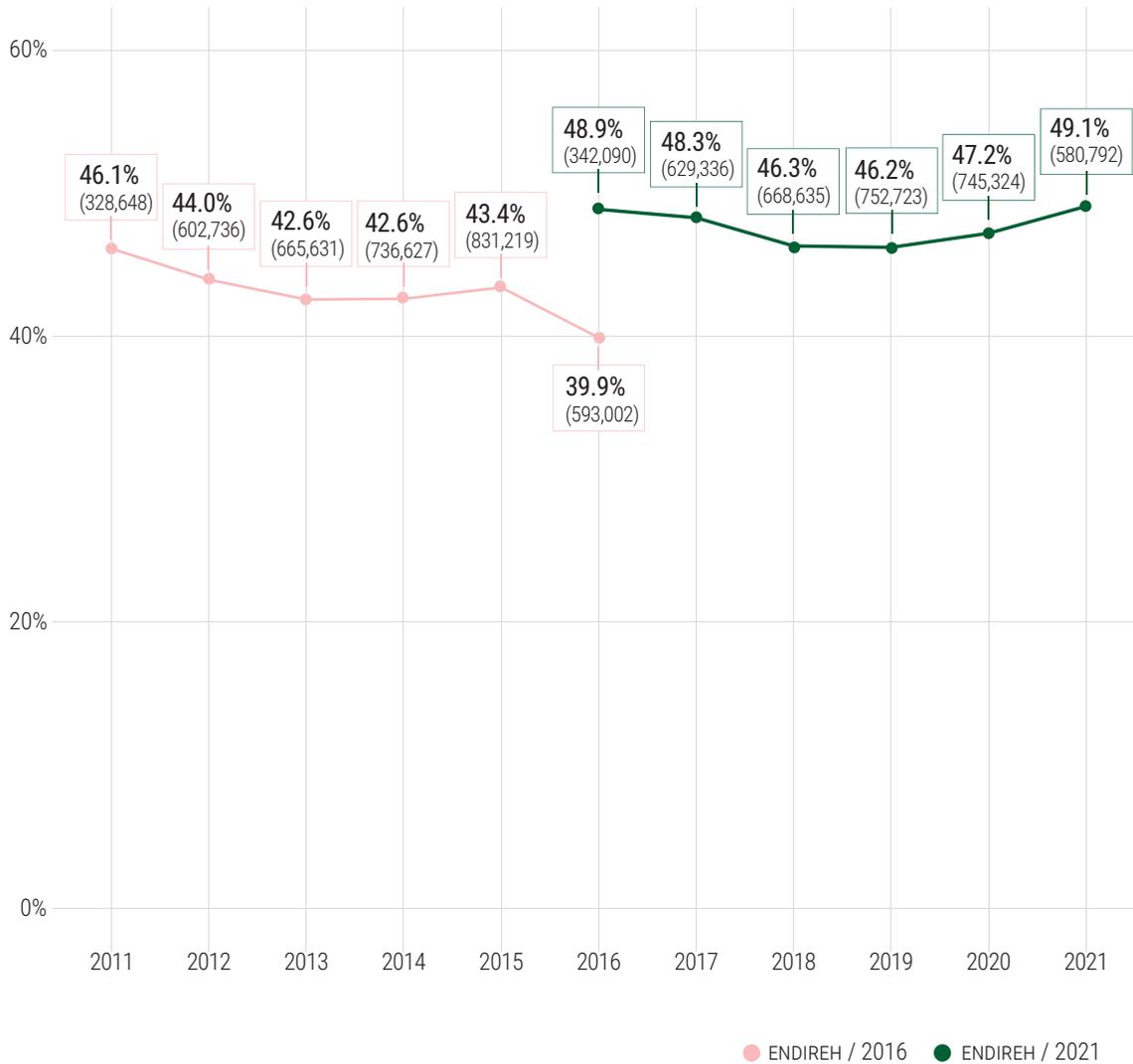
8 OMS, “Caesarean section rates continue to rise, amid growing inequalities in access”, 2021. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access>

“

**Entre 2016 y 2021 se observa un aumento de 4.6 puntos porcentuales en los partos resueltos por cesáreas.**

”

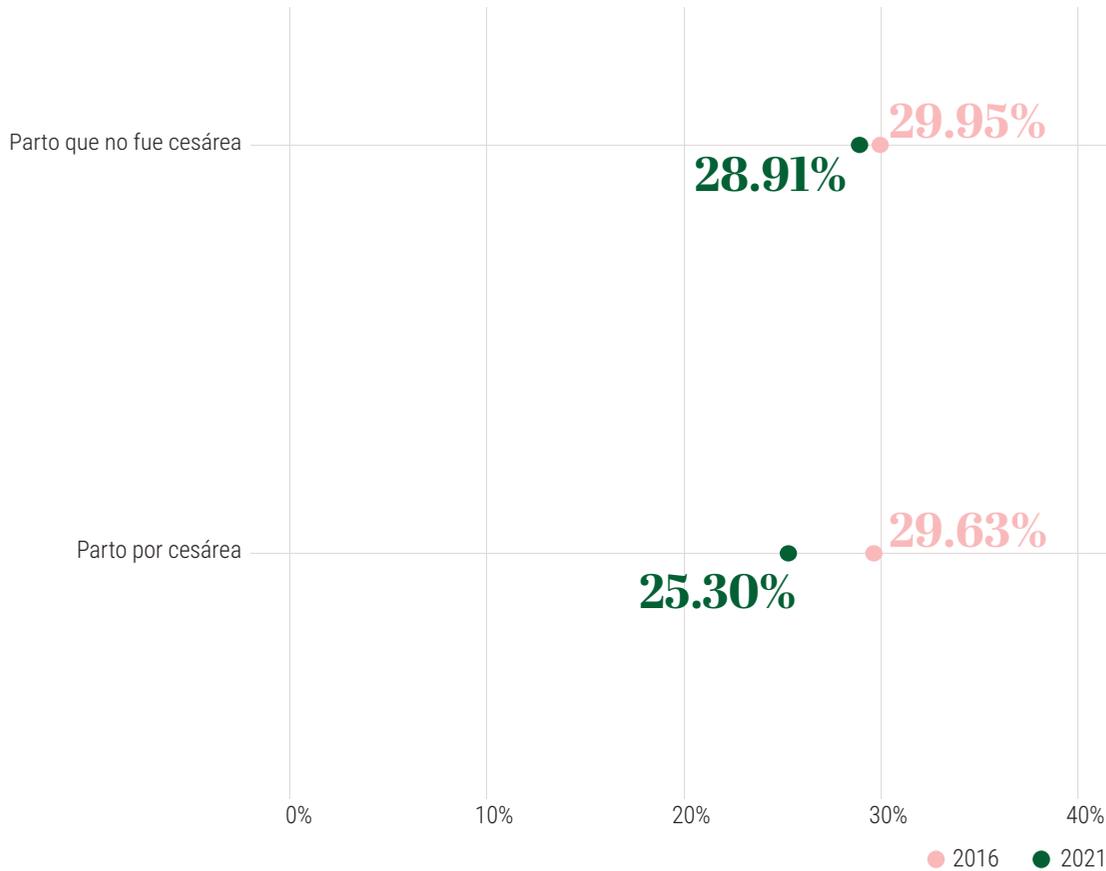
**1.4.** Porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años cuyo último parto fue por cesárea  
Desagregado por año del último parto (entre paréntesis se indica el total de cesáreas)



Elaboración de GIRE con información de la ENDIREH (2016 y 2021)

Es de notar que, en 2016, la violencia obstétrica en los partos que no fueron cesáreas y en los que sí se realizó ese procedimiento fue prácticamente la misma, al estimarse en casi 30 por ciento en ambos casos. Sin embargo, en 2021 se observa una reducción de 4.33 puntos porcentuales en la violencia obstétrica registrada en las cesáreas, mientras que la observada en los partos que no fueron por cesárea se mantiene en gran medida constante. Aunque podría parecer que tal reducción es positiva, estos resultados no deben interpretarse como que la solución para este tipo de violencia sea realizar cesáreas, sino que se debe aspirar a reducirla en la atención obstétrica en general.

**1.5.** Porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años que sufrieron VOB en su último parto  
Desagregado por tipo de parto



Elaboración de GIRE con información de la ENDIREH (2016 y 2021)

En este punto es fundamental insistir en que la atención a la salud obstétrica debe centrarse en las necesidades de las usuarias. Así, se deben distinguir las situaciones en las que realmente se justifica practicar una cesárea y, por otra parte, evitar el procedimiento cuando este se vincula con la preferencia o disponibilidad del personal de salud. Para lograr lo anterior, es fundamental priorizar un adecuado seguimiento obstétrico durante todas las etapas del embarazo; con ello, se esperaría disminuir los casos en los que se practican cesáreas por una situación de emergencia que pudo haberse prevenido.

La violencia obstétrica es un concepto amplio que se manifiesta de diferentes formas. Incluye los malos tratos o groserías verbales, las agresiones físicas y la imposición de procedimientos médicos no consentidos, como la anticoncepción o esterilización no consentida o forzada. La siguiente gráfica nos permite observar a detalle la incidencia de las distintas manifestaciones de violencia obstétrica, así como los cambios que tuvieron entre 2016 y 2021.<sup>9</sup>

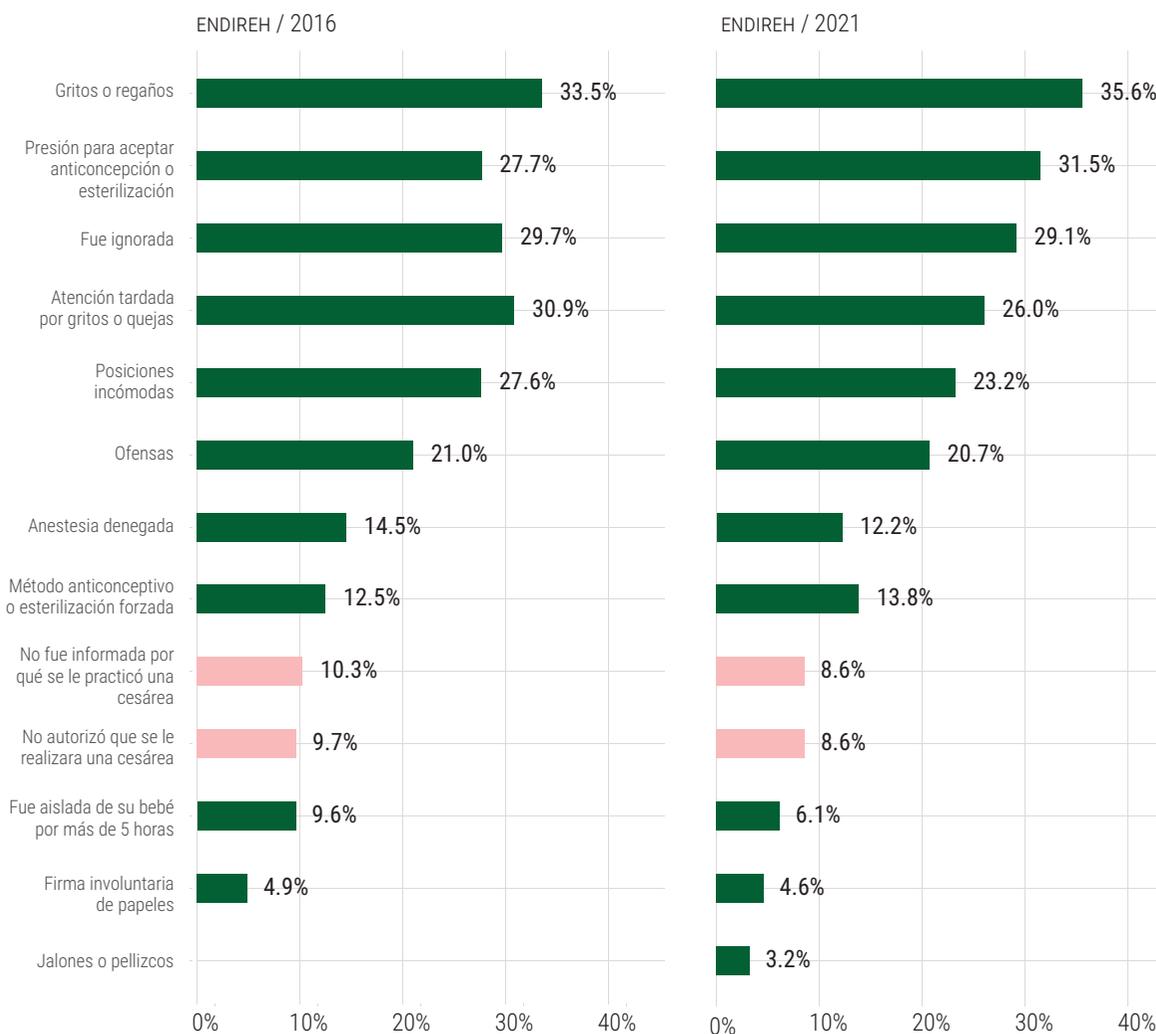
<sup>9</sup> La categoría *Jalones o pellizcos* fue agregada en la edición 2021 de la ENDIREH.

“

**Es fundamental priorizar un adecuado seguimiento obstétrico durante todas las etapas del embarazo; con ello, se esperaría disminuir los casos en los que se practican cesáreas por una situación de emergencia que pudo haberse prevenido.**

”

### 1.6. Porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años que sufrieron VOB en su último parto Desagregado por tipo de manifestación de violencia



Elaboración de GIRE con información de la ENDIREH (2016 y 2021)

En general, al desagregar las manifestaciones de VOB no se muestran grandes cambios. Sin embargo, llama la atención que *Presión para aceptar anticoncepción o esterilización* pasó de ser la quinta manifestación más frecuente en 2016 a ser la segunda más mencionada en 2021. También se observa un ligero aumento en *Método anticonceptivo o esterilización forzada*, al pasar de 12.2 a 13.8 por ciento. **Resulta preocupante que, aunque se observen leves disminuciones en varias de las manifestaciones, haya un aumento en las que están relacionadas con procedimientos de anticoncepción y esterilización forzada.**

GIRE ha acompañado casos de mujeres y personas gestantes —como el caso de Sandra—<sup>10</sup> en los que el personal de salud recabó su firma en el consentimiento informado para aceptar un método anticonceptivo mientras ellas estaban en medio de una emergencia obstétrica —antes, durante o después del parto—, es decir, en situaciones de gran vulnerabilidad.<sup>11</sup> En ocasiones, la firma del documento se obtiene a través de ejercer violencia con intimidaciones, regaños, humillaciones o, incluso, al condicionar la atención médica. Esta práctica afecta principalmente a las mujeres en condiciones de marginalidad.

A nivel regional, existen sentencias relacionadas con la violencia obstétrica y, de manera concreta, con el consentimiento informado en procesos de esterilización o métodos anticonceptivos permanentes. Por ejemplo, el 30 de noviembre de 2016, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) estableció que el Estado Plurinacional de Bolivia era responsable por ligar las trompas de Falopio —un método anticonceptivo permanente— de la señora I.V. sin su consentimiento.<sup>12</sup>

Por otro lado, en el ámbito universal, en julio de 2019, la Relatora Especial del Consejo de Derechos Humanos sobre la violencia contra la mujer, en su informe *Enfoque basado 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*,<sup>13</sup> evidenció que las esterilizaciones forzadas son procedimientos médicos que se practican en todo el mundo sin consentimiento informado. Entre las razones, el personal sanitario aduce que son en beneficio del interés superior de la mujer, pero se sostienen en creencias y prejuicios, como el de que las mujeres pertenecientes a grupos minoritarios —como las mujeres indígenas o las mujeres con discapacidad— son incapaces de tomar decisiones responsables sobre su reproducción.<sup>14</sup>

10 Antes de que Sandra autorizara a GIRE para utilizar su verdadero nombre al hacer referencia a este caso se había optado por poner *Sonia* como pseudónimo. Más detalles sobre el mismo en: GIRE, *El camino hacia la justicia reproductiva*, 2021, p. 125.

11 El 26 de mayo de 2021, la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) resolvió el caso de Sandra. La SCJN concluyó que Sandra fue víctima de una esterilización no consentida como una forma de tortura, y que, además, fue víctima de violencia de género, violencia obstétrica y de tratos crueles, inhumanos y degradantes. La Corte señaló que ni Sandra ni sus familiares dieron su consentimiento libre, pleno e informado para que se le practicara una oclusión tubaria bilateral y, por ello, se vulneraron sus derechos a la salud, a la integridad personal, a la libertad y la autonomía reproductivas, a determinar su proyecto de vida, a tener una vida libre de violencia y a recibir información relativa al acceso a los servicios de salud reproductiva. Proyecto de Sentencia del Juicio de Amparo en Revisión 1064/2019, SCJN, Primera Sala, Ponente: ministra Norma Lucía Piña Hernández. Disponible en: <https://www2.scjn.gob.mx/ConsultaTematica/PaginasPub/DetallePub.aspx?AsuntoID=266379>

12 Corte IDH, *Caso I.V. vs. Bolivia*, Excepciones preliminares, Fondo, reparaciones y costas, 30 de noviembre de 2016, Serie C, núm. 329, párr. 122.

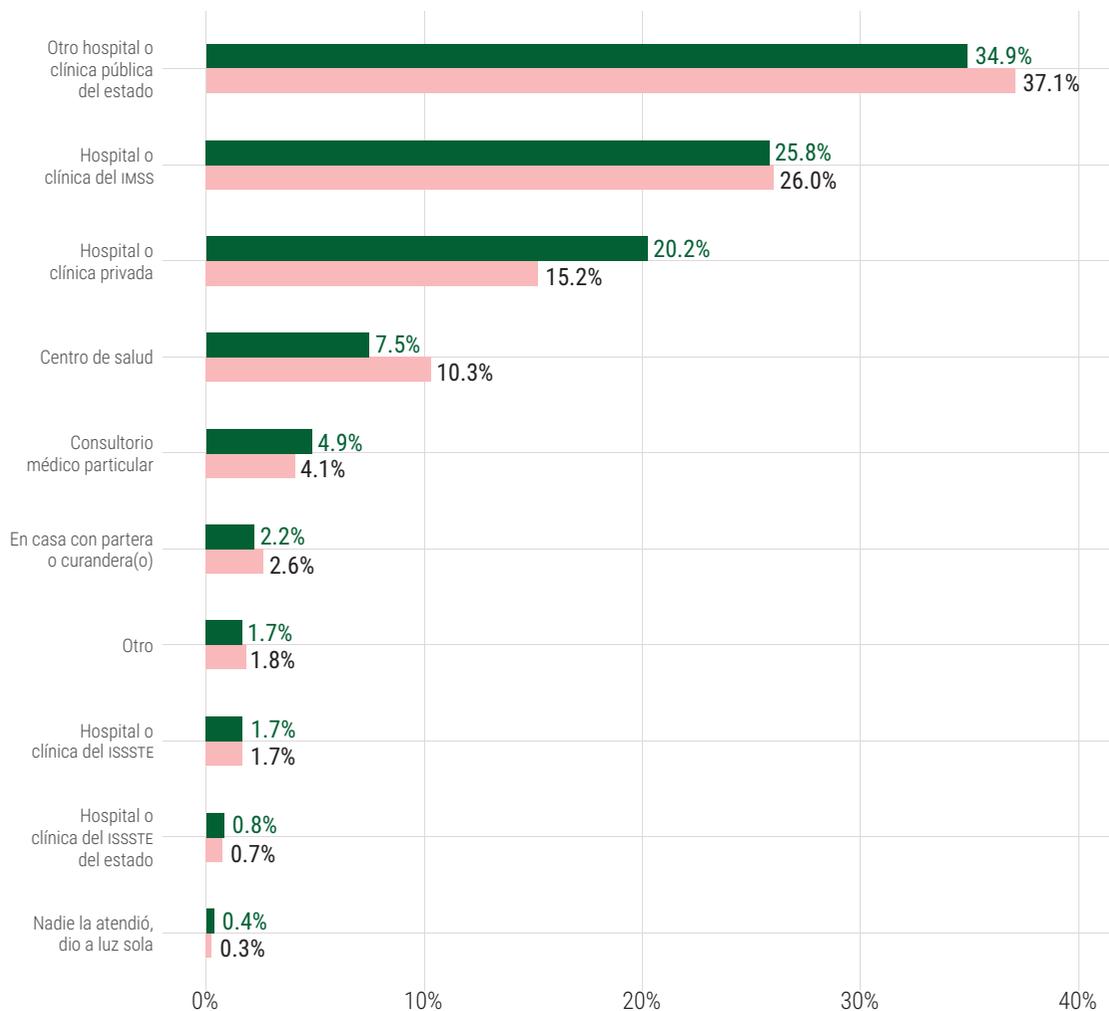
13 Naciones Unidas, Asamblea General, informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, *Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica*, 74º período de sesiones, [A/74/137], 11 de julio de 2019. Disponible en: <http://undocs.org/es/A/74/137>

14 *Ibidem*, párr. 21.

## Instituciones de atención a la salud

Al abordar el tema de salud y justicia reproductiva es importante observar el lugar en el que las mujeres y otras personas con capacidad de gestar se atienden. **El sector público concentra más del 70 por ciento de los partos**, de acuerdo con la ENDIREH 2021, mientras que el sector privado —compuesto por hospitales, clínicas o consultorios médicos privados— el 25.1 por ciento.

### 1.7. Porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años que tuvieron al menos un parto Desagregado por lugar de atención del parto



Elaboración de GIRE con información de la ENDIREH (2016 y 2021)

En el ejercicio de 2021 se observa un aumento de la atención de partos en el sector privado, posiblemente relacionado con el efecto de la pandemia por covid-19. Destaca que la atención

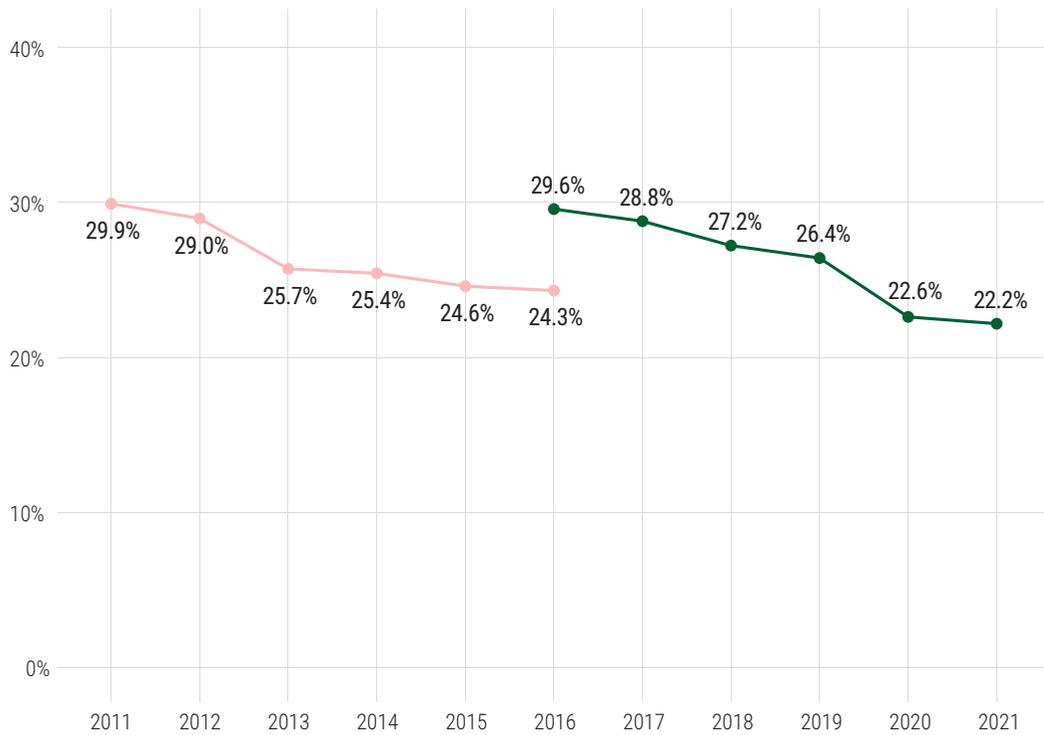
en *Hospital o clínica del IMSS* registra una tendencia a la baja, incluso en años previos a la pandemia. También se observa un aumento, sobre todo entre 2019 y 2020, en la atención en *Hospital o clínica privada*. Se podría presumir que algunas usuarias sustituyeron la atención en el IMSS por la del sector privado. Aunque no existe forma de comprobarlo, puede ser que esto haya sido ocasionado, al menos en parte, por el temor a exponerse a un contagio de covid-19, dada la saturación hospitalaria que experimentaron las instituciones públicas de atención a la salud. Otro factor que pudo haber influido en este cambio es que, durante la emergencia sanitaria, muchos hospitales materno-infantiles fueron reconvertidos a hospitales de atención covid; además, la información pública disponible no era clara, por lo que, a falta de certeza, las usuarias que pudieron pagarla optaron por la atención privada y quienes no tuvieron los recursos para hacerlo fueron a centros de salud —para esta categoría se registra una tendencia al alza entre 2011 y 2016 y un ligero estancamiento entre 2016 y 2021—.

### 1.8. Porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años que tuvieron al menos un parto Desagregado por año y lugar de atención del parto

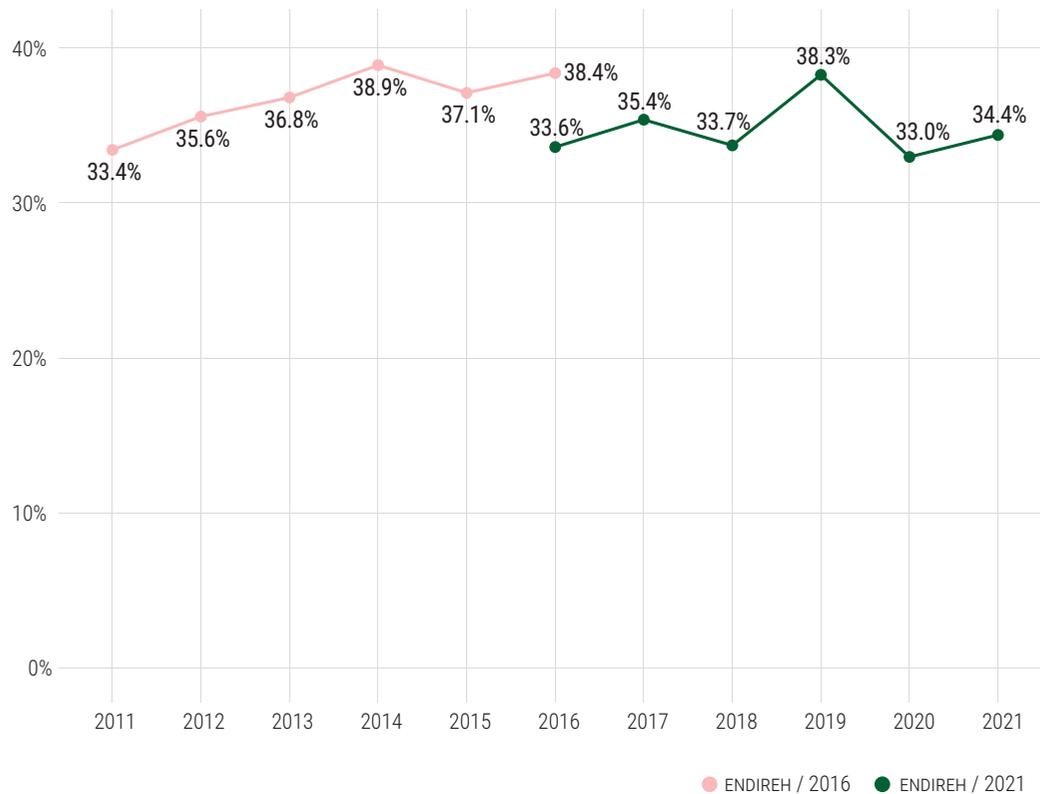


Elaboración de GIRE con información de la ENDIREH (2016 y 2021)  
(Solo se seleccionaron algunos lugares de atención del parto)

Hospital o clínica del IMSS

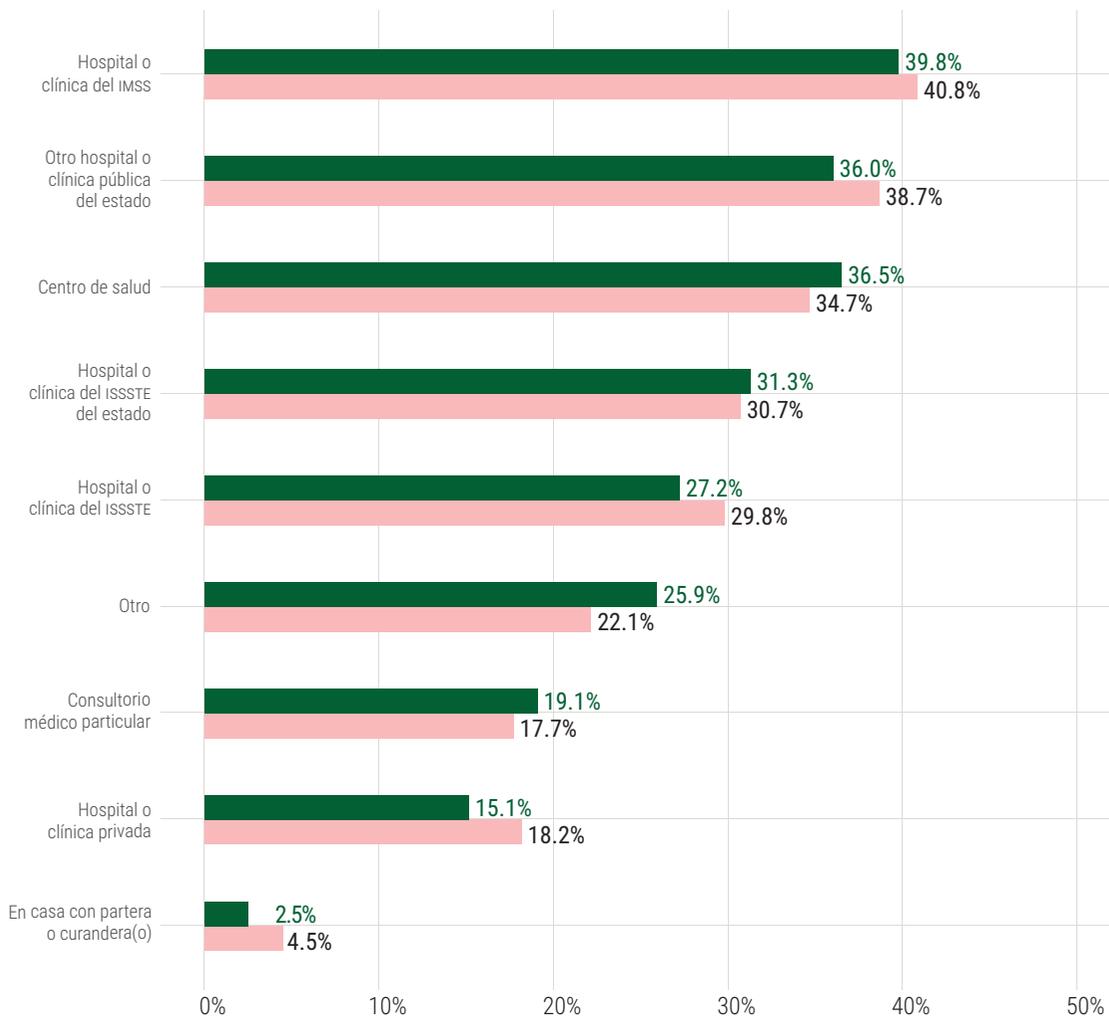


Otro hospital o clínica pública del estado



Ahora bien, al analizar la incidencia de violencia obstétrica dentro de los distintos lugares de atención se observa que en *Hospital o clínica del IMSS* es en donde más manifestaciones de violencia obstétrica se informan, con 39.8 por ciento de tasa de incidencia en 2021. En contraste, en *Hospital o clínica privada* se reporta 15.1 por ciento para el mismo periodo. Por ello, otra hipótesis para explicar la sustitución de la atención pública por la privada, además de las ya mencionadas, es la forma en que las mujeres y personas con capacidad de gestar son tratadas en cada institución de atención.

**1.9.** Porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años que sufrieron VOB en su último parto  
Desagregado por lugar de atención del parto



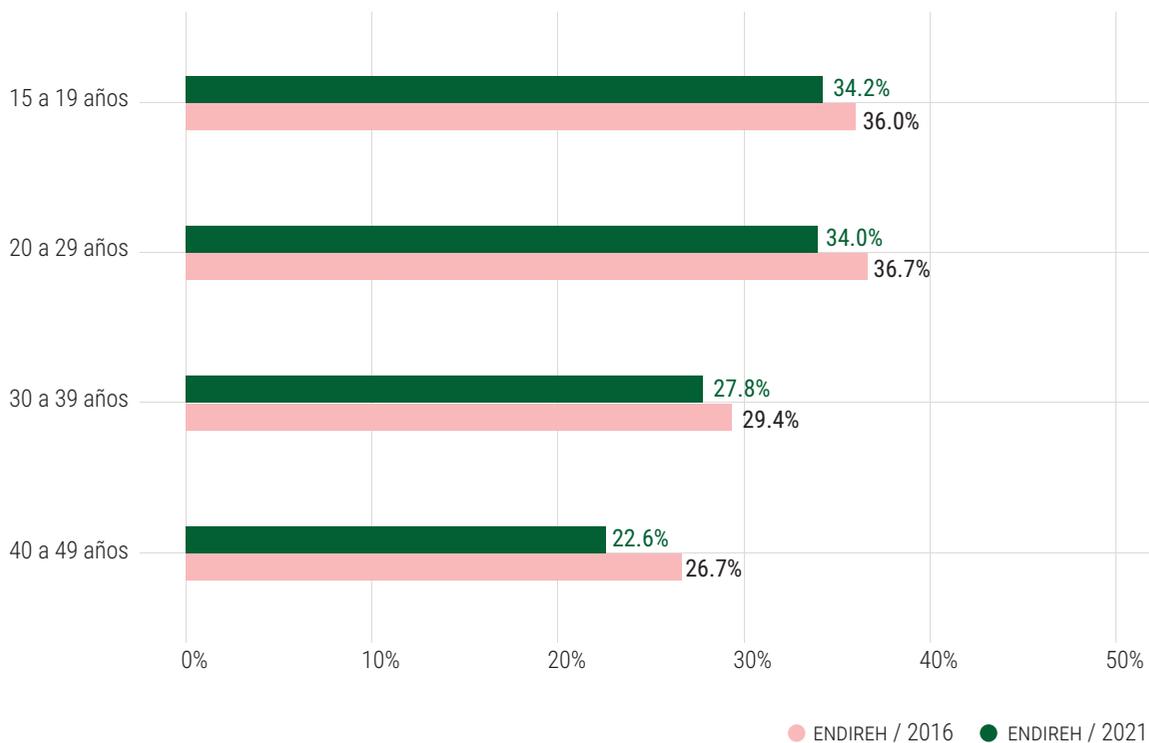
Elaboración de GIRE con información de la ENDIREH (2016 y 2021)

### ¿Quiénes son más proclives a sufrir violencia obstétrica?

Es importante analizar las características sociodemográficas de las mujeres y otras personas gestantes que informan haber vivido violencia obstétrica, pues esto permite conocer si existen tendencias —por lo general relacionadas con estereotipos y formas de discriminación— en la atención a distintas poblaciones. Identificar estas tendencias permite emitir recomendaciones para capacitar al personal de salud en la atención de poblaciones específicas.

En primer lugar, respecto a la edad, se observa que, a pesar de que se registró una disminución de la violencia obstétrica para todos los grupos de edad, las mujeres menores de 30 años suelen sufrirla más —36 por ciento de las mujeres entre 15 y 19 años y 36.7 por ciento de las mujeres entre 20 y 29 años informan haber experimentado una manifestación de violencia obstétrica—. La falta de reconocimiento de la agencia de las usuarias adolescentes por parte del personal de salud, así como la poca interacción que han tenido las mujeres jóvenes con el sistema de salud, pueden ser dos factores que propicien esta diferencia.

#### 1.10. Porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años que sufrieron VOB en su último parto Desagregado por grupos de edad



Elaboración de GIRE con información de la ENDIREH (2016 y 2021)

“

**Respecto a la edad, se observa que, a pesar de que se registró una disminución de la violencia obstétrica para todos los grupos etarios, las mujeres menores de 30 años suelen sufrirla más.**

”

En segundo lugar, el estado civil muestra algunas diferencias sutiles. Por un lado, **las mujeres solteras y separadas informan con mayor frecuencia haber vivido al menos un tipo de violencia obstétrica en la atención de su último parto** —38.57% y 34.74%, respectivamente—. Por otro lado, las mujeres casadas sufrieron menos este fenómeno. Esto podría deberse a que las mujeres solteras y separadas tienden a no estar acompañadas por sus parejas, en comparación con las mujeres casadas. Otra posible explicación es la penalización social que suele tener el embarazo fuera del matrimonio, que puede derivar en que el personal de salud ejerza malos tratos hacia esta población.

**1.11.** Porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años que sufrieron VOB en su último parto  
Desagregado por situación conyugal



Elaboración de GIRE con información de la ENIREH (2016 y 2021)

Si bien el estado civil puede servir como orientación para suponer si la mujer estaba o no acompañada durante el parto, lo ideal sería contar con un reactivo que indague específicamente si a la mujer se le permitió elegir a la persona acompañante durante la atención del parto; lo cual, además, es un derecho en la normativa vigente. Esto es importante porque, como se observa

en la gráfica anterior, las mujeres divorciadas y las viudas —que podría suponerse que tampoco están acompañadas por una pareja— reportan menos violencia obstétrica que las mujeres solteras o separadas; en este sentido, se sostiene la hipótesis de que existe una penalización social por estar embarazada fuera del matrimonio y que ello puede explicar las diferencias observadas. Además, en muchas ocasiones, las redes de apoyo con las que cuentan las mujeres son construidas con la familia, amigas o, incluso, vecinas. La misma ENDIREH 2021 señala que 93.4 por ciento de las mujeres que se enferman acuden a solicitar atención acompañadas por algún familiar. Lamentablemente, no se desagrega el sexo del familiar con quien se acude; esta información permitiría observar sesgos de género importantes, tomando en consideración que los trabajos de cuidados suelen ser realizados de forma desproporcionada por mujeres.<sup>15</sup>

En tercer lugar, no se registran diferencias significativas en cuanto a la escolaridad. Este indicador, por lo general, permite tener una idea aproximada del acceso a recursos, principalmente económicos. El hecho de que no existan diferencias entre distintos niveles de escolaridad puede deberse a que el fenómeno de la violencia obstétrica es una práctica tan generalizada y arraigada en los sistemas de salud que la escolaridad no determina si existe mayor o menor probabilidad de vivir alguna de sus manifestaciones.<sup>16</sup>

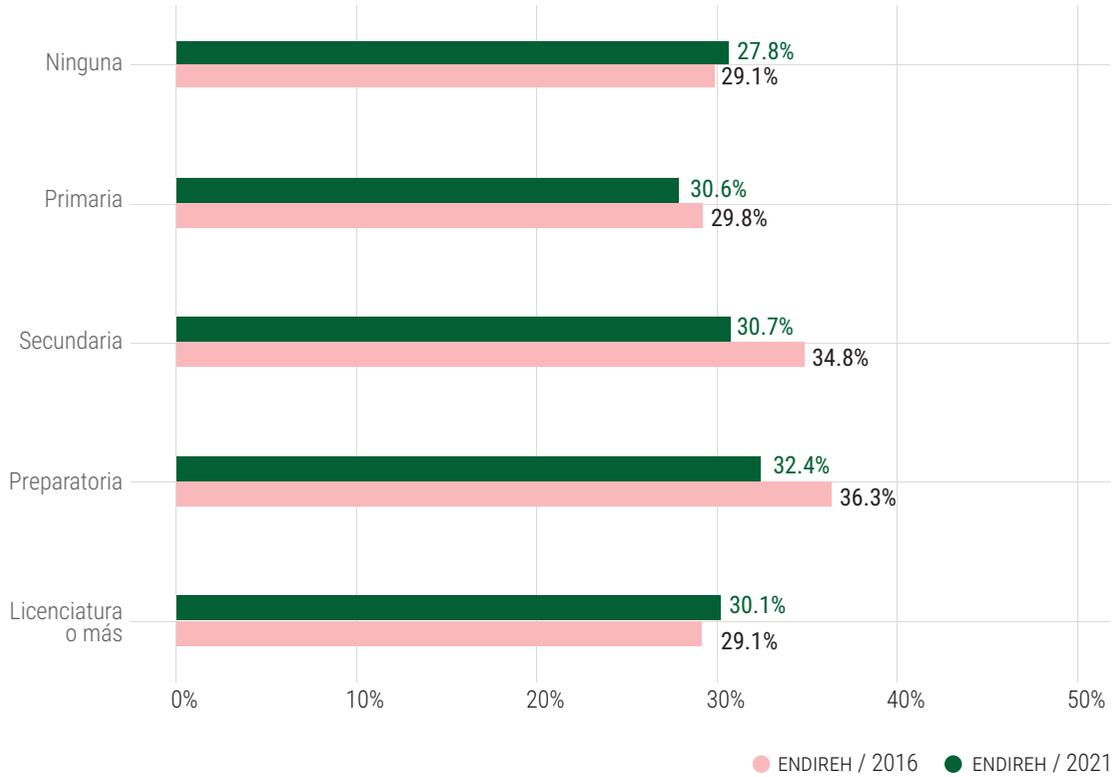
En cuarto lugar, similar a lo observado con la escolaridad, no se registran diferencias significativas entre las mujeres que se autoadscriben como una persona indígena en comparación con quienes no lo hacen. A pesar de que las cifras no muestran una diferencia importante en este tema, organismos internacionales de protección a los derechos humanos han reconocido que las mujeres indígenas suelen sufrir violencia obstétrica en mayor medida.<sup>17</sup>

15 *México, ¿cómo vamos?*, “Mercado laboral y brechas de género”. Disponible en: <https://mexicocomovamos.mx/mercado-laboral-y-genero/>

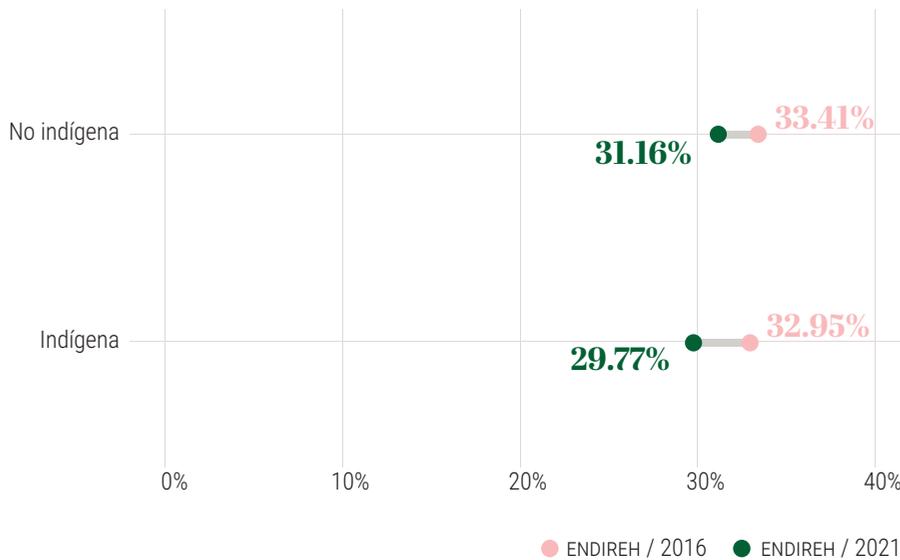
16 ONU, Asamblea General, Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, “Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica”, 11 de julio de 2019. Disponible en: <http://undocs.org/es/A/74/137>. GIRE envió a la Relatora un informe sobre el trabajo que ha realizado para visibilizar situaciones que constituyen este tipo de violencia.

17 Comité CEDAW, Recomendación general núm. 39 (2022) sobre los derechos de las mujeres y las niñas indígenas, CEDAW/C/GC/39/, 31 de octubre de 2022, p. 23. Disponible en: [https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW%2fC%2fGC%2f39&Lang=en](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW%2fC%2fGC%2f39&Lang=en)

**1.12.** Porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años que sufrieron VOB en su último parto  
Desagregado por escolaridad



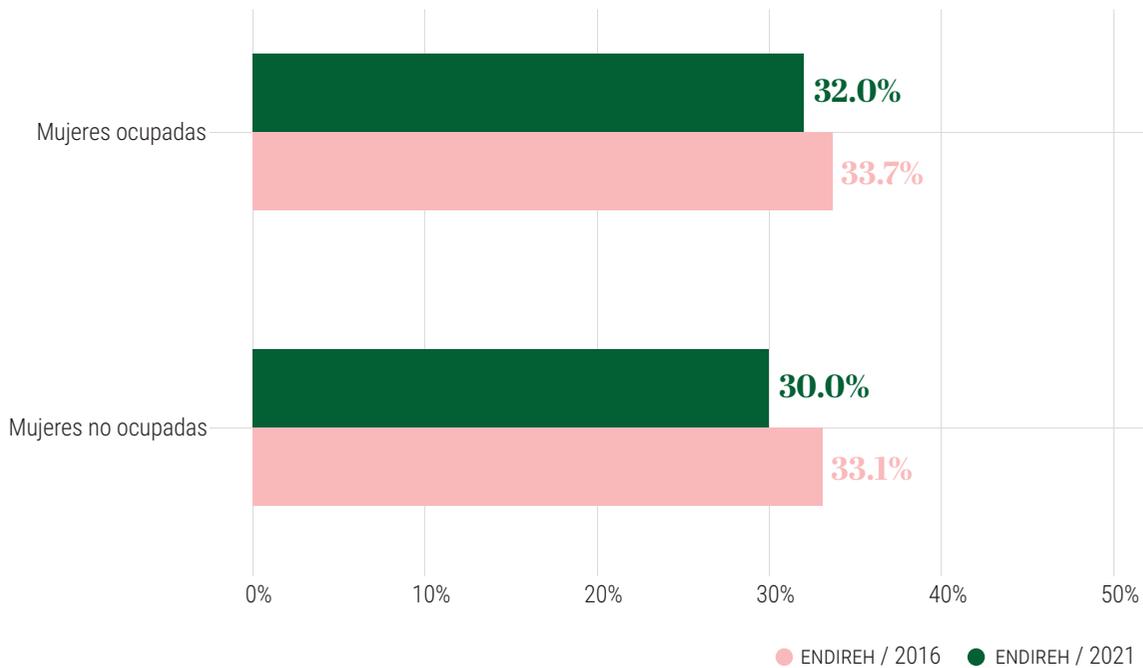
**1.13.** Porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años que sufrieron VOB en su último parto  
Desagregado por autoidentificación indígena



Elaboración de GIRE con información de la ENDIREH (2016 y 2021)

Por último, respecto a la condición económica y de ocupación se pueden observar al menos dos fenómenos. El primero es que la ocupación en un empleo remunerado parece no registrar diferencias significativas; es decir, **tanto las mujeres que están incorporadas en el mercado de trabajo, como aquellas que no, viven violencia obstétrica con una frecuencia similar.**

**1.14.** Porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años que sufrieron VOB en su último parto  
Desagregado por si se encuentra ocupada en un empleo o no

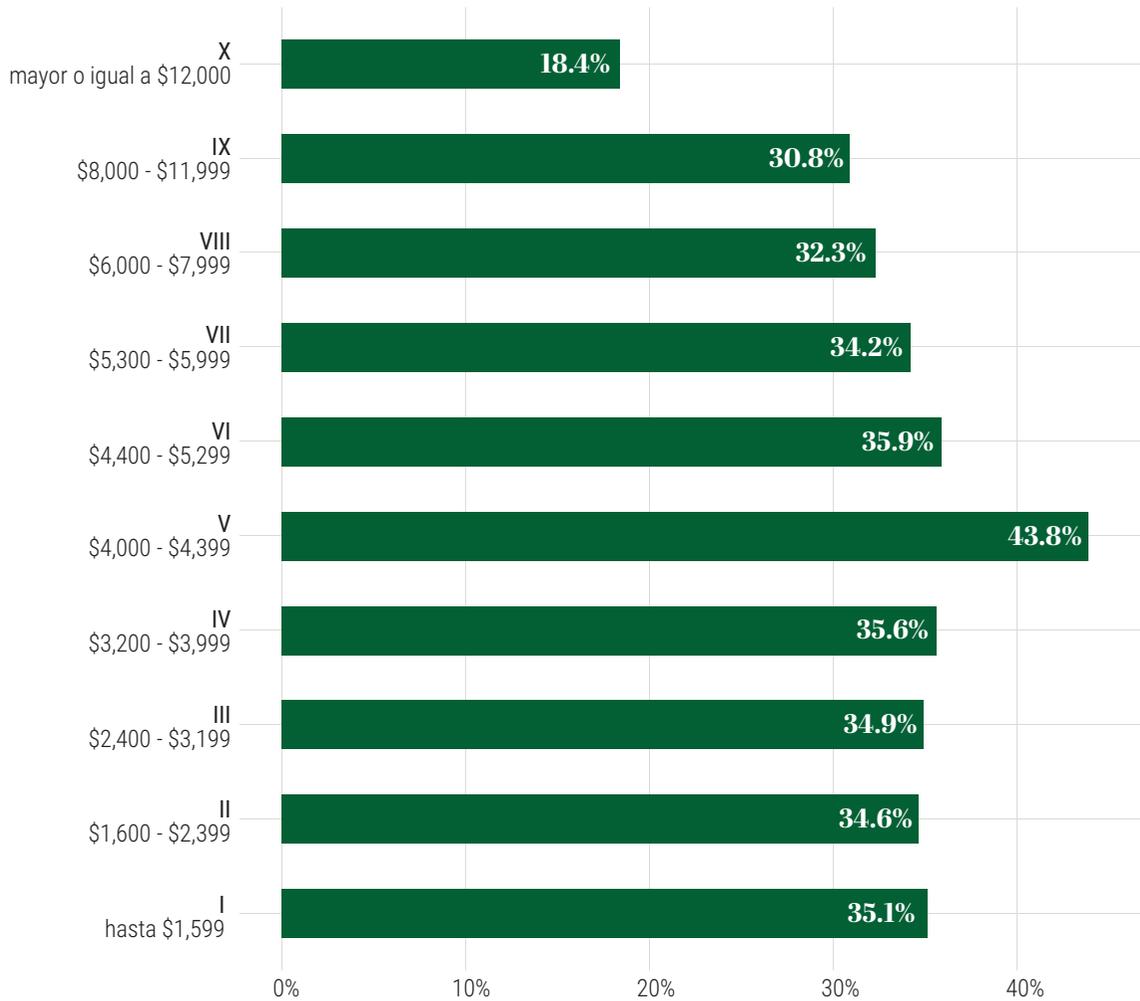


Elaboración de GIRE con información de la ENDIREH (2016 y 2021)

El segundo fenómeno es que sí existen diferencias en los ingresos laborales propios de las mujeres ocupadas. Aunque la relación no es absolutamente lineal, a partir del decil de ingreso VII (equivalente a obtener un ingreso laboral mensual mayor a 5,300 pesos mexicanos) se observa que la violencia obstétrica se menciona de forma menos constante que en los deciles de ingreso más bajos. Destaca que el **decil de ingreso más alto (mujeres con ingresos laborales propios mayores a \$12,000 mensuales) registra un porcentaje de 18.4 por ciento en experiencias de violencia obstétrica, esto es, más de 10 puntos porcentuales de diferencia respecto al decil IX (\$8,000 a \$11,999).** Es probable que las mujeres con mayor poder adquisitivo tengan acceso a mejores centros de atención médica, además de ser quienes pueden costear servicios privados no solo en el parto, sino también durante la atención a lo largo de todo el embarazo.<sup>18</sup>

18 Los deciles de ingreso se construyen al ordenar a la población de estudio de forma descendente según sus ingresos y distribuirla en diez secciones iguales.

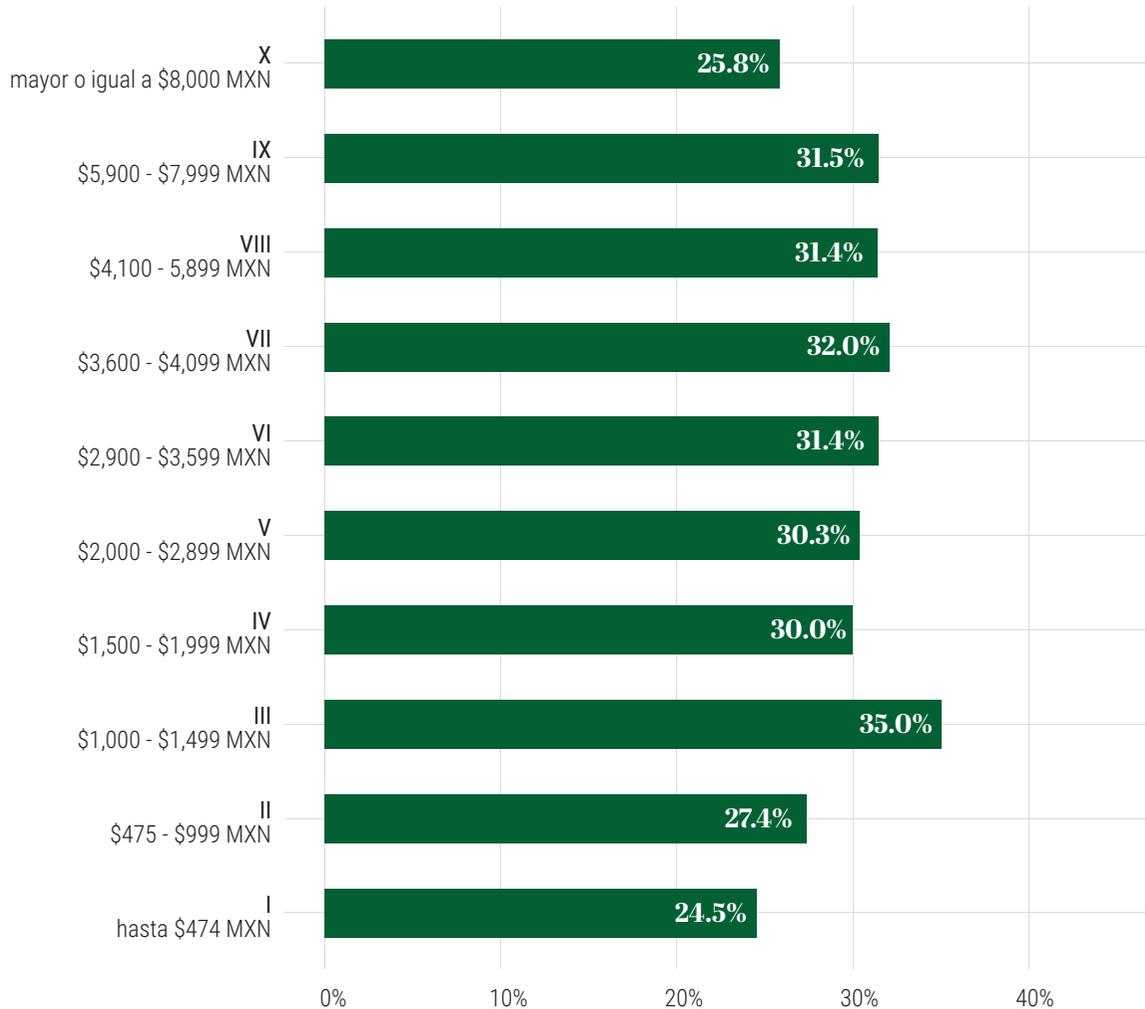
**1.15.** Porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años que sufrieron VOB en su último parto  
Desagregado por decil de ingreso laboral mensual



Elaboración de GIRE con información de la ENDIREH (2021)

Es relevante que al analizar los ingresos de otras fuentes (como pensiones, becas escolares de hijos o propias, o dinero recibido de parejas y/o familiares) no se registra el mismo efecto que tienen los ingresos laborales propios. De hecho, la violencia obstétrica permanece casi constante a través de los deciles de ingreso. **Esto se puede interpretar como que los ingresos laborales propios dotan de mayor autonomía económica a las mujeres,** en comparación con otro tipo de ingresos.

**1.16.** Porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años que sufrieron VOB en su último parto  
Desagregado por decil de ingreso no laboral mensual



Elaboración de GIRE con información de la ENDIREH (2021)

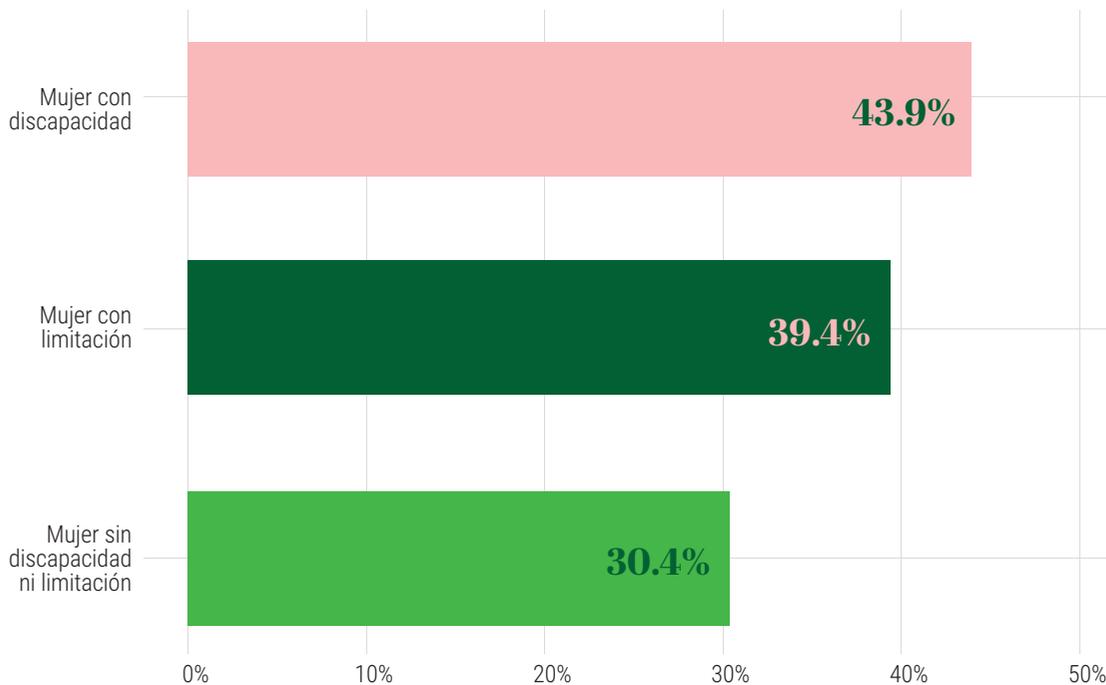
### ***Personas con discapacidad***

Una de las grandes deficiencias de la ENDIREH 2016 fue que se indicó a las personas encuestadoras que debían suspender la entrevista si notaban una “discapacidad evidente” en la persona encuestada. Además de que esto es un acto de discriminación que perpetúa estereotipos sobre las personas con discapacidad, generó un vacío de información muy importante, ya que las mujeres con discapacidad tienden a sufrir diversos tipos de violencia que no quedaron registrados en versiones anteriores de esta encuesta. Respecto a la violencia obstétrica en específico, el

Comité de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (Comité CEDAW, por sus siglas en inglés), en 2018, señaló especial preocupación por la existencia de informes sobre la esterilización forzada de mujeres y niñas con discapacidades intelectuales y de otros tipos en México.<sup>19</sup> La falta de registro de esta información —en la edición pasada de la ENDIREH— derivó en la ausencia de un panorama integral de la situación que permitiera comenzar a atenderla.

En la edición 2021 de la ENDIREH, el INEGI agregó una sección exclusiva que captura la información sobre discapacidad para realizar actividades cotidianas en mujeres mayores de 15 años. Se diferenció a la población en tres grandes categorías: mujeres con discapacidad, mujeres con limitación y mujeres sin discapacidad ni limitación. De acuerdo con el INEGI, las mujeres con discapacidad son personas que no pueden hacer, o hacen con mucha dificultad, al menos una de las actividades de la vida diaria: ver, oír, caminar, recordar, concentrarse, bañarse, vestirse, comer, hablar o comunicarse. Las mujeres con limitación son las que realizan al menos una de esas actividades diarias con un poco de dificultad. Por último, las mujeres sin limitación ni discapacidad son personas que pueden realizar esas actividades sin dificultad.

**1.17.** Porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años que sufrieron VOB en su último parto  
Desagregado por condición de discapacidad o limitación



Elaboración de GIRE con información de la ENDIREH (2021)

19 GIRE, *El camino hacia la justicia reproductiva*, 2021, p. 93.

Lo primero que se puede observar es que las mujeres con discapacidad y, en menor medida, las mujeres con alguna limitación tienden a sufrir más violencia obstétrica que las mujeres que no tienen ningún tipo de discapacidad o limitación. Es decir, la discapacidad sí es un factor que aumenta la vulnerabilidad de las mujeres ante el fenómeno de la violencia obstétrica.

Las mujeres con discapacidad y/o limitación tienden a experimentar todas las formas de violencia obstétrica con mayor frecuencia. En particular, hay una diferencia de más de 8 puntos porcentuales entre las mujeres con discapacidad (37.7 %) y las mujeres sin discapacidad ni limitación (29.6 %) que informaron haber recibido ofensas, que se negaron a suministrarles anestesia o que se vieron presionadas para aceptar procedimientos anticonceptivos o ser esterilizadas.

**1.18.** Porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años que sufrieron VOB en su último parto  
Desagregado por condición de discapacidad o limitación

Jalones o pellizcos	2.8%	3.5%	3.2%
Firma involuntaria de papeles	10.8%	4.0%	4.2%
Fue aislada de su bebé por más de 5 horas	10.3%	6.3%	5.7%
Método anticonceptivo o esterilización forzada	10.4%	14.8%	13.8%
Anestesia denegada	21.3%	11.8%	11.6%
Ofensas	29.2%	23.5%	18.9%
Posiciones incómodas	26.7%	25.5%	22.0%
Atención tardada por gritos o quejas	26.1%	27.1%	25.6%
Fue ignorada	34.7%	33.3%	27.1%
Presión para aceptar anticoncepción o esterilización	37.7%	35.0%	29.6%
Gritos o regaños	40.6%	38.2%	34.1%
	1. Mujer con discapacidad	2. Mujer con limitación	3. Mujer sin discapacidad ni limitación

Elaboración de GIRE con información de la ENDIREH (2021)

“

**Las mujeres con discapacidad y/o limitación tienden a experimentar todas las formas de violencia obstétrica con mayor frecuencia.**

”

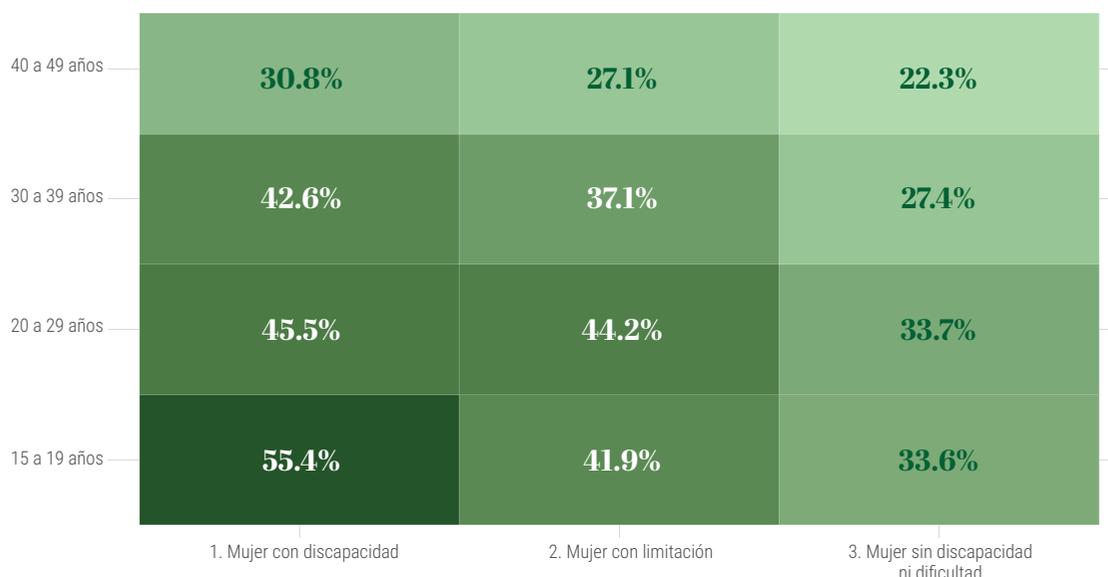
Las ofensas dirigidas a las mujeres con discapacidad y/o limitación durante el trabajo de parto pueden interpretarse como parte de las experiencias de discriminación a las que las personas con discapacidad se enfrentan con frecuencia. Por otro lado, negarles la anestesia y presionarlas para aceptar procedimientos anticonceptivos o ser esterilizadas son actos que implican una violencia física importante en la atención médica que se brinda a estas poblaciones. Este hallazgo confirma el arraigado problema de las esterilizaciones no consentidas que enfrentan las personas con discapacidad, que en México ha sido documentado por organizaciones como Disability Rights International (DRI) y el Colectivo Chuhcan. Ambas organizaciones han señalado abusos y violaciones a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad psicosocial en este país.<sup>20</sup> El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Comité CDPD) ha señalado que las mujeres con discapacidad presentan tasas elevadas de esterilización forzada, y que, con frecuencia, se les priva del control de su salud reproductiva al no dejarlas tomar decisiones de forma autónoma, pues se asume que no son capaces de otorgar su consentimiento.<sup>21</sup> Acabar con todas las manifestaciones de violencia obstétrica es fundamental, sin embargo, debido a su prevalencia y gravedad en el contexto de esta población, es necesario dar prioridad a los dos fenómenos mencionados.

Al desagregar la información por grupos de edad, se observa que las mujeres con discapacidad más jóvenes son más propensas a experimentar violencia obstétrica: **una de cada dos mujeres con discapacidad menor de 20 años informó haber sufrido al menos un tipo de violencia obstétrica** durante su último parto.

20 DRI y Colectivo Chuhcan, *Abuso y negación de derechos sexuales y reproductivos a mujeres con discapacidad psicosocial en México*, 2015. Disponible en: <https://www.driadvocacy.org/wp-content/uploads/Informe-M%C3%A9xico-Mujeres-FINAL-Feb2415.pdf> y DRI, *Crímenes de lesa humanidad: décadas de violencia y abuso en las instituciones mexicanas para niñas, niños, adolescentes y adultos con discapacidad*, 26 de octubre de 2020. Disponible en: <https://www.driadvocacy.org/wp-content/uploads/MEX-REP-ES-2020-Final.pdf>

21 ONU, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, “Observación General No. 1 (2014), Artículo 12, Igual reconocimiento como persona ante la ley”, 11º periodo de sesiones, 19 de mayo de 2014. Disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G14/031/23/PDF/G1403123.pdf?OpenElement>

**1.19.** Porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años que sufrieron VOB en su último parto  
Desagregado por condición de discapacidad o limitación y grupo de edad



Elaboración de GIRE con información de la ENDIREH (2021)

**Limitaciones de la ENDIREH**

La ENDIREH es un instrumento muy valioso, pues permite conocer las experiencias de las mujeres respecto a distintos tipos de violencias. En especial, la información del módulo que corresponde a la violencia obstétrica hace posible realizar diagnósticos muy puntuales y completos sobre la magnitud y las variables asociadas con este fenómeno en México; además, permite conocer el perfil sociodemográfico de las mujeres que la enfrentan y la distribución geográfica del fenómeno. Sin embargo, a partir de su análisis identificamos, al menos, tres limitaciones.

En primer lugar, las preguntas relacionadas con violencia obstétrica se enfocan en el último parto y no existe una sección para indagar si se ha experimentado también durante el embarazo y/o el puerperio. Si bien podría suponerse que la mayoría de los incidentes de este tipo ocurren en el momento del parto, al no contar con reactivos específicos para las otras dos situaciones mencionadas es imposible afirmarlo con certeza. GIRE, por ejemplo, ha brindado acompañamiento a mujeres que han sufrido violencia obstétrica posterior al parto. Visibilizar la violencia obstétrica en todas sus manifestaciones, a partir de instrumentos como la ENDIREH, es fundamental para prevenirla.<sup>22</sup>

22 GIRE, *El camino hacia la justicia reproductiva*, 2021, p. 130.

En segundo lugar, no hay preguntas que permitan conocer la orientación sexual ni la identidad sexogenérica de las personas entrevistadas. La Encuesta Nacional sobre Diversidad Sexual y de Género (ENDISEG 2021) observó que las personas con una orientación sexual o identidad de género no normativa tienden a experimentar actos de discriminación con mayor frecuencia. Conocer la forma en que se manifiestan las violencias hacia mujeres trans, lesbianas y bisexuales —así como en hombres trans, en particular en la atención obstétrica— sería relevante para diseñar las políticas públicas que atiendan las necesidades de estas poblaciones.

Por último, las preguntas relacionadas con los agresores, particularmente quienes ejercieron algún tipo de violencia sexual, no distinguen el sexo de la persona agresora. No se trata de un problema metodológico menor, pues fuentes como la Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública (ENVIPE) han documentado que nueve de cada diez delitos sexuales contra las mujeres son perpetrados por hombres. No contar con este desagregado imposibilita robustecer el estudio y la posterior atención y eliminación de todas las manifestaciones de la violencia contra las mujeres.

## Muerte materna

La muerte materna<sup>23</sup> es la máxima expresión de la violencia obstétrica. De acuerdo con la OMS, la muerte materna es aquella que sucede durante el embarazo, parto o puerperio debido a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o durante su atención. Por convención, la medida utilizada a nivel nacional e internacional para identificar su extensión y gravedad es la *razón de mortalidad materna* (RMM), misma que mide el número de muertes maternas por cada 100 000 nacimientos con vida. **En México, se cuenta con, al menos, dos fuentes de información públicas para analizar este fenómeno: los boletines de vigilancia epidemiológica publicados por la Secretaría de Salud (SSA) y las defunciones reportadas por el INEGI.** En esta sección se analizará la segunda y, más adelante, se debatirá brevemente sobre los alcances y limitaciones de ambas.

Para estimar las cifras presentadas se consideró la fecha en que ocurrieron las defunciones y los nacimientos. Debido a esto, las estimaciones se modifican con cada actualización anual de las defunciones que informa el INEGI. Es muy importante tomar en cuenta la forma en que se lleva a cabo esta actualización, debido a que, durante la pandemia, los registros de defunciones y, en especial, de nacimientos, tendieron a retrasarse. En la medida en la que se actualice la información, posiblemente habrá un ajuste a la baja.

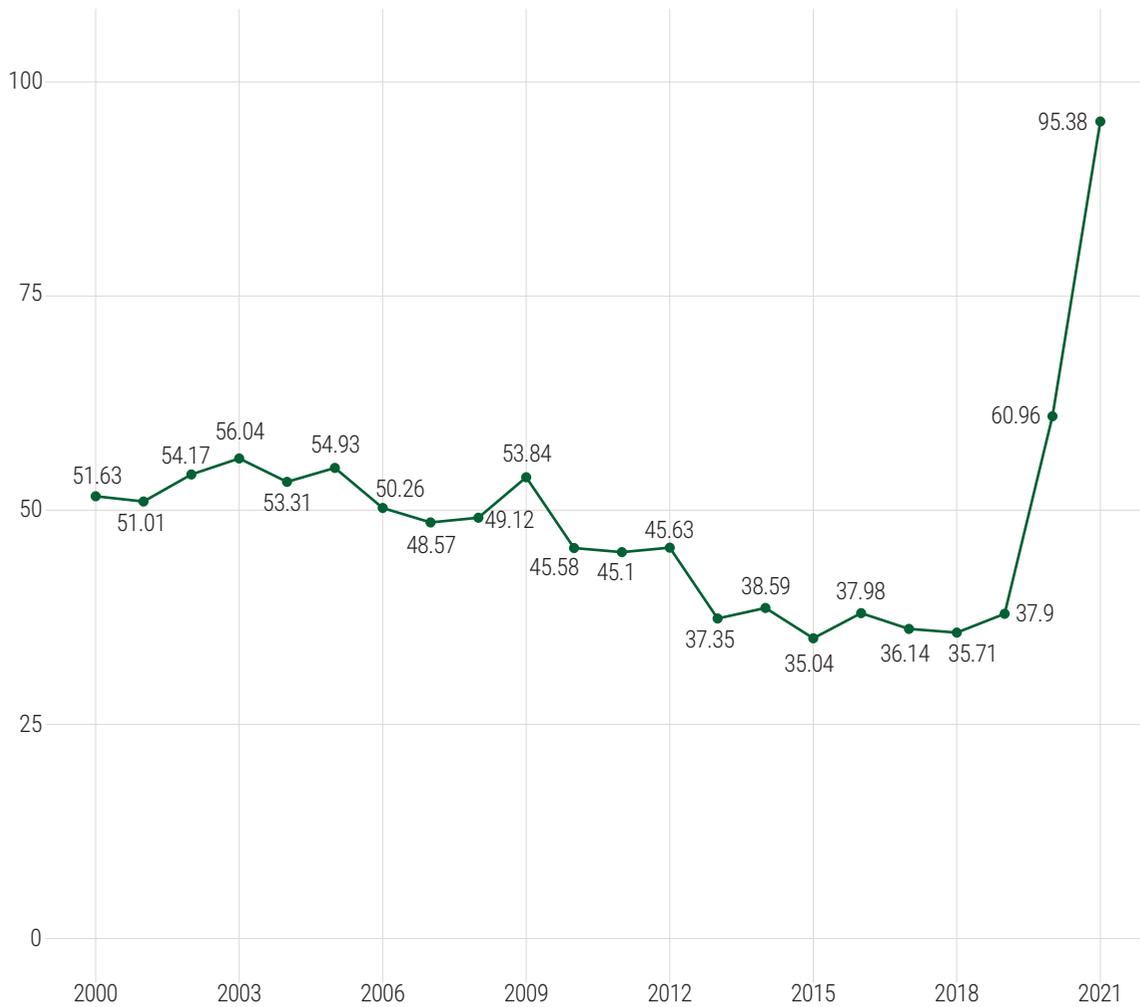
De acuerdo con el INEGI, de 2009 a 2015, en México se observó una tendencia a la baja en este indicador; sin embargo, entre 2015 y 2019 hubo un estancamiento. Si la tendencia a la baja se hubiera mantenido constante, México habría alcanzado los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)<sup>24</sup> —que implicaban reducir la RMM 75 por ciento para el año 2015— en el año 2032.

23 El término *muerte materna* es el que se utiliza en la legislación, así como en los documentos y las fuentes estadísticas. Sin embargo, es importante resaltar que la palabra *materna* es problemática, dado que asume que todas las mujeres o personas con capacidad de gestar que mueren durante el embarazo, parto o puerperio tenían previsto criar y cuidar a su hijo o hija.

24 Fondo de Población de las Naciones Unidas, “Quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio: mejorar la salud materna”, s/f. Disponible en: <https://www.unfpa.org/es/quinto-objetivo-de-desarrollo-del-milenio-mejorar-la-salud-materna>

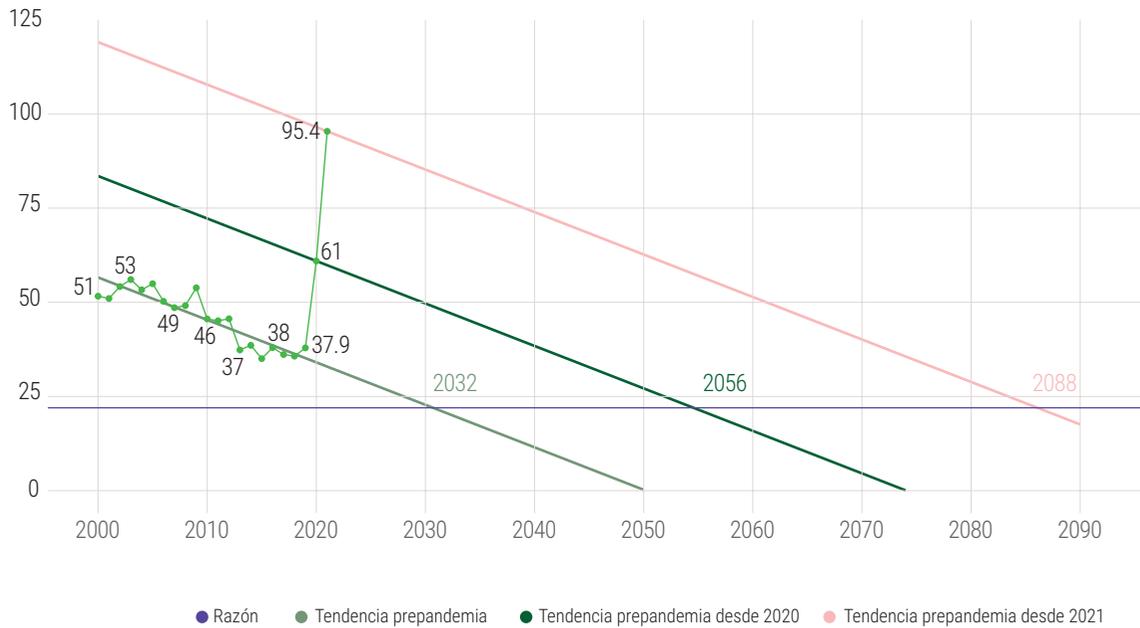
La pandemia por covid-19 frenó este avance. En 2020, la RMM tuvo un incremento de 60.84 por ciento, pasando de 37.9 a 60.96. **El segundo año de pandemia, 2021, fue el peor año del que se tiene registro** desde que la información se publica en datos abiertos (1992), pues esta cifra se estimó en 95.38, casi tres veces la RMM más baja registrada en 2015 (35.04). Ello significa que el tiempo estimado para lograr lo establecido en los ODM sería de 65 años. Este retroceso obstaculiza, a su vez, cumplir con el objetivo 3.1 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS): 70 muertes maternas por cada 100 000 nacimientos con vida a nivel global.

**2.1.** Razón de mortalidad materna por cada 100 000 nacimientos con vida  
Desagregado por año de ocurrencia



Elaboración de GIRE con información del INEGI (2000–2021)

**2.2.** Razón de mortalidad materna por cada 100 000 nacimientos con vida  
Tendencia por año de ocurrencia (2002–2019)



Elaboración de GIRE con información del INEGI (2000–2021)

Es importante advertir que los datos administrativos sobre natalidad que informa el INEGI tienden a tener un subregistro entre el año de publicación y el de ocurrencia (sobre todo para el año inmediato que se publica, en este caso 2021). Por ello, es muy probable que la RMM de 2021 se ajuste a la baja con los datos de 2022.<sup>25</sup> Con el objetivo de atender este reto metodológico, GIRE realizó una estimación de cuáles serán los datos una vez que se corrija el subregistro de natalidad. Para ello, primero calculó la diferencia en los nacimientos registrados y ocurridos en 2020 y los nacimientos registrados en 2021 y ocurridos en 2020; posteriormente, sumó esta diferencia, desagregada por mes de ocurrencia, a los nacimientos registrados y ocurridos en 2021.

Al realizar este ajuste, se observa que, aunque la magnitud de la RMM disminuye a 66.5, 2021 sigue siendo el peor año del que se tiene registro. Los datos nacionales corregidos por el subregistro estimado se discutirán en la siguiente sección.

<sup>25</sup> En la sección “La muerte materna en México y la importancia de las estimaciones confiables” se profundiza la discusión respecto a los subregistros administrativos y cómo atender este reto metodológico.

**2.3.** Razón de mortalidad materna por cada 100 000 nacimientos con vida  
Desagregado por año de ocurrencia (corregido en 2021 por subregistro estimado en 2020)



Elaboración de GIRE con información del INEGI (2000–2021)

Respecto a las entidades federativas,<sup>26</sup> **entre 2019 y 2021 este indicador se agravó en todos los casos, salvo en Tlaxcala.** Ahora bien, al dividir el periodo en dos se nota lo siguiente: entre 2019 y 2020, la RMM disminuyó en los estados de Durango, Colima, Baja California Sur y Querétaro; entre 2020 y 2021, fueron trece entidades las que presentaron una mejora (se destacan los casos de Tlaxcala, Tabasco y Zacatecas, que lograron una disminución porcentual mayor al 30 por ciento).

Por su parte, el caso de Campeche resulta muy preocupante. En 2019 se posicionó como la tercera entidad con una menor RMM, equivalente a 16.16 muertes maternas por cada 100 000 nacimientos con vida en la entidad. En 2020, esta cifra se cuadruplicó, al estimarse en 73.09. En 2021 fue de 89.78, es decir, aumentó un 22.83 por ciento con respecto a 2020. En dos años, la RMM en Campeche se multiplicó casi seis veces, lo que la coloca como la quinta entidad con las peores cifras durante la pandemia.

26 Se implementó el ajuste por subregistro por entidad federativa.

## 2.4. Razón de mortalidad materna por cada 100 000 nacimientos con vida Desagregado por entidad federativa y año de ocurrencia\*

Aguascalientes	24.54	24.45	21.05	13.96	20.8	25.26	14.95	58.09	40.87
Baja California	42.65	34.51	33.89	30.6	47.94	36.5	45.1	53.17	69.91
Baja California Sur	32.5	16.04	24.44	sin inf.	8.39	25.59	44.87	38.3	62.64
Campeche	65.9	24.21	35.71	45.48	27.4	44.44	16.16	73.09	89.78
Chiapas	40.7	51.33	53.49	47.87	52.28	60.98	56.17	81.76	64.85
Chihuahua	67.09	64.16	48.36	42.54	53.04	51.56	58.82	93.54	75.63
Ciudad de México	63.9	50.3	52.81	53.13	44.55	48.97	52.85	89.54	72.88
Coahuila	30.24	35.21	26.69	41.19	32.09	37.33	33.64	59.1	57.84
Colima	14.27	7.06	7.57	23.79	7.97	8.23	34.28	29.11	47.7
Durango	30.46	68.06	34.2	35.22	24.28	49.95	58.05	27.45	59.33
Guanajuato	33.18	30.13	30.36	33.33	33.02	20.86	26.45	37.42	33.54
Guerrero	56.81	56.12	45.16	52.16	58.96	27.62	62.76	78.78	81.76
Hidalgo	34.32	60.37	27.5	42.73	35.86	31.67	26.97	31.97	74.48
Jalisco	24.12	39.52	28.55	27.34	31.2	33.47	39.17	54.41	61.96
México	27.16	30.76	31.78	37.15	31.63	28.64	32.84	53.12	57.8
Michoacán	33.91	44.86	35.91	29.97	33.24	34.8	39.44	57.06	62.23
Morelos	40.6	8.83	26.85	27.88	25.72	24.63	15.31	56.76	58.95
Nayarit	38.55	30.54	69.79	39.58	45.03	47.86	53.19	89.07	102.32
Nuevo León	19.95	19.48	31.78	39.6	37.35	36.96	29.53	47.12	65.92
Oaxaca	49.62	47.23	45.63	46.83	52.56	49.84	37.59	89.27	85.12
Puebla	31.05	37.26	30.23	40.74	27.21	29.5	34.24	48.5	84.86
Querétaro	34.22	33.49	14.46	34.37	22.09	27.45	23.56	22.25	44.19
Quintana Roo	41.92	20.89	17.16	31.94	28.28	39.5	49.26	84.91	72.44
San Luis Potosí	33.51	25.81	30.35	29.39	32.23	17.28	29.44	62.79	48.44
Sinaloa	27.97	30.77	23.78	39.83	17.72	41.53	26.53	77.76	96.11
Sonora	42.12	34.42	38.14	46.55	33.78	31.33	33.59	64.08	59.61
Tabasco	36.48	53.69	44.96	44.39	46.71	37.44	42.61	93.53	53.15
Tamaulipas	42.33	32.21	21.56	33.99	45.94	35.06	33.02	77.92	93.92
Tlaxcala	19.5	43.56	24.35	38.63	34.04	25.85	42.05	62.34	33.34
Veracruz	39.93	39.22	33.68	33.3	36.93	35.03	38.58	47	83.24
Yucatán	55.18	47.79	42.11	36.38	19.84	51.19	21.1	67.04	101.66
Zacatecas	47.85	19.77	32.13	32.31	29.38	23.96	36.74	73.56	47.85
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021

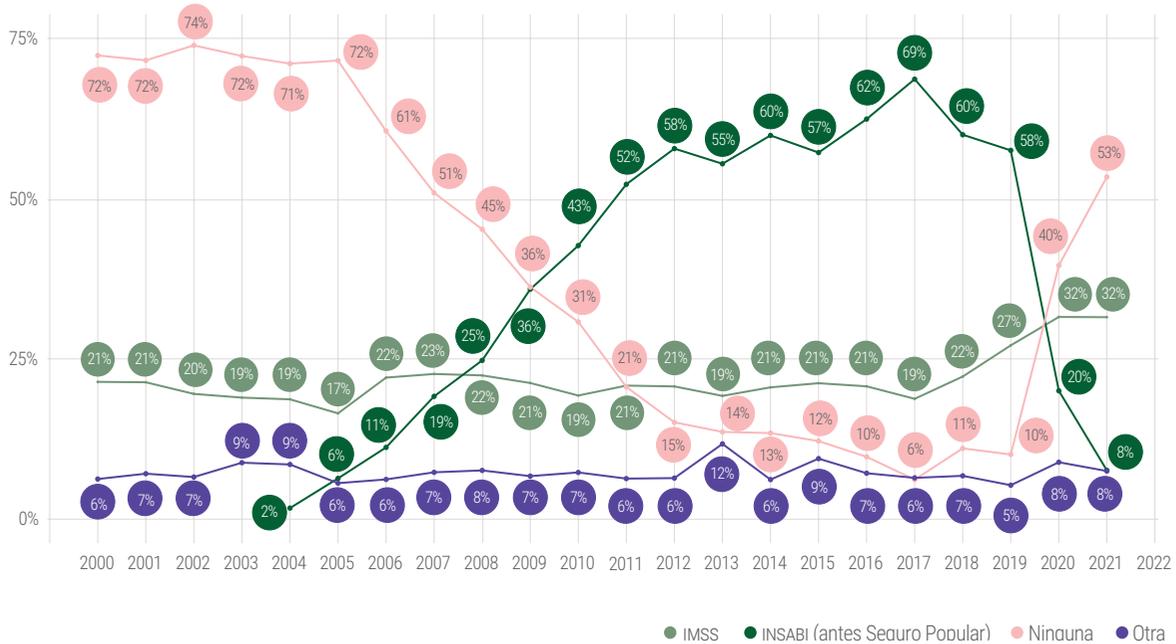
\* Corregido en 2021 por subregistro estimado en 2020  
Elaboración de GIRE con información del INEGI (2000–2021)

Otro caso similar es Yucatán. En 2019, se situaba en la 29.<sup>a</sup> posición al estimar su RMM en 21.1. Para el 2020, esta cifra se triplicó, con una RMM equivalente a 67.04; un aumento que la colocó en el 13.<sup>o</sup> puesto con peores cifras. En 2021, la RMM en esta entidad se calculó en 101.66, es decir, la segunda más alta del país; y la única, junto a Nayarit, en superar las 100 defunciones maternas por cada 100 000 nacimientos con vida.

## Instituciones de atención a la salud

Un cambio que llama la atención es el relacionado con la derechohabiencia de las personas registradas como defunciones maternas. La siguiente gráfica muestra que entre el 2000 y el 2005 más del 70 por ciento de las muertes maternas corresponden a personas sin acceso a atención médica. A partir de 2003, con la creación del Seguro Popular, se observa una tendencia a la baja de las defunciones de personas sin ningún tipo de derechohabiencia y un incremento de las defunciones de personas cuya derechohabiencia corresponde al Seguro Popular.

### 2.5. Porcentaje de muertes maternas Desagregado por año de ocurrencia y derechohabiencia



Elaboración de GIRE con información del INEGI (2000–2021)

Al observar la misma gráfica en números totales, es posible identificar que, aunque el porcentaje de defunciones a partir de 2009 fue mayor para las personas beneficiarias del Seguro Popular,<sup>27</sup> la implementación de este programa logró reducir, al menos en parte, el total de defunciones registradas en comparación con los años previos a su creación. En 2020, el Seguro

27 El Seguro Popular era un sistema de protección financiera creado con el propósito de generar y distribuir recursos que ofrecían servicios de salud a las personas no afiliadas a los servicios de seguridad social. Fernanda Cobo y Pamela Flores (coords.), *Hacia la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud Mexicano*, Fontamara y FUNSALUD, 2022, pp. 21-22. (Sobre la evolución del sistema nacional de salud en México, véase pp. 17-27). Disponible en: <https://funsalud.org.mx/wp-content/uploads/2022/09/Hacia-la-Sostenibilidad-del-Sistema-de-Salud-Mexicano-FUNSALUD.pdf>

Popular fue sustituido por el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI).<sup>28</sup> Durante los años más críticos de la pandemia, el porcentaje y el total de defunciones de personas sin acceso a atención médica aumentaron de forma considerable y se colocaron en los niveles observados en 2007. En mayo de 2023 se reformó la LGS para regular el Sistema de Salud para el Bienestar y se creó el IMSS-Bienestar. Contar con acceso a atención médica fue un aspecto determinante para prevenir las defunciones maternas.

28 La reforma a la Ley General de Salud de noviembre de 2019, además de eliminar el Seguro Popular y crear el INSABI, también modificó el esquema de protección del derecho a la salud para la población sin seguridad social y estableció un modelo gratuito. El objetivo era avanzar hacia una cobertura universal y transitar hacia un modelo de atención preventivo e integral. En 2020 se reformó el artículo 4.º constitucional para crear el sistema de salud para el bienestar, “con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social”. (Congreso de la Unión, Decreto por el que se reforma y adiciona el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Diario Oficial de la Federación, 8 de mayo de 2020. Disponible en: [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5593045&fecha=08/05/2020#gsc.tab=0](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5593045&fecha=08/05/2020#gsc.tab=0)

Sin embargo, los retos que enfrentó el Sistema Nacional de Salud derivados de la atención a la pandemia por covid-19 contribuyeron a que, hasta el 2022, el INSABI no hubiera logrado consolidarse como una institución proveedora de servicios para la población sin seguridad social.

El siguiente esquema<sup>29</sup> explica la estructura del Sistema Nacional de Salud:

Estructura del Sistema Nacional de Salud

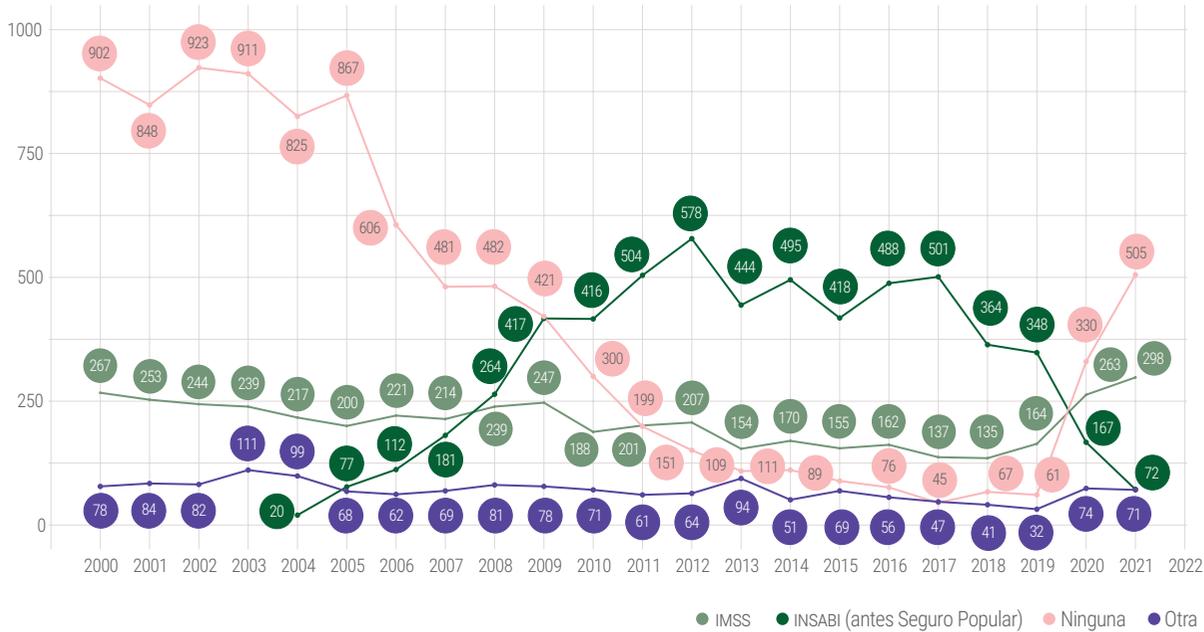
Sector	Público				Privado	
	con seguridad social		sin seguridad social			
<b>Fuente de financiamiento</b>	Contribución de la persona empleadora	Contribución de la persona empleada	Gobierno federal	Gobiernos estatales	Persona	Persona empleadora
<b>Institución</b>	IMSS	ISSSTE PEMEX ISSFAM (Sedena/Marina)	IMSS-Bienestar*		Aseguradoras privadas	
		ISSSTE en algunas entidades	Secretarías de Salud locales**			
<b>Instituciones y personas proveedoras de servicios médicos</b>	Hospitales, clínicas y personal médico de estas instituciones		Hospitales, clínicas y personal médico de este programa	Establecimientos de la Secretaría de Salud local	Instituciones y personal médico privados	
<b>Personas beneficiarias</b>	Personas trabajadoras del sector formal, pensionadas y sus familiares		Personas sin seguridad social: autoempleadas, trabajadoras del sector informal y desempleadas		Población con capacidad de pago	

\* Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, para regular el Sistema de Salud para el Bienestar. DOF 29/05/2023. Disponible en: DOF - Diario Oficial de la Federación.

\*\* La reforma de 2023 que incorpora el IMSS-Bienestar no deja claro si cubrirá los servicios de salud en su totalidad o si en algunas entidades federativas también lo harán las secretarías de salud locales, mediante convenios.

29 Versión modificada del que aparece en Fernanda Cobo y Pamela Flores (coords.), *Hacia la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud Mexicano*, 2022, p. 23.

## 2.6. Número de muertes maternas Desagregado por año de ocurrencia y derechohabencia



Elaboración de GIRE con información del INEGI (2000–2021)

Respecto al sitio donde ocurren, la SSA concentra, de forma consistente, la mayor cantidad de defunciones maternas (49 %), seguida por el IMSS (25 %) y las defunciones ocurridas en el hogar (8.5 %). En términos generales, no parece haber cambios significativos durante los años afectados por la pandemia.

Otra observación relevante es que la atención que brinda el IMSS es únicamente para personas que cuentan con un trabajo formal<sup>30</sup> o para sus beneficiarias(os).<sup>31</sup>

30 De acuerdo con estimaciones de *México, ¿cómo vamos?*, el 85 por ciento de las personas ocupadas en un empleo formal reciben atención médica en el IMSS.

31 De acuerdo con la Ley del Seguro Social, artículo 5.º, fracción XII, se define como beneficiarios a: el cónyuge del asegurado o pensionado y a falta de este, a la concubina o el concubinario en su caso, así como a los ascendientes y descendientes del asegurado o pensionado señalados en la Ley.

## 2.7. Porcentaje de muertes maternas Desagregado por año y lugar de ocurrencia



Elaboración de GIRE con información del INEGI (2000–2021)

Las tres gráficas anteriores sugieren que, en términos generales, **el acceso a la atención de la salud que brinda un trabajo formal es más efectivo para prevenir la mortalidad materna.** Vale la pena mencionar que el empleo formal se relaciona también con mayores ingresos laborales a corto y largo plazo, mayor productividad y más certeza laboral.<sup>32</sup>

En este sentido, resultaría importante contar con información desagregada por nivel de ingreso. Una investigación realizada por Arceo *et al.*<sup>33</sup> estima que, entre marzo y noviembre de 2020, la probabilidad de morir a causa del covid-19 para las personas con ingresos bajos fue cinco veces mayor que para las personas con mayores ingresos —incluso considerando los efectos de las comorbilidades y las características sociodemográficas—.

Otras características sociodemográficas —como la edad, la escolaridad y si la persona hablaba o no una lengua indígena— no presentaron cambios significativos durante los años de

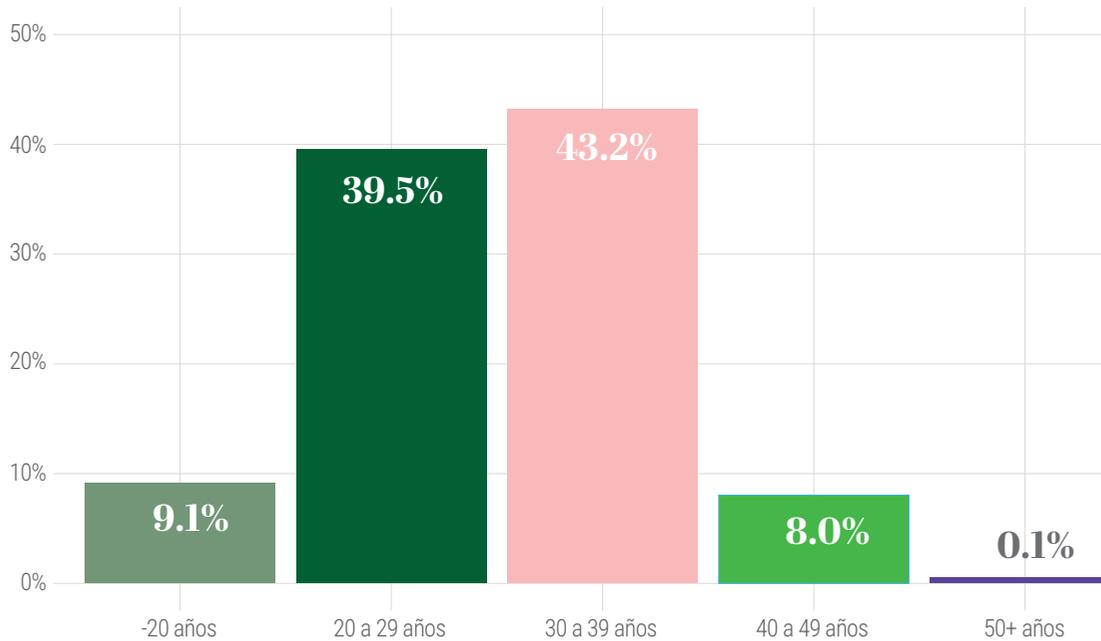
32 Procesamiento de México, *¿cómo vamos?*, “Mercado laboral y género”. Disponible en: <https://mexicocomovamos.mx/mercado-laboral-y-genero/>

33 Arceo-Gomez, Eva O., *et al.*, “The income gradient in COVID-19 mortality and hospitalisation: An observational study with social security administrative records in Mexico”, *The Lancet Regional Health-Americas* 6, 100115, (2022). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2667193X21001113>

pandemia. Más del 80 por ciento de las defunciones maternas se concentraron en personas entre 20 y 39 años y una de cada diez defunciones maternas correspondieron a personas que hablaban alguna lengua indígena. Esto último es consistente con la distribución de la población indígena en México: 9.4 por ciento de la población total se autoadscribe como indígena.<sup>34</sup>

En cuanto a la escolaridad, las muertes maternas de personas con una escolaridad equivalente o menor a haber terminado la secundaria representan más del 60 por ciento; dos de cada tres fueron de personas con una escolaridad equivalente o menor a haber concluido la educación básica (sin escolaridad, primaria y secundaria). A diferencia de los resultados estimados para las distintas manifestaciones de violencia obstétrica, la cantidad de defunciones de mujeres con un menor nivel de escolaridad suele ser mayor que en los casos de mujeres con niveles de escolaridad más altos.

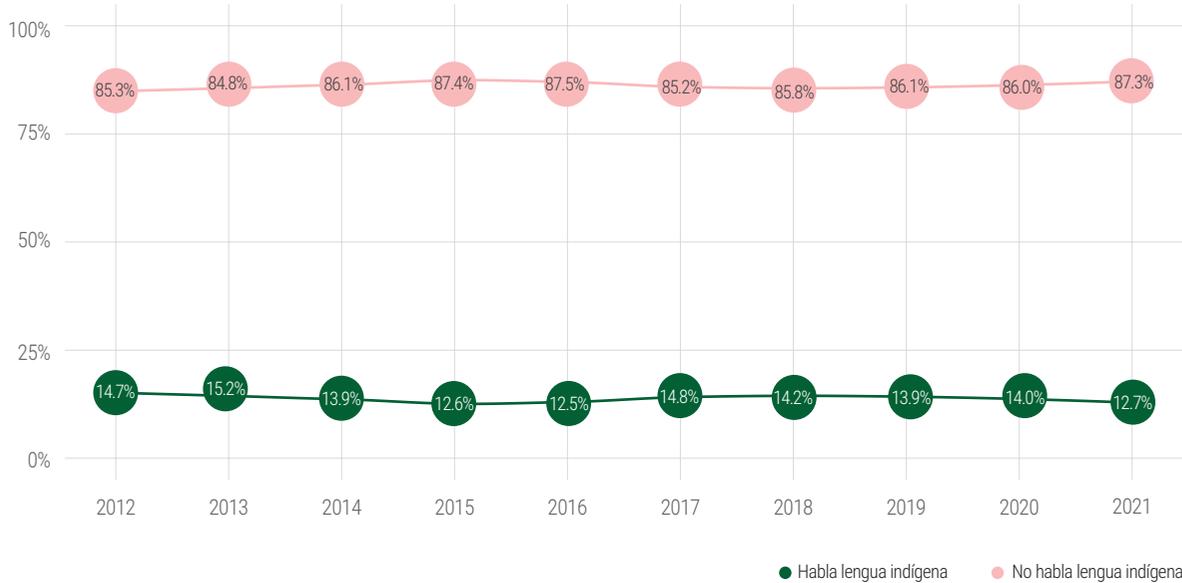
## 2.8. Porcentaje de muertes maternas Desagregado por grupo de edad



Elaboración de GIRE con información del INEGI (2000–2021)

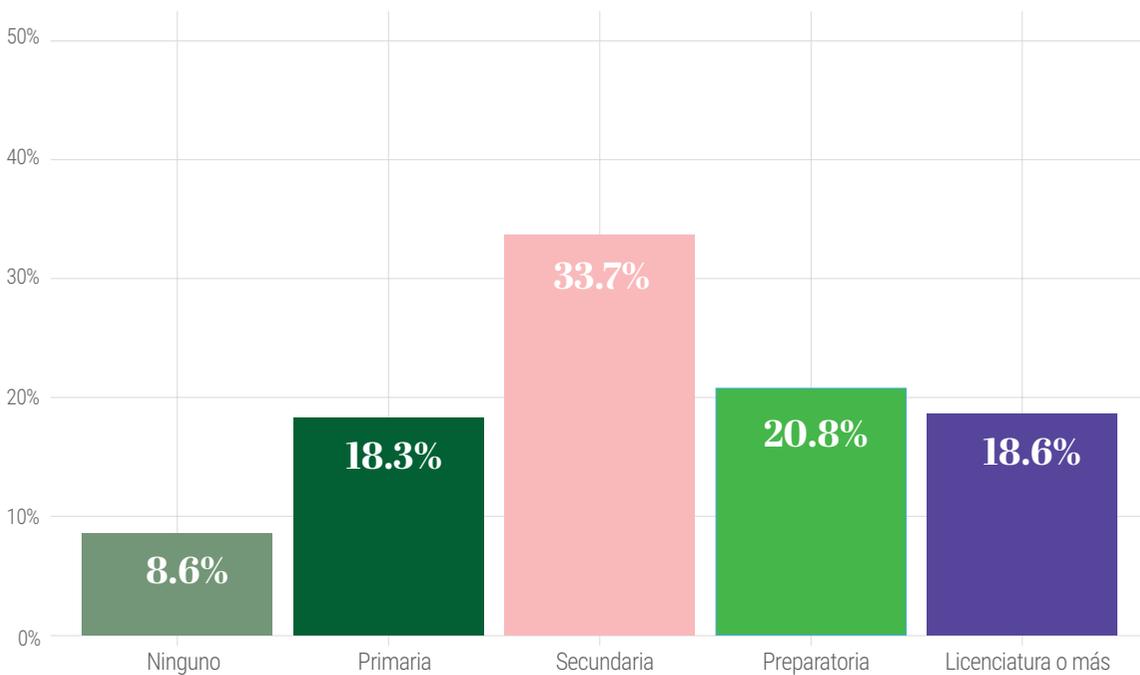
34 INEGI, “Estadísticas a propósito del día internacional de los pueblos indígenas”, Comunicado de prensa núm. 430/22, 8 de agosto de 2022. Disponible en: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP\\_PueblosInd22.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_PueblosInd22.pdf)

**2.9.** Porcentaje de muertes maternas  
Desagregado por año de ocurrencia y si habla lengua indígena



Elaboración de GIRE con información del INEGI (2000–2021)

**2.10.** Porcentaje de muertes maternas  
Desagregado por escolaridad



Elaboración de GIRE con información del INEGI (2000–2021)

“

**Las muertes maternas de personas con una escolaridad equivalente o menor a haber terminado la secundaria representan más del 60 por ciento.**

”

## ***La muerte materna en México y la importancia de las estimaciones confiables<sup>35</sup>***

La prevalencia de la RMM ha sido uno de los principales indicadores de la calidad de atención en los servicios de salud desde los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), fijados en el año 2000, hasta los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS),<sup>36</sup> establecidos en 2015 para su cumplimiento en 2030. La razón es contundente: la mayoría de las muertes maternas son evitables,<sup>37</sup> por lo cual, su prevalencia suele deberse a deficiencias en el funcionamiento de los sistemas de salud nacionales, sobre todo en la provisión de atención prenatal, la atención especializada durante el parto y el seguimiento oportuno durante el puerperio.

En México, este problema se suma a un contexto de desigualdad estructural en el acceso a los servicios de salud. Como resultado, las entidades federativas con una mayor RMM suelen ser, a su vez, las entidades que presentan mayores índices de rezago social y de población indígena; a saber, Oaxaca, Guerrero, Nayarit y Chiapas.<sup>38</sup> **Solo será posible planear y desarrollar políticas públicas que atiendan este problema si se cuenta con datos accesibles y confiables que permitan monitorear las barreras al acceso a servicios de salud reproductiva.** En esta sección se abordan los límites de las principales fuentes de información sobre defunciones maternas en México y se propone un método para franquear los problemas que plantea una de ellas.

### ***Las fuentes de información***

En México existen dos fuentes para monitorear las defunciones maternas. La primera son los informes semanales para la vigilancia epidemiológica de muertes maternas publicados por la SSA.<sup>39</sup> Hasta 2004 no había un registro centralizado sobre las muertes maternas para las instituciones públicas y privadas que componen el Sistema Nacional de Salud (SNS). A partir de dicho año se estableció el sistema de Vigilancia Epidemiológica Activa de las Defunciones Maternas<sup>40</sup>

35 La versión original de este texto fue escrita por Irékani Alarcón (GIRE) y Katia Guzmán Martínez (*México ¿cómo vamos?*) y publicada en el Taller de Datos, un blog de Nexos, el 8 de diciembre de 2022. Disponible en: <https://datos.nexos.com.mx/la-muerte-materna-en-mexico-y-la-importancia-de-las-estimaciones-confiables/>

36 ONU Mujeres, “ODS 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas y todos en todas las edades”, s/f. Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/news/in-focus/women-and-the-sdgs/sdg-3-good-health-well-being>

37 OMS, “Mortalidad materna”, 22 de febrero de 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

38 GIRE, *El camino hacia la justicia reproductiva*, 2021.

39 Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/informes-semanales-para-la-vigilancia-epidemiologica-de-muertes-maternas-2022>

40 Secretaría de Gobernación, “Acuerdo por el que se establece la aplicación obligatoria en las instituciones públicas y privadas del Sistema Nacional de Salud, de los componentes sustantivos y estratégicos del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida y de la vigilancia epidemiológica activa de las defunciones maternas”, Diario Oficial de la Federación, 1 de noviembre de 2004. Disponible en: [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=665128&fecha=01/11/2004#gsc.tab=0](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=665128&fecha=01/11/2004#gsc.tab=0)

que, en el proceso de recolección de datos, incluyó la notificación inmediata de la defunción materna y el estudio de caso para confirmar las causas de las defunciones.

Actualmente, existen dos vías para catalogar una defunción como muerte materna. La primera es cuando se reconoce al instante la causa obstétrica directa o indirecta de la muerte materna.<sup>41</sup> En este caso, el personal encargado del registro identifica la causa y envía el formato de notificación inmediata para que se registre en la plataforma. La segunda vía surge como una alternativa para paliar el subregistro sistemático de las muertes maternas en los certificados de defunción y consiste en un procedimiento de búsqueda y reclasificación de este fenómeno, que funciona como un primer filtro.<sup>42</sup>

Si bien el sistema de notificación inmediata cumple con el objetivo de proveer información sobre la incidencia de la muerte materna y, a partir de ello, establecer medidas para su prevención y control, al reclasificarse y actualizarse, las cifras informadas por cada fuente presentan variaciones entre periodos. Además, aunque existe una base de datos consolidada en formato de datos abiertos que corresponde al periodo 2002-2020, los informes epidemiológicos se publican en formato PDF y solo contienen información relativa a la estimación nacional y a los datos desagregados por entidad federativa. **Esta fuente de información —aunque esencial por la periodicidad y prontitud con la que se publica— resulta limitada cuando el objetivo es profundizar el análisis de las defunciones maternas en un contexto de desigualdad.**

La segunda fuente de información para analizar la evolución de las defunciones maternas en nuestro país son las cifras de mortalidad proporcionadas por el INEGI. Estas se publican después de revisar y reclasificar los registros administrativos de defunciones con el objetivo de corregir el subregistro que suele presentarse en los certificados de defunción. La información del INEGI cumple con varias características deseables. Es precisa, se publica en formato de datos abiertos y contiene características sociodemográficas relevantes, como la edad, la escolaridad, la derechohabiencia, así como el día y el lugar donde ocurrió la defunción. Sin embargo, el hecho de que se publique con carácter anual y después de once meses del cierre del año de registro impide su uso expedito con fines de monitoreo.

La siguiente gráfica muestra que, al comparar los datos publicados en la semana 52 de cada año por la SSA con la información revisada por el INEGI, las cifras aportadas por la segunda fuente mostraron un aumento considerable durante los años de la pandemia. Aunque en la

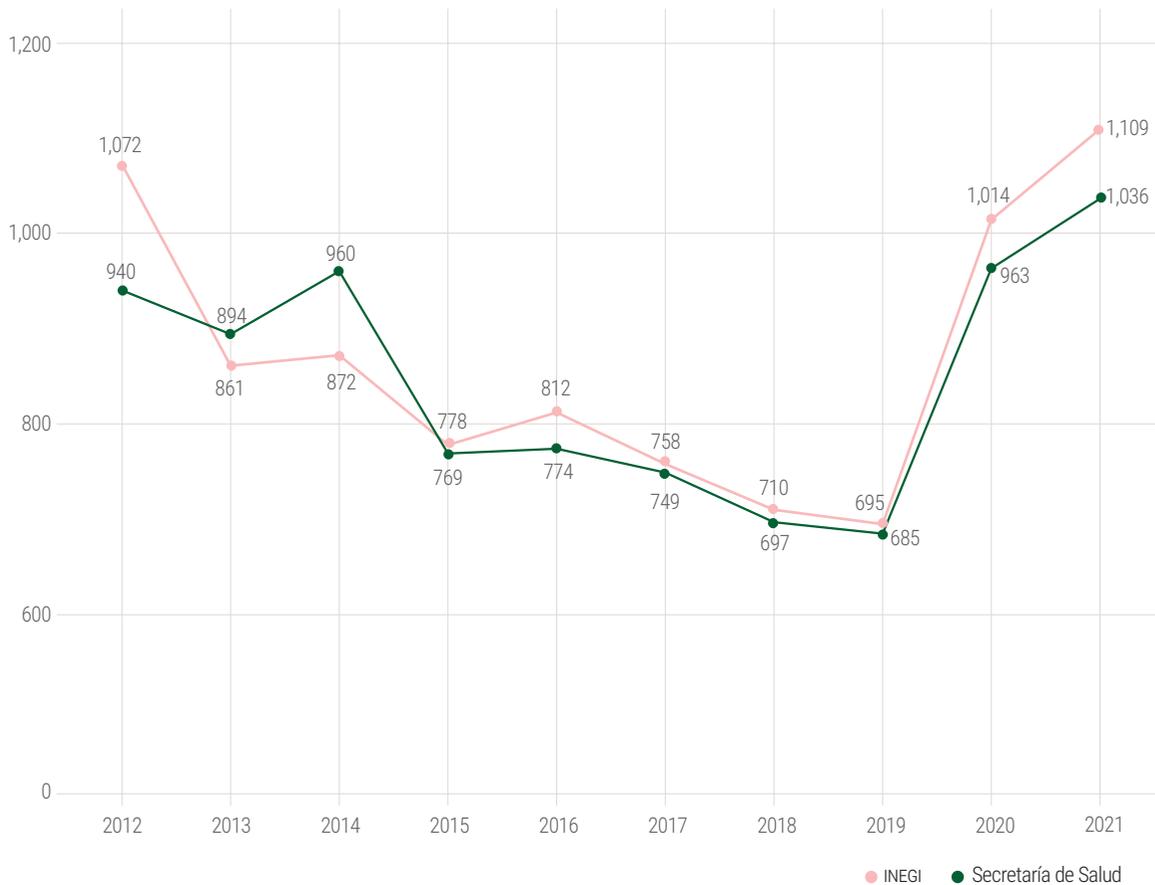
41 De acuerdo con el *Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de la notificación inmediata de muertes maternas*, las defunciones maternas se dividen en defunciones obstétricas directas y defunciones obstétricas indirectas. Las primeras ocurren a partir de complicaciones obstétricas del embarazo, parto y puerperio, de intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto o una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas. Las segundas son el resultado de una enfermedad o condición existente previa al embarazo, pero que se vio agravada por los cambios fisiológicos del mismo. Disponible en: [https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/manuales/15\\_Manual\\_Muertes\\_Maternas\\_Lineamientos.pdf](https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/manuales/15_Manual_Muertes_Maternas_Lineamientos.pdf)

42 Secretaría de Gobernación, “Acuerdo por el que se emite el Manual de Procedimientos para la Búsqueda Intencionada y Reclasificación de Muertes Maternas”, Diario Oficial de la Federación, 28 de diciembre de 2012. Disponible en: [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5283738&fecha=28/12/2012#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5283738&fecha=28/12/2012#gsc.tab=0)

mayoría de los años las cifras del INEGI se modifican al alza, en algunos (p. ej., 2013 y 2014) hay una reclasificación de defunciones que en su momento se contabilizaron para la estimación de la RMM, pero que no cumplen los criterios establecidos por el *Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de la notificación inmediata de muertes maternas*.

La gráfica también muestra que 2021 fue el año en el que, de acuerdo con ambas fuentes, ocurrió un mayor número de defunciones maternas. Es muy probable que la cifra publicada por el INEGI se revise al alza, debido a que en años posteriores continúan registrándose defunciones ocurridas en años previos.

**2.11. Muertes maternas**  
Desagregado por año de ocurrencia



Elaboración de GIRE con información del INEGI

“

**La gráfica muestra que 2021 fue el año en el que, de acuerdo con ambas fuentes, ocurrió un mayor número de defunciones maternas.**

”

## Los límites de la información disponible

Aunque el total de defunciones maternas es un indicador relevante en sí mismo, la forma convencional de monitorear este fenómeno es con la RMM, que se define como el total de defunciones maternas evitables por cada 100 000 nacimientos con vida ocurridos.

$$\text{RMM} = \frac{\text{Defunciones maternas}}{\text{Nacimientos con vida}} * 100\,000$$

Como ocurre con las defunciones maternas, las fuentes de información para calcular el denominador de este indicador varían. Primero, la SSA realiza una estimación de los nacimientos con vida ocurridos para el periodo a partir del Subsistema de Información sobre Nacimientos (Sinac), ajustados por las estimaciones de nacimientos del Consejo Nacional de Población (Conapo).<sup>43</sup> Segundo, se cuenta con los datos de natalidad procesados y publicados por el INEGI, mismos que se basan en el procesamiento de las actas de nacimiento. A pesar de los esfuerzos interinstitucionales para promover el registro oportuno de esta información, el problema de subregistro persiste. Para los años de pandemia, en particular, el subregistro de nacimientos creció, debido, al menos en parte, al cierre —y la sobrecarga de trabajo posterior al cierre— de los registros civiles.

La siguiente gráfica compara la RMM publicada por la SSA y la que calculamos con base en las cifras del INEGI; en ambos casos, la información está actualizada hasta el 31 de diciembre de 2021. La gráfica muestra dos fenómenos relevantes. En primer lugar, las cifras estimadas con información del INEGI tienden a ser más altas que las publicadas por la SSA. En segundo lugar, las diferencias en 2020 y 2021 son particularmente grandes en comparación con otros años. Es importante enfatizar que, si bien la RMM estimada para 2021 con los datos publicados por el INEGI es muy grande en este momento, es probable que se reduzca conforme esta institución ajuste al alza la cifra de nacimientos ocurridos en 2021. A pesar de ello, sería un error descartar esta fuente de información, dado que es la única base de datos publicada en formato de datos abiertos, además de contar con desagregados relevantes para entender y realizar un análisis completo de la mortalidad materna.

43 No se encontró información pública disponible para conocer la metodología de esta estimación.

**2.12.** Razón de mortalidad materna por cada 100 000 nacimientos con vida  
Desagregado por año de ocurrencia



Elaboración de GIRE con información del INEGI

Una posible solución al reto que implica el subregistro de nacimientos, al menos para 2021, es la imputación de nacimientos ocurridos en 2020 y registrados en 2021 con base en el mes de ocurrencia. La imputación se estimó al calcular la diferencia en los nacimientos registrados y ocurridos en 2020 y los nacimientos registrados en 2021 y ocurridos en 2020. Esta diferencia se sumó, desagregada por mes de ocurrencia, a los nacimientos registrados y ocurridos en 2021. Si bien lo ideal sería construir una imputación con al menos tres años de diferencia, la diferencia entre los años previos a la pandemia y los años afectados por esta imposibilita hacer una estimación adecuada. Al realizar el ejercicio descrito, encontramos que, aunque el 2021 continúa siendo el peor año del que se tiene registro, la magnitud de la RMM disminuye, al estimarse en 66.54 defunciones maternas por cada 100 000 nacimientos con vida.

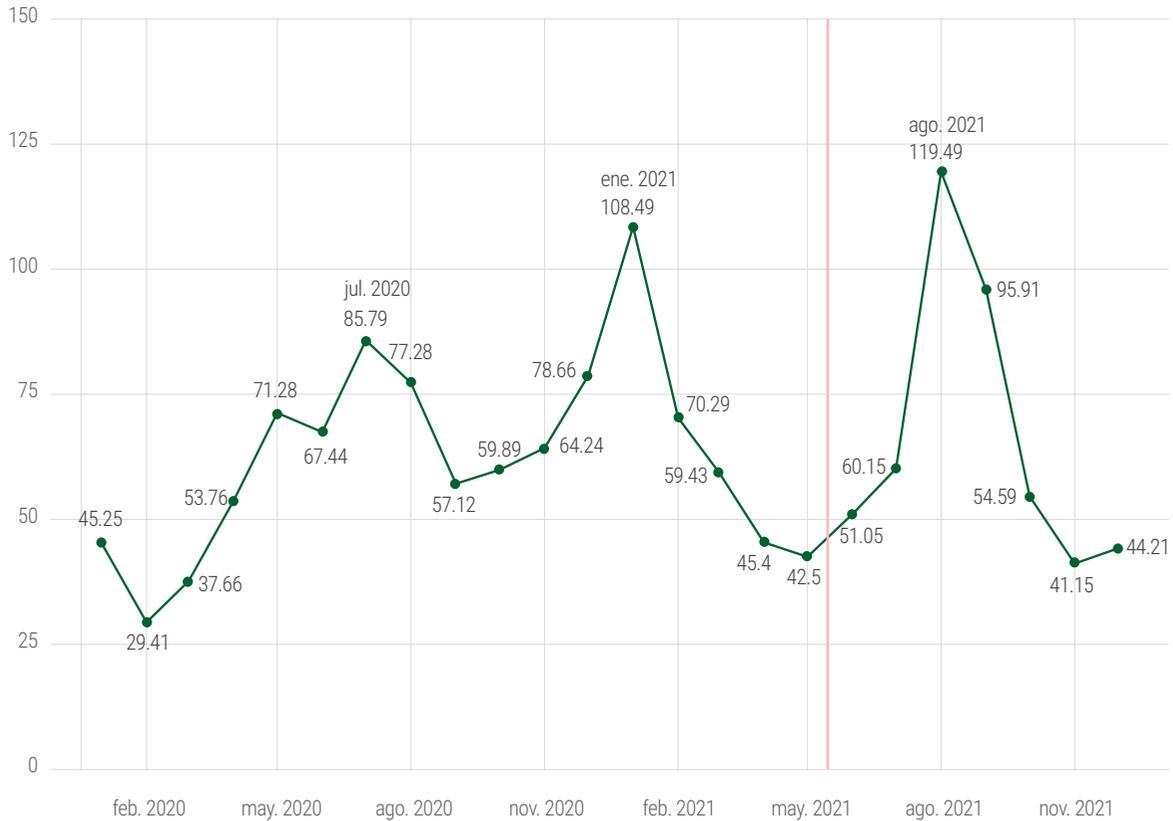
**2.13.** Razón de mortalidad materna por cada 100 000 nacimientos con vida  
Desagregado por año de ocurrencia



Elaboración de GIRE con información del INEGI

Al desagregar los datos corregidos por subregistro de manera mensual, es posible observar que existe una relación entre los peores meses de contagios y defunciones por covid-19 y el incremento de muertes maternas. En particular, se observa un primer pico en julio de 2020 (85.79), un segundo en enero de 2021 (108.49) y un tercero en agosto de 2021 (119.49). Las cifras registradas en agosto y septiembre de 2021 llaman mucho la atención, pues son posteriores al inicio de la vacunación; una posible explicación a este aumento es que haya habido un subregistro excepcional en los nacimientos durante este periodo específico.

**2.14.** Razón de mortalidad materna por cada 100 000 nacimientos con vida  
Desagregado por mes de ocurrencia durante la pandemia por covid-19



En rosa la fecha de inicio de vacunación de mujeres embarazadas (15 de mayo de 2021)

Elaboración de GIRE con información del INEGI

Con el objetivo de analizar el impacto que tuvo la pandemia en la mortalidad materna, la siguiente gráfica desagrega por mes las cifras de RMM de todos los años analizados. La gráfica muestra que entre 2012 y 2019 (líneas grises) la RMM fue bastante estable a lo largo del año; es decir, no tiene un comportamiento estacional que aumente durante meses específicos y disminuya en otros. En contraste, las series de tiempo de 2020 y 2021 presentan los picos que se mencionaron arriba: julio de 2020, enero y agosto de 2021.

**2.15.** Razón de mortalidad materna por cada 100 000 nacimientos con vida  
Desagregado por año y por mes de ocurrencia durante la pandemia por covid-19



Elaboración de GIRE con información del INEGI

● 2020 ● 2021 ● 2000-2019

Esta evidencia sugiere que los contagios de covid-19 —ya sea como principal agravante o como una barrera por la que las personas gestantes no pudieron recibir la atención médica adecuada— tuvieron un efecto directo en las defunciones maternas. Con excepción de agosto y septiembre —meses que probablemente se corrijan por el subregistro de nacimientos— la RMM se estabilizó en valores similares a los observados en años anteriores.

La mortalidad materna se debe abordar desde la justicia reproductiva; su monitoreo implica que se pueden emitir recomendaciones de corto, mediano y largo plazo para erradicarla, tomando en cuenta situaciones de discriminación basada no solo en el sexo/género, sino en otras condiciones, incluidas la edad, la condición socioeconómica y la autoadscripción étnica o racial.

“

**Los contagios de covid-19 —ya sea como principal agravante o como una barrera por la que las personas gestantes no pudieron recibir la atención médica adecuada— tuvieron un efecto directo en las defunciones maternas.**

”

El trabajo de organizaciones como GIRE y el Observatorio de Mortalidad Materna resulta fundamental para documentar los avances y retrocesos en la materia, así como para exigir la implementación de políticas públicas diseñadas para atender este fenómeno. Esto incluye tanto a la forma en la que se registran, revisan y publican los datos, como a la reducción de las defunciones maternas, conforme a lo comprometido en los foros internacionales y en las normativas vigentes en la materia.<sup>44</sup>

<sup>44</sup> La NOM-007-SSA2-2016, *Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio* es una norma que tiene como objetivo regular la atención obstétrica para evitar las muertes maternas.

## Violencia obstétrica y muerte materna: la construcción de un indicador concentrado

La muerte materna es considerada la expresión más grave de la violencia obstétrica. Aunque intuitivamente se podría suponer que la relación entre estos dos fenómenos es directamente proporcional, esto no siempre es así, ya que factores como el acceso a recursos hospitalarios desempeñan un papel muy importante. Debido a esto, **en GIRE desarrollamos una metodología sencilla con el objetivo de concentrar la información de ambos fenómenos en un único indicador.** Este indicador nos permite, por un lado, identificar patrones en los que la frecuencia de la violencia obstétrica se relaciona de manera directa con la magnitud de la mortalidad materna por entidad federativa y, por otro, facilita la identificación de entidades en las que existen diferencias significativas entre la violencia obstétrica y la mortalidad materna.

La metodología consistió en dos etapas. En la primera, se normalizaron las variables RMM correspondientes al año 2021<sup>45</sup> y el porcentaje de mujeres que experimentó alguna manifestación de violencia obstétrica informado por la ENDIREH 2021.<sup>46</sup> En la segunda, se estimó un promedio de ambas variables. De esta manera, las variables, así como el indicador concentrado, obtuvieron un puntaje del 0 al 100, en el que 0 representaba el peor desempeño y 100 el mejor desempeño estimado.

En el siguiente cuadro se presentan las variables observadas, las variables estimadas que se sometieron al procedimiento de normalización y el indicador concentrado que se calculó a partir de estas últimas. En síntesis, el promedio nacional de las variables normalizadas y del indicador concentrado se estimó de la siguiente manera:

● RMM normalizada:	<b>50.8 puntos</b>
● VOB normalizada:	<b>41.2 puntos</b>
● Indicador concentrado:	<b>46 puntos</b>

45 Corregida por subregistro.

46 Normalización a partir del mínimo valor observado menos una desviación estándar y el máximo valor observado más una desviación estándar.

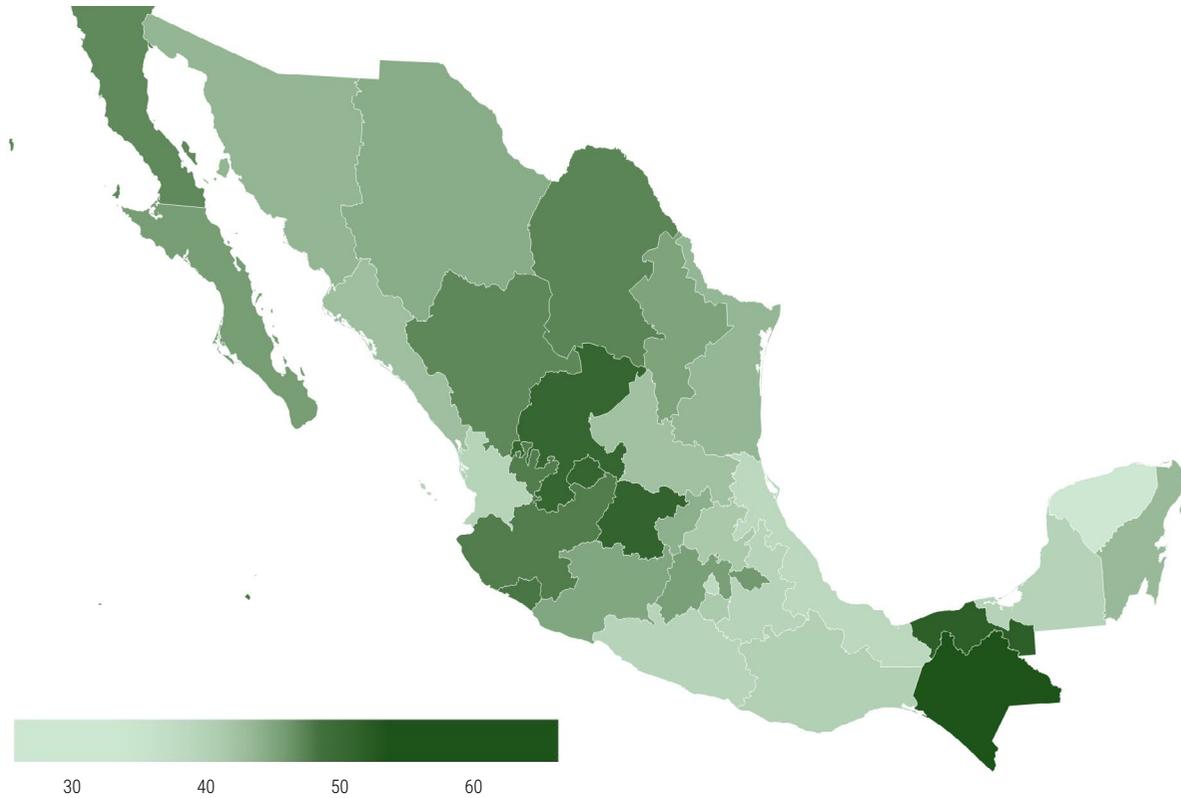
## Indicadores de mortalidad materna y violencia obstétrica observados y estimados

Entidad	Indicador concentrado	RMM (observada)	VOB (observada)	RMM (normalizada)	VOB (normalizada)
Chiapas*	68.6	64.8	18.5	52.8	84.3
Tabasco	64.6	53.1	24.0	63.8	65.4
Guanajuato	62.8	33.5	30.4	82.2	43.4
Aguascalientes	62.3	40.9	28.7	75.3	49.2
Zacatecas	62.1	47.9	26.9	68.8	55.3
Colima	54.0	47.7	31.6	68.9	39.1
Jalisco	53.1	62.0	28.3	55.5	50.7
Coahuila	52.6	57.8	29.7	59.4	45.7
Durango	52.4	59.3	29.4	58.0	46.7
Baja California	52.3	69.9	26.6	48.1	56.4
Tlaxcala	50.2	33.3	37.8	82.4	18.0
Baja California Sur	49.3	62.6	30.3	54.9	43.7
Estado de México	48.8	57.8	31.9	59.4	38.2
Nuevo León	47.9	65.9	30.2	51.8	43.9
Michoacán	47.1	62.2	31.7	55.3	38.8
Chihuahua	45.7	75.6	28.9	42.7	48.6
Querétaro	45.2	44.2	37.8	72.2	18.1
Sonora	44.2	59.6	34.1	57.8	30.6
Tamaulipas	44.0	93.9	24.9	25.6	62.3
Quintana Roo	43.5	72.4	31.0	45.7	41.3
Sinaloa	42.7	96.1	25.0	23.5	61.8
San Luis Potosí	42.3	48.4	38.3	68.2	16.3
Hidalgo	39.3	74.5	32.9	43.8	34.7
Morelos	38.7	58.9	37.5	58.4	19.0
Oaxaca	36.4	85.1	31.7	33.8	39.0
Campeche	35.2	89.8	31.1	29.5	40.9
Nayarit	35.1	102.3	27.8	17.7	52.4
Guerrero	34.7	81.8	33.6	37.0	32.4
Puebla	34.5	84.9	32.9	34.1	34.9
Veracruz	31.8	83.2	34.9	35.6	27.9
Ciudad de México	30.6	72.9	38.4	45.3	15.8
Yucatán	21.7	101.7	35.7	18.3	25.1

\* Chiapas ha tenido una de las RMM más altas en la historia de México; de 2015 a 2019 se posicionó entre los cinco estados con mayor prevalencia de este fenómeno (en 2018 fue la peor de las 32 entidades federativas). Como ya se ha mencionado, la pandemia por covid-19 causó disrupciones en los sistemas de salud locales, y también agravó la situación de RMM en otras entidades que, en años previos, la habían tenido relativamente baja. Sin embargo, en el caso de Chiapas se mantuvo estable, con lo cual pasó de ocupar el cuarto lugar a nivel nacional en 2019, a ocupar el séptimo en 2020 y el decimosexto en 2021. Además, dado que la VOB observada en la entidad es bastante baja en comparación con las demás, el estado tiene una calificación favorable en el indicador concentrado.

### Indicadores de mortalidad materna y violencia obstétrica concentrados

Los puntajes van de 0 a 100, donde 0 es el peor escenario y 100 el mejor



Elaboración de GIRE con información del INEGI

Lo primero que podemos observar es que las tres entidades con peor desempeño son Yucatán (21.7 puntos de 100 posibles), CDMX (30.6 puntos) y Veracruz (31.8 puntos). Una de las características que comparten estas entidades es que sus puntajes para ambas variables normalizadas se encuentran por debajo de la media nacional. Sin embargo, se pueden observar algunas diferencias muy particulares. Por un lado, Yucatán es la entidad con la menor diferencia, en términos absolutos, entre las variables normalizadas de mortalidad materna y violencia obstétrica. Esto indica que el rendimiento de la entidad en relación con ambas variables es muy pobre.

Por otro lado, la CDMX es la entidad con la mayor diferencia en términos absolutos de ambas variables normalizadas —equivalente a 29.5 puntos—. Otra observación que llama la atención respecto a la capital es que su desempeño en materia de violencia obstétrica es el peor del país (15.8 puntos), sin embargo, en relación con la mortalidad materna ocupa la posición 21 (45.3 puntos). Si bien su puntaje se estima por debajo de la media nacional, este fenómeno —en

el que la alta frecuencia de violencia obstétrica no se traduce de forma proporcional en un alto índice de mortalidad materna— puede deberse al acceso a recursos hospitalarios que tiene la CDMX. Con información de los Recursos en Salud Sectorial 2021,<sup>47</sup> encontramos que, por cada 10 000 mujeres en edad reproductiva, en la CDMX se cuenta con 1.17 consultorios de ginecología (la tasa más alta del país); 8.79 camas de ginecología (segunda tasa más alta); y 6.87 médicas(os) ginecólogas (tasa más alta). A partir de esta información, se puede inferir que el acceso a la atención médica durante el embarazo, y no solo durante el parto, previene —al menos parcialmente— la muerte materna, a pesar de la alta frecuencia con la que se experimentan otras manifestaciones de violencia obstétrica.

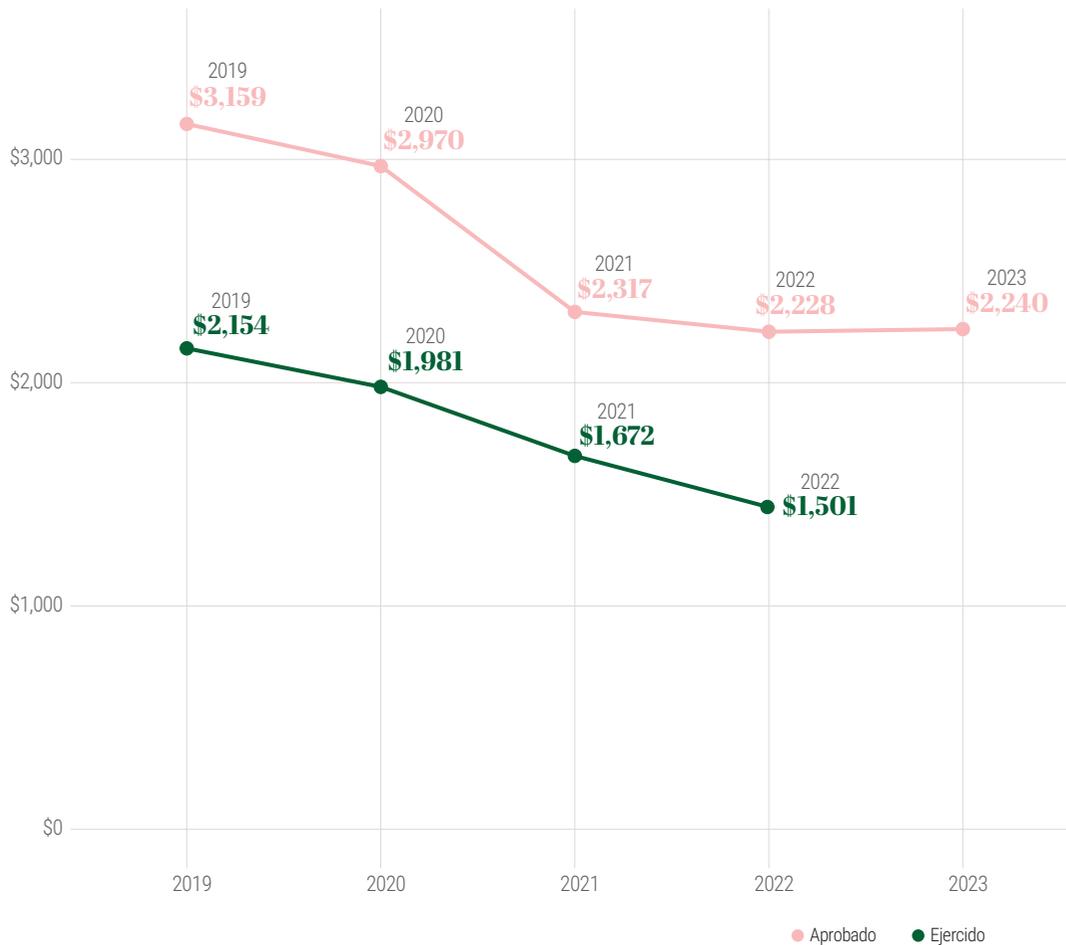
Vale la pena destacar que, si se considera que la calificación mínima aprobatoria es 60 de 100 puntos posibles, solo cinco entidades la obtienen: Chiapas (68.6), Tabasco (64.6), Guanajuato (62.8), Aguascalientes (62.3) y Zacatecas (62.1). El caso de Chiapas se destaca, pues, aunque se trata de la entidad con mejor desempeño en materia de violencia obstétrica (84.3 puntos), apenas supera la media nacional en términos de mortalidad materna (52.8 puntos). En este caso, a diferencia de lo expuesto para el caso de la CDMX, parece ser que la falta de acceso a recursos hospitalarios provoca que, a pesar de registrar bajos niveles de violencia obstétrica, la mortalidad materna no corresponda de forma proporcional a dichos niveles. Chiapas es la tercera entidad con menos acceso a consultorios de ginecología, la segunda entidad con menos personal médico ginecólogo y la entidad con el menor número de camas de ginecología por cada 10 000 mujeres en edad reproductiva. Lo anterior posiciona a esta entidad como la peor en relación con el indicador conglomerado de recursos hospitalarios.

<sup>47</sup> Dirección General de Información en Salud, Datos Abiertos, SSA, Última modificación: 11 agosto 2022. Fecha de consulta: 20 de febrero de 2023: [http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da\\_recursos\\_gob-mx.html](http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_recursos_gob-mx.html)

Entidad	Indicador conglomerado	Consultorios gineco. (observada)	Consultorios gineco. (normalizada)	Camas gineco. (observada)	Camas gineco. (normalizada)	Médicas(os) ginecobstetras (observada)	Médicas(os) ginecobstetras (normalizada)	Camas áreas de labor de parto (observada)	Camas áreas de labor de parto (normalizada)
Campeche	69.6	1.1	76.1	2.6	83.2	4.6	48.8	2.6	70.3
Ciudad de México	67.9	1.2	83.2	1.3	80.3	6.9	75.9	1.3	32.0
Baja California Sur	66.0	1.0	73.3	3.1	30.3	6.7	74.3	3.1	85.9
Colima	62.1	0.9	64.1	1.6	58.7	7.6	84.3	1.6	41.2
Nayarit	57.9	0.9	64.6	2.3	52.6	4.9	52.5	2.3	61.8
Sonora	56.7	1.1	77.5	1.9	51.1	4.6	48.8	1.9	49.5
Tamaulipas	55.0	0.9	60.0	1.9	62.0	4.6	48.0	1.9	49.9
Sinaloa	53.9	0.9	60.4	2.0	54.4	4.4	46.4	2.0	54.2
Zacatecas	53.8	0.9	59.7	1.8	63.3	4.3	44.8	1.8	47.3
Coahuila	50.0	0.8	54.9	1.6	54.3	4.8	50.5	1.6	40.1
San Luis Potosí	47.9	0.9	60.3	1.9	56.8	2.7	25.1	1.9	49.5
Tabasco	47.8	0.9	58.7	2.0	42.3	3.7	37.1	2.0	53.0
Durango	47.7	0.8	52.3	2.0	48.7	3.8	38.4	2.0	51.4
Guerrero	44.2	0.8	52.0	1.7	41.2	3.8	39.2	1.7	44.4
Chihuahua	40.9	0.6	35.7	1.7	45.1	3.8	38.1	1.7	44.6
Tlaxcala	40.4	0.5	31.5	1.9	35.7	4.2	43.5	1.9	50.8
Yucatán	39.3	0.7	46.7	1.4	39.9	3.7	37.0	1.4	33.4
Oaxaca	38.3	0.7	48.0	1.7	40.5	2.3	20.0	1.7	44.8
Jalisco	37.7	0.8	50.8	1.2	36.5	3.6	35.8	1.2	27.6
Morelos	35.8	0.5	34.8	1.8	23.6	3.8	38.7	1.8	46.1
Veracruz	35.8	0.7	44.7	1.5	33.6	2.9	27.5	1.5	37.3
Quintana Roo	34.1	0.7	45.9	1.1	30.3	3.4	33.9	1.1	26.2
Hidalgo	34.0	0.5	34.1	1.8	28.2	2.8	26.2	1.8	47.6
Estado de México	33.8	0.7	43.1	1.4	24.1	3.5	34.6	1.4	33.3
Nuevo León	33.2	0.9	61.1	0.7	27.4	3.1	30.3	0.7	14.0
Aguascalientes	33.1	0.6	35.6	1.3	28.2	3.8	38.7	1.3	30.0
Guanajuato	32.2	0.5	32.8	1.3	34.6	3.1	30.6	1.3	30.9
Michoacán	32.2	0.5	30.3	1.4	33.7	3.1	29.7	1.4	35.0
Querétaro	29.2	0.3	16.7	1.4	24.3	4.0	40.6	1.4	35.1
Puebla	26.1	0.5	35.1	1.3	23.0	1.9	15.6	1.3	30.5
Baja California	24.9	0.4	23.6	1.2	18.5	3.1	30.5	1.2	27.0
Chiapas	24.8	0.5	28.4	1.5	16.7	2.0	17.1	1.5	36.8

Los resultados desagregados en esta sección sirven para enfatizar que la atención de la violencia obstétrica y la prevención de la muerte materna deben realizarse a partir de un **enfoque de atención a la salud reproductiva de las mujeres y personas gestantes**. Este acercamiento debe considerar que, si no se cuenta con acceso a recursos públicos, será muy difícil alcanzar las metas planteadas. Tan solo en esta administración, el programa presupuestario Salud Materna, Sexual y Reproductiva ha sufrido un recorte de casi 1000 millones de pesos (constantes 2023) si se compara el monto aprobado para el ejercicio 2019 con el monto proyectado para el ejercicio 2023. En este sentido, la salud reproductiva debe ser una prioridad en la administración y el gasto de los recursos públicos.

**2.16.** Evolución del gasto programable de salud materna, sexual y reproductiva  
Montos aprobados y ejercidos en CP2013-CP2021 / PEF 2022-2023



Elaboración de GIRE con información de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público

“

**La salud reproductiva debe ser una prioridad en la administración y el gasto de los recursos públicos.**

”

## Reflexiones finales

Este documento presenta un panorama de la situación de la violencia obstétrica y la mortalidad materna en México que busca contribuir a la discusión sobre cómo atender y prevenir ambos fenómenos. A continuación, listamos algunos de los resultados más destacados.

- \* Entre 2016 y 2021, se observa que la violencia obstétrica se mantuvo prácticamente constante: en 2016, 33.4 por ciento de las mujeres en edad reproductiva que informaron haber tenido al menos un parto en los últimos cinco años experimentaron por lo menos una manifestación de violencia obstétrica; en 2021, este porcentaje fue de 30.9 por ciento. Es decir, **una de cada tres mujeres sufrió algún tipo de violencia obstétrica durante su último parto**. Este estancamiento es alarmante, pues quiere decir que, a pesar de que se cuenta con un marco normativo y políticas públicas que deberían servir para prevenir esta situación, no se han logrado avances significativos en la materia.
- \* La violencia obstétrica es un concepto amplio que se manifiesta de diferentes formas. Incluye los malos tratos o groserías verbales, las agresiones físicas, la sobremedicalización del parto, el uso de procedimientos de rutina sin consentimiento o en situaciones no justificadas —como sucede con frecuencia con las cesáreas— o, incluso, la imposición de procedimientos médicos no consentidos, como la anticoncepción o esterilización no consentida o forzada. **Entre 2016 y 2021 se observa un aumento de 4.6 puntos porcentuales en los partos resueltos por cesáreas**, al pasar de 42.8 a 47.4 por ciento. Sin bien la OMS destaca que es importante centrarse en las necesidades de las usuarias y valorar el tipo de parto en cada caso, también ha sugerido mantener la tasa de cesáreas en un rango entre 10 y 15 por ciento. Sin embargo, en 2018, la tasa promedio a nivel mundial se estimó en 21.1 por ciento.
- \* Llama la atención que la **presión para aceptar anticoncepción o esterilización forzada pasó de ser la quinta manifestación de violencia obstétrica más frecuente en 2016 a ser**

la segunda más mencionada en 2021. También se observa un ligero aumento en *Método anticonceptivo o esterilización forzada*, al pasar de 12.2 a 13.8 por ciento. Resulta preocupante que, aunque se observen leves disminuciones en el resto de las manifestaciones, haya un aumento en las relacionadas con estos procedimientos médicos.

- \* A partir de la ENDIREH 2021, se observa que **las mujeres con discapacidad tienden a sufrir más violencia obstétrica (43.9 %)** en comparación con las mujeres que no tienen ningún tipo de discapacidad o limitación (30.4 %). Además, las mujeres con discapacidad más jóvenes suelen ser más propensas a experimentar violencia obstétrica: **una de cada dos mujeres con discapacidad menor de 20 años informó haber sufrido al menos un tipo de violencia obstétrica** durante su último parto.
- \* De acuerdo con el INEGI, entre 2009 y 2015, en México se observó una tendencia a la baja en la razón de mortalidad materna (RMM); sin embargo, entre 2015 y 2019 hubo un estancamiento y, posteriormente, la pandemia por covid-19 frenó este avance. En 2020, la RMM tuvo un incremento de 60.84 por ciento, pasando de 37.9 a 60.96. **El segundo año de pandemia, 2021, fue el peor año del que se tiene registro** desde que la información se publica en datos abiertos (1992), pues esta cifra se estimó en 95.38.
- \* Respecto a las entidades federativas, entre 2019 y 2021 este indicador se agravó en todos los casos, salvo en Tlaxcala. En los primeros dos años, entre 2019 y 2020 la RMM solo disminuyó en los estados de Durango, Colima, Baja California Sur y Querétaro. En el periodo de 2020 a 2021, sin embargo, trece entidades presentaron una mejora; se destacan los casos de Tlaxcala, Tabasco y Zacatecas, que lograron una disminución porcentual mayor al 30 por ciento.
- \* **En dos años, la RMM de Campeche se multiplicó casi seis veces** (89.78 en 2021), lo que la coloca como la quinta entidad con las peores cifras durante la pandemia. Otro caso similar es Yucatán, que en 2019 se situaba en la 29.<sup>a</sup> posición, al estimar su RMM en 21.1. Para el 2020, esta cifra se triplicó, con una RMM equivalente a 67.04; un aumento que la colocó en el 13.<sup>o</sup> puesto con peores cifras. En 2021, la RMM en la entidad se calculó en 101.66, es decir, la segunda más alta del país; y la única, junto a Nayarit, en superar las 100 defunciones maternas por cada 100 000 nacimientos con vida.
- \* Al consolidar un indicador concentrado de mortalidad materna y violencia obstétrica se encuentra que **las tres entidades con peor desempeño son Yucatán (21.7 puntos de 100 posibles), CDMX (30.6 puntos) y Veracruz (31.8 puntos)**. Una de las características que comparten estas entidades es que sus puntajes para ambas variables normalizadas se encuentran por debajo de la media nacional. Sin embargo, se pueden observar algunas diferencias muy particulares. Por un lado, en Yucatán, la diferencia en términos absolutos en-

tre las variables normalizadas de mortalidad materna y violencia obstétrica es menor. Esto indica que el rendimiento de la entidad en relación con ambas variables es muy pobre.

- \* Por otro lado, la CDMX tiene la mayor diferencia en términos absolutos de ambas variables normalizadas —equivalente a 29.5 puntos—. Otra observación que llama la atención respecto a la capital es que su desempeño en materia de violencia obstétrica es el peor del país (15.8 puntos), sin embargo, en relación con la mortalidad materna ocupa la posición 21 (45.3 puntos). Si bien su puntaje se estima por debajo de la media nacional, este fenómeno —en el que la alta frecuencia de violencia obstétrica no se traduce de forma proporcional en un alto índice de mortalidad materna— puede deberse al acceso a recursos hospitalarios que tiene la CDMX.

## Recomendaciones

Este proyecto de investigación se ve limitado, en parte, debido a la dificultad para obtener cifras públicas exactas y confiables; en particular, las contenidas en las siguientes tres bases de datos del INEGI: la ENDIREH, los datos sobre defunciones y los datos sobre nacimientos. Aun cuando la información es pública, procesarla y analizarla no es tan sencillo. Esta sección se concentra en emitir una serie de recomendaciones que podrían favorecer la transparencia y accesibilidad de la información pública para las múltiples personas usuarias que la utilizan. Para ello, se divide en tres partes, que corresponden a las fuentes de información utilizadas a lo largo del documento.

### ***Encuesta Nacional de la Dinámica de las Relaciones en los Hogares***

(ENDIREH)

- \* Incluir preguntas que capturen las manifestaciones de violencia obstétrica en la atención del embarazo y el periodo de puerperio, no solo en la atención del parto.
- \* Agregar preguntas que permitan conocer la orientación sexual y la identidad sexogenérica de las personas entrevistadas.
- \* Incluir preguntas que permitan identificar las características sociodemográficas de las personas que acompañan a las mujeres y personas gestantes en su atención obstétrica.
- \* Distinguir el sexo de la persona agresora en las preguntas relacionadas con agresiones, particularmente en las que tienen que ver con violencia sexual.
- \* Diseñar y publicar un cuadro que compare las preguntas repetidas en las ENDIREH 2016 y 2021 para señalar los cambios que hubo en los nombres de las variables que se consideraron. Este cuadro permitiría hacer un monitoreo de las modificaciones a la encuesta y facilitaría la replicabilidad de los datos publicados por el INEGI.

- \* Diseñar y publicar un código en el que se replique el procedimiento para estimar los tabulados.<sup>48</sup>

### ***Dirección General de Epidemiología***

- \* Publicar las cifras de defunciones maternas en formato de datos abiertos.<sup>49</sup>
- \* Publicar la metodología que se utiliza para la estimación de los nacimientos vivos ocurridos a partir del Subsistema de Información sobre Nacimientos (Sinac), ajustados por las estimaciones de nacimientos del Consejo Nacional de Población (Conapo).
- \* Publicar las cifras de mortalidad materna desagregadas por factores sociodemográficos como ingreso, acceso a la educación, afrodescendencia y pertenencia a alguna comunidad indígena. Esta recomendación se hace considerando que los organismos internacionales los han reconocido como factores fundamentales para entender las barreras para la reducción de la RMM en la región.<sup>50</sup>

---

70

### ***Defunciones y nacimientos***

- \* Publicar una base de datos que solo contenga las muertes maternas, para conocer la RMM.
- \* Permitir que los tabulados de defunciones y nacimientos puedan visualizarse con el año de ocurrencia como variable de desagregación primaria.<sup>51</sup>

48 Para la ENDIREH 2021, el INEGI publicó una base de datos que contenía las variables procesadas para la estimación de tabulados. Aunque consideramos que esto es un avance muy relevante, sería de suma importancia conocer el procedimiento que se utilizó para llegar de las variables desagregadas a las variables procesadas.

49 Actualmente, estas cifras se publican en un PDF no editable, por lo que no es posible ni siquiera extraer la información de forma automática.

50 OMS, *Trends in maternal mortality 2000 to 2020*, 2023, p. 45. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240068759>

51 Actualmente esta variable solo funciona como un cruce, por lo que se complica el procesamiento.

