

NOTA TÉCNICA 18

MATERNIDAD Y SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO

LOURDES JIMENEZ BRITO



Lourdes
Jimenez Brito¹

Introducción

La Conferencia Interamericana de Seguridad Social (ciss) ha sostenido una agenda extensa de investigación y producción académica acerca de las condiciones bajo las cuales las mujeres del continente ejercen la maternidad. En la publicación *Maternidad y seguridad social*, se expone que la maternidad es un riesgo social, se revaloriza y resignifica desde una perspectiva pública a partir de la libertad, la igualdad y la dignidad. Los esquemas tradicionales de protección de la maternidad han condicionado a las madres a permanecer en el espacio doméstico en el que ejercen las funciones de cuidado y crianza mientras los padres continúan en el ámbito productivo sin que sus ingresos y actividades se vean afectados. Por estas razones, se ha diseñado un modelo de seguridad social de la maternidad que promueve la deconstrucción de los roles de género en el cuidado y la crianza de la infancia. Se trata de una política pública familiar con enfoque de género y de derechos que busca proteger a las mujeres del riesgo social de la maternidad y compensar con medidas efectivas los costos diferenciales que asumen en el momento de ser madres.² Asimismo,

¹ Equipo de especialistas ciss, candidata a doctora en Ciencia Política por el Centro de Investigación y Docencia Económicas de México.

² Lourdes Jimenez Brito, *Maternidad y seguridad social*, ciss, Ciudad de México, 2020.

se han analizado las condiciones bajo las cuales las mujeres del Caribe —en especial las del Caribe angloparlante— ejercen la maternidad. La principal conclusión fue que, en promedio, las mujeres del Caribe acceden a un nivel de protección menor que las de América Latina. Con el análisis de sus países y territorios se ha contribuido al conocimiento de la situación de la maternidad y las políticas familiares de una región tradicionalmente poco estudiada.³

En esta nota técnica se estudia el caso de México. El objetivo es describir las condiciones bajo las cuales las mujeres ejercen la maternidad en este país. Del mismo modo, se propone una serie de reformas específicas a la normativa y la práctica vigentes, con base en las políticas que conforman el modelo de seguridad social de maternidad diseñado por esta Conferencia. México es el segundo país miembro de la CISS con mayor población del continente.⁴ Las estimaciones de población de la *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica* de 2018 indican que en México residen un poco más de 124 millones de personas, de las cuales 63.9 millones son mujeres y 61.1 millones son hombres.⁵ En 2019 se estimó una población femenina en edad fértil (15 a 49 años de edad) de 34.3 millones, que representa 53.1% de la población femenina total.⁶ Durante 2019 se verificaron 2,092,214 nacimien-

tos asentados en las oficinas del Registro Civil.⁷ Esto quiere decir que durante ese año más de 2 millones de mujeres en México convirtieron en madres. Con esta investigación se contribuye al conocimiento acerca de las circunstancias en las que esas mujeres ejercen la maternidad y se visibiliza los costos diferenciales asumidos por ellas respecto a los hombres.

La estructura de este documento es la siguiente: en primer lugar, se especifican las condiciones metodológicas del estudio y se destaca la gran disponibilidad de datos con enfoque de género. En segundo lugar, se analizan las condiciones del ejercicio de la maternidad a partir de cuatro categorías analíticas: (1) acceso a servicios de salud reproductiva y materna; (2) políticas de licencias familiares; (3) transferencias directas, monetarias o en especie, y (4) disponibilidad de servicios de cuidados infantiles.⁸ La evidencia recabada en cada categoría analítica pone de manifiesto la necesidad de que México emprenda un camino de reformas en áreas prioritarias en torno a la protección de las mujeres frente al riesgo social de la maternidad, en particular en la ampliación de las licencias familiares y la mejora de la calidad de la atención de la salud materna. La sección final está dedicada a las recomendaciones de políticas específicas para

³ Lourdes Jimenez Brito, *Maternidad y seguridad social en el Caribe*, Ciudad de México, 2020.

⁴ El país miembro más poblado es Brasil. Para conocer toda la membresía de la Conferencia, véase <https://ciss-bienestar.org/miembros/>

⁵ INEGI/Inmujeres, *Mujeres y hombres en México 2019*, INEGI, Aguascalientes, 2019, p. 4.

⁶ *Ibid.*, p. 20.

⁷ INEGI, "Características de los nacimientos registrados en México durante 2019", comunicado de prensa núm. 429/20, 22 de septiembre de 2020.

⁸ Las mismas categorías de análisis se emplearon en Lourdes Jimenez Brito, *Maternidad y seguridad social*, y *Maternidad y seguridad social en el Caribe*, *op. cit.*

México, encaminadas a resignificar la maternidad desde una perspectiva pública.

El objetivo central de esta investigación es ofrecer un diagnóstico basado en evidencias de las circunstancias en las que se ejerce la maternidad en México y poner a consideración de los y las tomadoras de decisiones en México una serie de propuestas de políticas públicas orientadas a brindar las mejores condiciones para que las madres tengan seguridad y bienestar. El Estado es quien tiene la posibilidad de proporcionar las herramientas para que todas las personas —en este caso, todas las mujeres que deseen ser madres— estén en la misma situación para emprender con libertad la búsqueda individual de la felicidad, es decir, para alcanzar el bienestar.⁹ Esta pretensión puede traducirse como el acceso universal de las mujeres, sin importar su condición laboral, a un modelo de seguridad social estatal de maternidad.

Notas metodológicas

En este trabajo se presenta un diagnóstico de la situación de la maternidad en México. Esto quiere decir que se examinaron sólo las disposiciones jurídicas, programas y políticas en torno a la protección de las mujeres frente al riesgo social de la maternidad vigentes en el ámbito nacional. Las disposiciones estatales vigentes a exceden los objetivos de esta investigación. Sin embargo, se mencionan de manera general cuando se encontró información disponible

y confiable sobre la situación estatal bajo estudio. México presenta una realidad diversa y heterogénea no sólo en materia de legislación sino también en el arraigo de ciertas costumbres, imposiciones y estereotipos en torno a la maternidad y las mujeres. Lejos de ser un problema, esto enriquece las perspectivas de estudio a partir de las cuales se puede analizar la maternidad; sin embargo, no es de nuestro interés hacer este tipo de aproximaciones en este documento. Se recuerda que el análisis aquí desarrollado corresponde al ámbito nacional —federal— de México.

Por otro lado, esta investigación es de carácter descriptivo y tiene por objetivo trazar un diagnóstico de la situación vigente en México en torno a la maternidad. Esto quiere decir que la búsqueda de las razones que explican determinadas condiciones en torno al ejercicio de la maternidad vigentes en México excede los objetivos de esta investigación. El análisis se circunscribe a la descripción, con base en información y datos de fuentes reconocidas y confiables, de las condiciones que deben enfrentar las mujeres que son madres en este país. El lector o lectora podrá disponer de información actualizada en cada categoría analítica para conocer con detalle cómo se ejerce la maternidad en México.

En México se ha respaldado el desarrollo de información estadística con perspectiva de género, que permite hacer visibles las diferencias entre las condiciones sociales, económicas

⁹ La CISS procura posicionarse como un organismo internacional con una teoría propia sobre el bienestar y un método particular para enfrentar los problemas que impiden una incorporación universal a la seguridad social, así como los factores que afectan el bienestar de las personas. Para más información, véase Hugo Garciamarín, *Un ensayo sobre la felicidad y el bienestar*, CISS, Ciudad de México, en prensa.

y demográficas de las mujeres y de los hombres.¹⁰ La publicación *Mujeres y hombres en México*, elaborada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y el Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres), ofrece una selección de indicadores desde 1997 que describen la situación de mujeres y hombres en varios ámbitos de la vida nacional.¹¹ Por otro lado, gracias a una iniciativa y al trabajo conjunto del INEGI, el Inmujeres, la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU-Mujeres) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), se dispone de un *Atlas de género*, que tiene como propósito reunir algunos de los indicadores más sobresalientes para hacer visibles no sólo las diferencias de género sino también las diferencias adicionales derivadas de su ubicación geográfica en las entidades federativas del territorio nacional. Es una plataforma que proporciona acceso a mapas que muestran el comportamiento de indicadores demográficos, sociales, de trabajo, de uso del tiempo, de emprendimiento, de pobreza, de toma de decisiones y de violencia contra las mujeres, relacionados con los derechos humanos y con temas de interés para las políticas públicas orientadas a la igualdad sustantiva de género y de orden regional.¹² Cabe destacar que el panorama de las estadísticas oficiales con perspectiva de género se completa con herramientas estadísticas como la *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones*

en los Hogares (ENDIREH) y la *Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo*, entre otras.

Es importante destacar este aspecto positivo en el caso mexicano, porque contar con datos y estadísticas confiables facilita hacer diagnósticos correctos y basados en evidencia. No todos los países de la región disponen de este abanico de herramientas estadísticas y datos con perspectiva de género. La falta de encuestas de hogares y/o de encuestas de uso del tiempo en muchos países y territorios de la región dificulta la investigación y, en particular, el diseño de políticas públicas apropiadas que resuelvan los problemas reales de las personas, en este caso, de las mujeres. México puede considerarse un referente por el desarrollo de su capacidad para recolectar datos con perspectiva de género a partir de las encuestas que se aplican periódicamente. El resto de los países de las Américas podrían emular este esfuerzo y fortalecer sus propias capacidades para recolectar datos con perspectiva de género.

El drama de ser madre en México y no tener seguridad social

Antes de entrar de lleno en el análisis, es importante hacer una distinción para dimensionar el impacto real del alcance limitado que, en la mayoría de los casos, tiene la seguridad social en México como mecanismo de protección de las mujeres frente al riesgo social de

¹⁰ INEGI/Inmujeres/ONU Mujeres/CEPAL, *Atlas de género*, disponible. En http://gaia.inegi.org.mx/atlas_genero/, consultado 12 de septiembre de 2022.

¹¹ INEGI/Inmujeres, *Mujeres y hombres en México 2018*, INEGI, Aguascalientes, 2018.

¹² INEGI/Inmujeres/ONU Mujeres/CEPAL, *Atlas de género*, *op. cit.*

la maternidad. De acuerdo con el postulado de que la seguridad social es un derecho humano y de que su disfrute no debe estar atado a la condición laboral de las personas, es indispensable que las transferencias y servicios deben otorgarse a todas las personas sin importar su situación laboral.¹³

En México, las mujeres que trabajan en esquemas laborales formales, es decir, que cuentan con seguridad social y protección laboral, tienen acceso garantizado por ley a atención médica, licencias remuneradas, ingreso y conservación del empleo, además de otros servicios y prestaciones, como descansos para lactancia y guarderías infantiles. En cambio, las mujeres trabajadoras sin seguridad social o inactivas en el mercado laboral tienen que recurrir a otras alternativas de atención. Es entonces cuando se presenta la desprotección, el empobrecimiento y la dependencia hacia las instituciones de asistencia social, por lo que las licencias de maternidad, la conservación del empleo y su ingreso se encuentran en mayor riesgo.¹⁴

Si el trabajo formal es la principal vía de acceso a la seguridad social, basta analizar los datos del mercado laboral por género para visualizar la gran desigualdad entre hombres y mujeres en México. Las cifras muestran que la participación de las mujeres en el trabajo asalariado es inferior a la de los hombres: de cada 100 personas que contribuyen a la producción de bienes y servicios de manera asalariada en

actividades no agropecuarias (industria, comercio y servicios), 42 son mujeres y 58 son hombres. La situación de las mujeres que son madres es sustancialmente peor: de los 2.2 millones de nacimientos registrados en 2017, en 69.5% de los casos las madres declararon no desempeñar alguna actividad económica y el 21.4% declaró estar ocupada. De estas últimas, tres cuartas partes laboran como empleadas, 8.6% como obreras y 9.8% trabajan por cuenta propia.¹⁵ Estos datos indican que la gran mayoría de las madres en México no desempeñan actividades económicas en el mercado laboral que les permitan contar en forma directa con prestaciones de seguridad social —acceso a servicios de salud materna, licencias remuneradas, servicios de cuidado—. Cabe destacar que una parte de este universo de madres, reciben prestaciones en forma indirecta a través del aseguramiento devenido de la condición laboral formal de sus parejas u otros familiares. Pero aquellas mujeres, niños y niñas que no cuentan con cobertura de seguridad social, enfrentan un riesgo mayor por las condiciones de vulnerabilidad en las que deben ejercer la maternidad.

Ante este escenario, la respuesta estatal debe orientarse hacia la universalidad, es decir, que las políticas públicas de maternidad y primera infancia sean de acceso universal e irrestricto para todas las mujeres, independientemente de su situación laboral o de otra índole.

¹³ Mariela Sánchez-Belmont Montiel, Miguel Ángel Ramírez Villela y Frida Romero Suárez, *Propuesta conceptual para el análisis de la seguridad social desde la Conferencia Interamericana de Seguridad Social*, CISS, Ciudad de México, 2019.

¹⁴ Arturo Llanes Castillo *et al.*, "Maternidad en legislación mexicana: una visión desde los derechos laborales de la mujer", *Revista de Ciencias Sociales*, vol. 1, núm. 26, 2020, pp. 51-60.

¹⁵ INEGI/Inmujeres, *Mujeres y hombres en México 2019*, *op. cit.*

El ejercicio de la maternidad en México

En esta sección se describe la situación particular del nivel de protección de la mujer frente al riesgo social de la maternidad en México. El análisis se basa en cuatro categorías analíticas: acceso a servicios de salud reproductiva y materna; garantías de licencias familiares de maternidad, paternidad y parentales; transferencias directas al momento del nacimiento, y disponibilidad de servicios de cuidados infantiles.¹⁶

A. Acceso a servicios de salud reproductiva y materna

La Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos consagra en su artículo 4 el derecho de todas las personas a "decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos".¹⁷ Asimismo, establece la igualdad entre hombres y mujeres ante la ley y la protección de la organización y el desarrollo de la familia. También determina que toda persona tiene derecho a la protección de la salud y que la ley definirá un sistema de salud para el bienestar para 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.

Existen dos esquemas de atención de la salud en México: el público y el privado. El primero está integrado por las instituciones de seguridad social, como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), la Secretaría de la Defensa Nacional (Sedena) y la Secretaría de Marina (Semar). En este sector también se encuentran los programas que atienden a personas que no cuentan con cobertura de seguridad social, como la Secretaría de Salud (ss), los Servicios Estatales de Salud (SESA) y los programas IMSS Oportunidades, IMSS Bienestar y el de más reciente creación, el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI).¹⁸ En el sector privado están los servicios de salud en los que se recibe una remuneración directa de los pacientes por los servicios otorgados o indirecta de las compañías aseguradoras, sin que exista aportación alguna por parte del Estado.¹⁹ A continuación, se describe la situación de dos aspectos centrales relacionados con el sistema de salud vigente en México: el acceso a servicios de salud reproductiva y el acceso a servicios de salud materna. Más adelante se examina la situación de la lactancia materna y de la violencia obstétrica en México.

¹⁶ Para consultar las razones e importancia de cada categoría, véase el capítulo 3 de Lourdes Jimenez Brito, *Maternidad y seguridad social*, *op.cit.*

¹⁷ Artículo 4 de la Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos.

¹⁸ El INSABI tiene por objeto proveer y garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social, así como impulsar, en coordinación con la Secretaría de Salud, en su calidad de órgano rector, acciones orientadas a lograr una adecuada integración y articulación de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud. Más información sobre el INSABI en <https://www.gob.mx/insabi/que-hacemos>

¹⁹ Octavio Gómez Dantés *et al.*, "Sistema de salud de México", *Salud Pública de México*, vol. 53, supl. 2, 2011, pp. 220-232.

Acceso a servicios de salud reproductiva en México

El respeto, la protección y la garantía del derecho a información y a servicios de anticoncepción reviste especial importancia para las mujeres porque son ellas quienes asumen los principales efectos negativos de un embarazo no deseado. La falta de acceso a información y de servicios de anticoncepción impacta de forma directa en el derecho de toda mujer a decidir de manera libre e informada si desea tener hijos y cuándo tenerlos. Esta situación viola el derecho reconocido en el artículo 4 de la Constitución política de México.²⁰ El derecho a la información y a servicios de anticoncepción se regula con dos normas: por un lado, la Ley General de Población,²¹ en particular su reglamento que define la planificación familiar como el ejercicio del derecho de toda persona a decidir, de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener la información especializada y los servicios idóneos²². Por el otro, la Ley General de Salud, cuyo artículo 27 reconoce que la planificación familiar es parte de los servicios básicos de salud y expresión del ejercicio del derecho a la protección de la sa-

lud del individuo y de la sociedad en general. La misma ley establece, en su artículo 67, que la planificación familiar es prioritaria e incluye información y orientación educativa para las y los adolescentes y jóvenes e información para la mujer y el hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años de edad y la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número mediante una correcta información anticonceptiva, que debe ser proporcionada de manera oportuna, eficaz y completa a la pareja.²³

Por tratarse de una facultad concurrente, cada entidad federativa cuenta con una ley local de salud. Además de las normas anteriores, se cuenta con la Norma Oficial Mexicana NOM 005-SSA2-1993, llamada "De los Servicios de Planificación Familiar", cuyo objetivo es uniformar los criterios para la prestación de los servicios de planificación familiar en México dentro de un marco de absoluta libertad y respeto a la decisión de los individuos y posterior a un proceso sistemático de consejería, basado en la aplicación del enfoque integral de la salud reproductiva.²⁴ Como menciona el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) en su publicación *Omisión e indiferencia. Derechos reproductivos en México*, estas normas

²⁰ GIRE, "Omisión e indiferencia. Derechos reproductivos en México. Aborto/Anticoncepción/Mortalidad materna/Violencia obstétrica/Vida laboral y reproductiva/Reproducción asistida", GIRE, Ciudad de México, 2013.

²¹ En el artículo 3, párrafo segundo de esta Ley se indica que: "la Secretaría de Gobernación dictará y ejecutará, o en su caso promoverá ante las dependencias componentes o entidades correspondientes, las medidas necesarias para: realizar programas de planeación familiar a través de los servicios educativos y de salud pública de que disponga el sector público y vigilar que dichos programas y los que realicen organismos privados, se lleven a cabo con absoluto respeto a los derechos fundamentales del hombre [sic] y preserven la dignidad de las familias, con el objeto de regular racionalmente y estabilizar el crecimiento de la población, así como lograr el mejor aprovechamiento de los recursos humanos y naturales del país". Presidencia de la República, Ley General de Población, 2018.

²² Artículo 13 del Reglamento de la Ley General de Población.

²³ Presidencia de la República, Ley General de Salud, 1984.

²⁴ Secretaría de Salud, Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar", 1994.

se refieren a la planificación familiar y no a la anticoncepción como tal, por lo que es fundamental señalar que el concepto "planificación familiar" debe ser interpretado de conformidad con las normas de derechos humanos. De esta forma, la titularidad del derecho a información y a servicios de anticoncepción corresponde a todas las personas, sin que para su ejercicio se requiera contar con pareja o formar una familia.

Cabe destacar que los y las adolescentes en México están incluidos como destinatarios de los servicios de salud sexual y reproductiva, y que no se requiere del consentimiento de los padres o madres, tutores o figuras similares para que las personas de estas edades reciban información, consejería y el método anticonceptivo que elijan. En México, el personal de salud puede ofrecer información y servicios de anticoncepción a las y los adolescentes. Todo el personal médico, de los servicios de salud públicos y privados en los niveles municipal, estatal y federal deben saber que la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que todos los métodos anticonceptivos están recomendados para las y los adolescentes. Existen documentos, como la NOM 005-SSA2-1993, que se pueden consultar y poner en práctica cuando brinden atención a la salud sexual y reproductiva de mujeres y varones adolescentes, con plena seguridad y confianza, pues se debe tener presente siempre que todas las personas, independientemente de su género, edad, condición social, orientación sexual

y estado civil, deben recibir servicios de salud de alta calidad, por ser un derecho sexual y reproductivo.²⁵

La tasa global de fecundidad se define como el número promedio de hijos que tendría una mujer durante su vida reproductiva. En México, la tasa de fecundidad nacional es de 2.1 hijas(os) por mujer. Las cifras por entidad federativa revelan que la mayoría de las mujeres se sitúa alrededor de la tasa nacional. La tasa de fecundidad más alta se encuentra en las entidades de Chiapas, Zacatecas, Coahuila y Guerrero. La Ciudad de México y el Estado de México presentan las tasas más bajas.²⁶ De acuerdo con los datos de la *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018*, la población de mujeres de 15 a 49 años de edad es de 32.9 millones.

La Gráfica 1 muestra que, de los 32.9 millones de mujeres en edad fértil, 33.7% no tiene hijos; 17.2% tiene un hijo o hija; 22.2% tiene dos; 16.6%, tres, y 10.2%, cuatro. Asimismo, la Gráfica 2 permite ver que 53.4% de las mujeres en edad fértil usa métodos anticonceptivos. En 2014, la proporción fue de 51.6%.²⁷ Entre la ENADID 2016 y la 2018 se observa una disminución de la fecundidad adolescente, de 77 a 70.6 nacimientos por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años de edad. Esta disminución puede deberse, en parte, a los esfuerzos del Estado mexicano para atender este tema a través de la implementación de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) cuyo objetivo general ha sido reducir

²⁵ Deborah L. Billings, Francisco Rosas y Nadine Gasman Zylbermann, *En México, sí se pueden ofrecer servicios de anticoncepción a adolescentes. Normatividad nacional e internacional*, Ipas México, Ciudad de México, 2004.

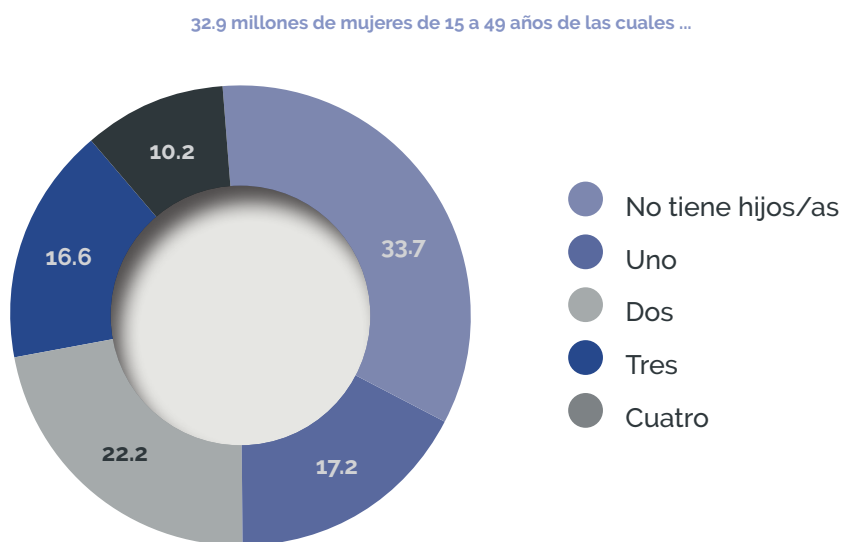
²⁶ INEGI/Inmujeres, *Mujeres y hombres en México 2019*, op. cit., p. 21.

²⁷ INEGI, *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica ENADID 2018. Principales resultados*, INEGI, Ciudad de México, 2019.

el número de embarazos en adolescentes en México. Esta estrategia se plantea disminuir a cero los nacimientos en niñas de 10 a 14 años y reducir en un 50% la tasa específica de fecundidad de las adolescentes de 15 a 19 años para el

año 2030.²⁸ Y es que la fecundidad adolescente presenta un riesgo para las madres y para los recién nacidos, y otras consecuencias, como menores oportunidades para recibir educación y trabajo, entre otras.²⁹

Gráfica 1. Mujeres en edad fértil y distribución según número de hijos (en porcentaje)



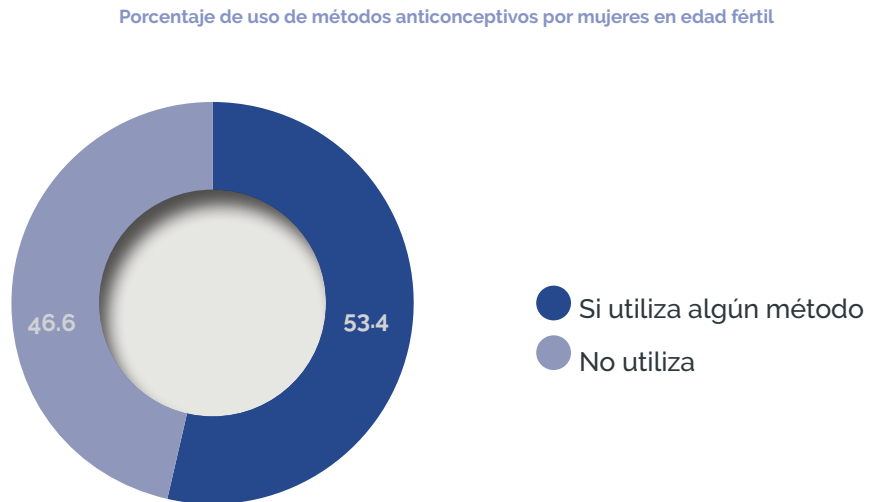
Fuente: Elaboración propia con datos de la ENADID 2018.

Nota: El total de los porcentajes suma 99.9%.

²⁸ Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres), Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, s/f. Disponible en <https://www.gob.mx/inmujeres/acciones-y-programas/estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-33454>

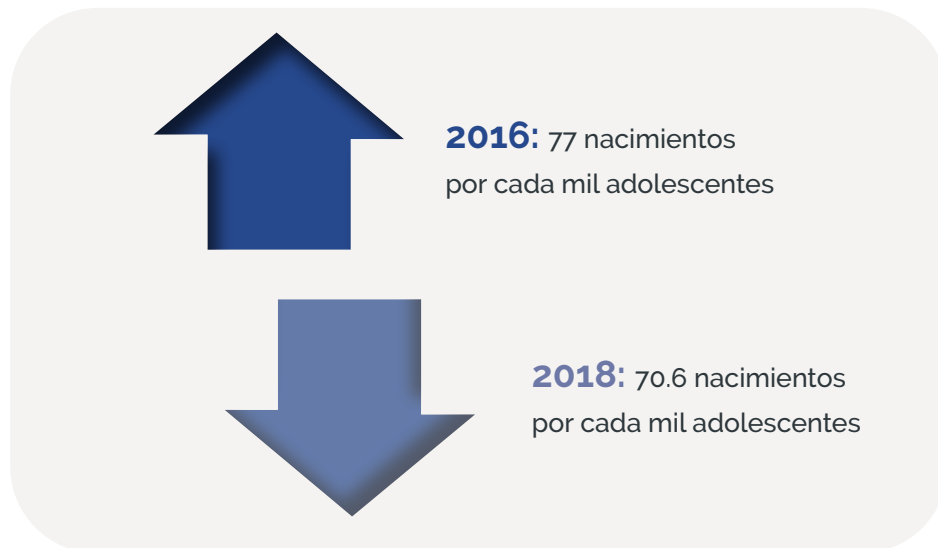
²⁹ Para un estudio exhaustivo de la situación del embarazo adolescente, véase UNFPA, *Consecuencias socioeconómicas del embarazo en adolescentes en México*, UNFPA, Ciudad de México, 2020.

Gráfica 2. Mujeres en edad fértil usuarias de métodos anticonceptivos (en porcentaje)



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENADID 2018.

Figura 1. Disminución de la tasa de fecundidad adolescente (mujeres de 15 a 19 años de edad) en México, 2016-2018



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENADID 2018.

Respecto al acceso a servicios de interrupción legal de embarazos (ILE), la Ciudad de México es la única entidad federativa en la que el aborto es legal en las primeras 12 semanas de gestación.³⁰ El aborto en casos en los que el embarazo es producto de una violación es legal en todo el país. En México, la interrupción voluntaria del embarazo es un tema de regulación local, es decir, cada entidad federativa establece cuándo el aborto es delito o no, qué procedimientos debe seguir una mujer para solicitar la ILE y cómo debe prestarse el servicio en las instituciones de salud.³¹

Acceso a servicios de salud materna

La medida internacional utilizada por lo regular para identificar y evaluar la existencia y gravedad de las barreras para el acceso a los servicios de salud materna es la razón de mortalidad materna (RMM), que expresa el número de mujeres que muere durante el embarazo, parto o puerperio por cada 100,000 que nacen con vida.³² La mortalidad materna se define como la muerte de la mujer durante el embarazo, el parto o los 42 días posteriores al parto, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio, o su manejo, pero no por causas accidenta-

les.³³ Este indicador mide de manera indirecta la efectividad de las acciones de prevención y atención oportuna de complicaciones en mujeres embarazadas, parturientas y puérperas. Su comportamiento entre 2001 y 2016 muestra un decrecimiento de 68.9 a 36.7 defunciones por complicaciones relacionadas con el embarazo o parto y puerperio.³⁴

La norma nacional en el ámbito federal y local otorga carácter prioritario a la prestación de servicios de salud materna en las instituciones del Sistema Nacional de Salud.³⁵ La Ley General de Salud prevé la atención materno-infantil, considerada parte de los servicios básicos de salud. Los servicios específicos de atención materna están previstos en el capítulo V de la ley, que indica que la protección materno-infantil y la promoción de la salud materna, debido a la condición de vulnerabilidad en la que se encuentran la mujer y el producto, engloban la atención integral de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, incluyendo la atención psicológica. Asimismo, esta ley subraya el derecho de las mujeres embarazadas a obtener servicios de salud con estricto respeto de sus derechos humanos.³⁶

La calidad de la salud materna fue uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) adoptados por la comunidad interna-

³⁰ Secretaría de Salud de la Ciudad de México, "Interrupción Legal del Embarazo (ILE)", 2020.

³¹ GIRE, "Omisión e indiferencia", *op. cit.*, p. 18.

³² *Ibid.*, p. 98.

³³ OMS, *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*, Décima Revisión, OMS/OPS, Washington, D. C., 1992.

³⁴ INEGI/Inmujeres, *Mujeres y hombres en México 2019*, *op. cit.*

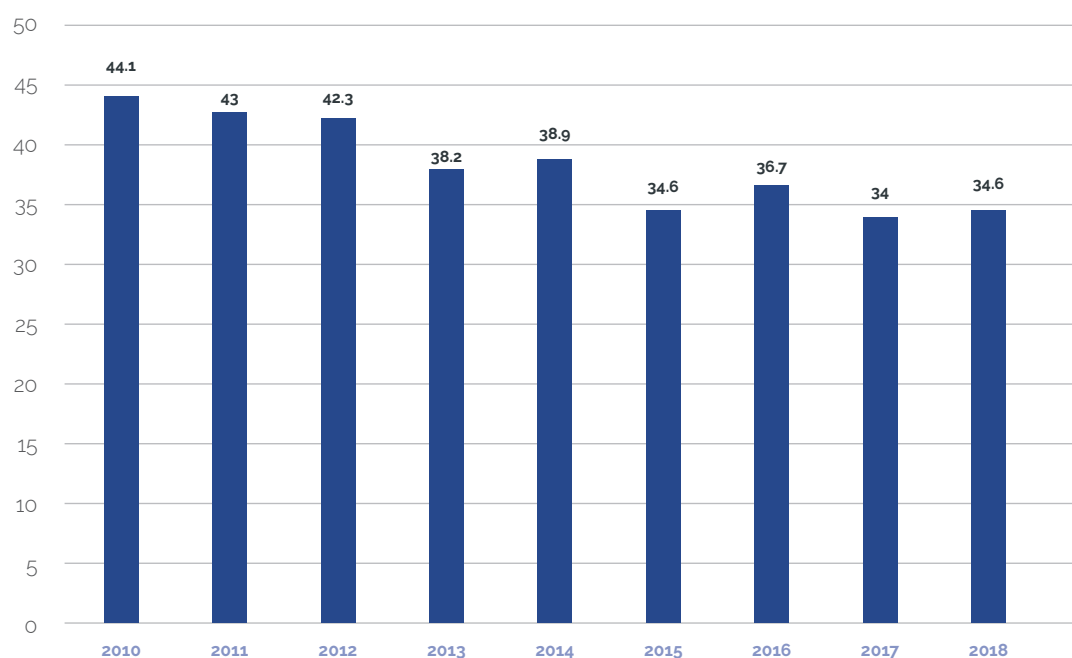
³⁵ GIRE, "Omisión e indiferencia", *op. cit.*

³⁶ Presidencia de la República, Ley General de Salud, 2021.

cional en 2000, que se comprometió a reducir la muerte materna en 75% entre 1990 y 2015.³⁷ Cabe mencionar que el año 2015, los ODM se convirtieron en Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS) que complementan y profundizan el trabajo previo. Los ODS buscan terminar la labor que comenzaron los ODM, sin dejar a nadie atrás.³⁸ Para lograr reducir la mortalidad

materna, la RMM en México debió disminuir 2.7 puntos cada año, pero sólo se alcanzó un promedio de 2.1 puntos. Según los hallazgos y las proyecciones de un estudio realizado en México, de continuar con la tendencia registrada en los reportes oficiales de los últimos años, hasta 2021 se lograría cumplir el objetivo de una RMM de 22.3.³⁹

Gráfica 3. Evolución de la RMM en México, 2010-2018



Nota: El dato para 2018 fue obtenido de Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica, Razón de mortalidad materna (defunciones por cada 100 mil nacidos vivos), *Catálogo Nacional de Indicadores*.

Fuente: Elaboración propia con datos publicados por la Dirección General de Epidemiología-Secretaría de Salud, "Información relevante, muertes maternas", 2019.

³⁷ El cumplimiento del objetivo suponía situar la RMM en 22.2. Más información sobre los ODM en ONU, "Objetivos de Desarrollo del Milenio".

³⁸ Más información en ONU, "Objetivos de Desarrollo Sostenible". Disponible en <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

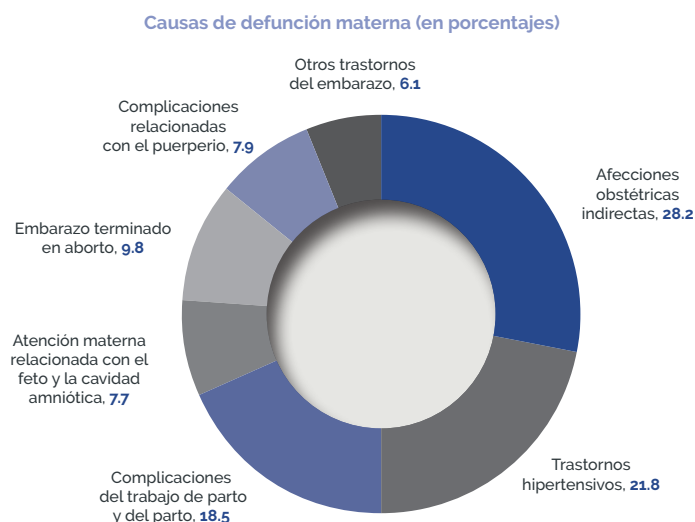
³⁹ Eduardo Morales-Andrade *et al.*, "Epidemiología de la muerte materna en México y el cumplimiento del Objetivo 5 del Desarrollo del Milenio, hacia los objetivos de desarrollo sostenible", *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, vol. 23, núm. 2, 2018.

La Gráfica 3 muestra la evolución de la RMM en México de 2010 a 2018. Si bien se puede identificar un patrón de disminución de muertes maternas, no es posible aseverar que la reducción haya sido sostenida y, sobre todo, que esté cercana a la cifra establecida por los Objetivos de Desarrollo Sostenible, de 22.3 muertes maternas por cada 100,000 que nacieron con vida. Es importante evaluar las causas sistémicas que actúan como barreras para que las mujeres accedan a mejores servicios de salud materna. Por otro lado, el comportamiento de la razón de mortalidad materna es muy desigual entre entidades federativas. Mientras en Chiapas y Guerrero se registran los valores más altos de la RMM (43.0 y 58.3 defunciones por cada 100,000 que nacieron

con vida, respectivamente), en Aguascalientes y Baja California Sur se presentan los valores menores (8.3 y 22.8 defunciones por cada 100,000 que nacieron con vida).⁴⁰

De acuerdo con la oms, cinco complicaciones directamente relacionadas son responsables de más de 70% de las muertes maternas: hemorragias, infecciones, interrupciones de embarazos peligrosos, eclampsia y parto obstruido. El principal obstáculo para salvar las vidas de las madres y los bebés es la falta de acceso de las embarazadas a una atención de calidad antes, durante y después del parto.⁴¹ En la Gráfica 4 se muestra la distribución porcentual de las muertes maternas por causa de la defunción en 2017 en México.

Gráfica 4. Distribución porcentual de las muertes maternas por causa de la defunción en 2017 en México



Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI/INMUJERES, *Mujeres y hombres en México 2019*, 2020.

⁴⁰ INEGI/Inmujeres, *Mujeres y hombres en México 2019*, op. cit., p. 43.

⁴¹ oms, "Salud materna".

En 2017, de los 758 casos de fallecimiento durante el embarazo, el parto o el puerperio, 214 (28.2%) se debieron a afecciones obstétricas indirectas, es decir, enfermedades preexistentes o que evolucionaron durante la gestación, no a causas obstétricas directas, pero sí agravadas por efectos fisiológicos del embarazo. Los trastornos hipertensivos son la segunda causa de muerte con 21.8%, seguidos por las complicaciones del trabajo de parto y del parto que representan 18.5%. Por otro parte, 9.8% de las muertes maternas fueron causadas por embarazos terminados en abortos; 7.9% de debe a complicaciones relacionadas con el puerperio; 7.7% a atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica, y 6.1% a otros trastornos del embarazo.⁴²

Una de las mejores estrategias para combatir las causas de la mortalidad materna es garantizar un servicio de atención prenatal de calidad a las mujeres embarazadas. En 2016, la oms lanzó un nuevo modelo de atención prenatal en el que el número de contactos que debe tener la embarazada con los profesionales sanitarios a lo largo del embarazo se incrementó de cuatro a ocho. Datos recientes indican que una mayor frecuencia de contactos prenatales de las mujeres y las adolescentes con el sistema sanitario se asocia a una disminución de la probabilidad de muertes prena-

tales porque existen más oportunidades para detectar y gestionar los posibles problemas.⁴³ En México, las consultas prenatales hacen referencia al número de veces que una mujer embarazada de 15 a 49 años es revisada por personal calificado. Sorprendentemente, el promedio nacional es de 9.9 consultas (por encima de la recomendación de la oms de ocho contactos prenatales). Nuevo León es la entidad donde las mujeres acuden, en promedio, a más revisiones prenatales (11.1), mientras que Chiapas y Quintana Roo son las que presentan el menor promedio (8.6 y 9.1, respectivamente).

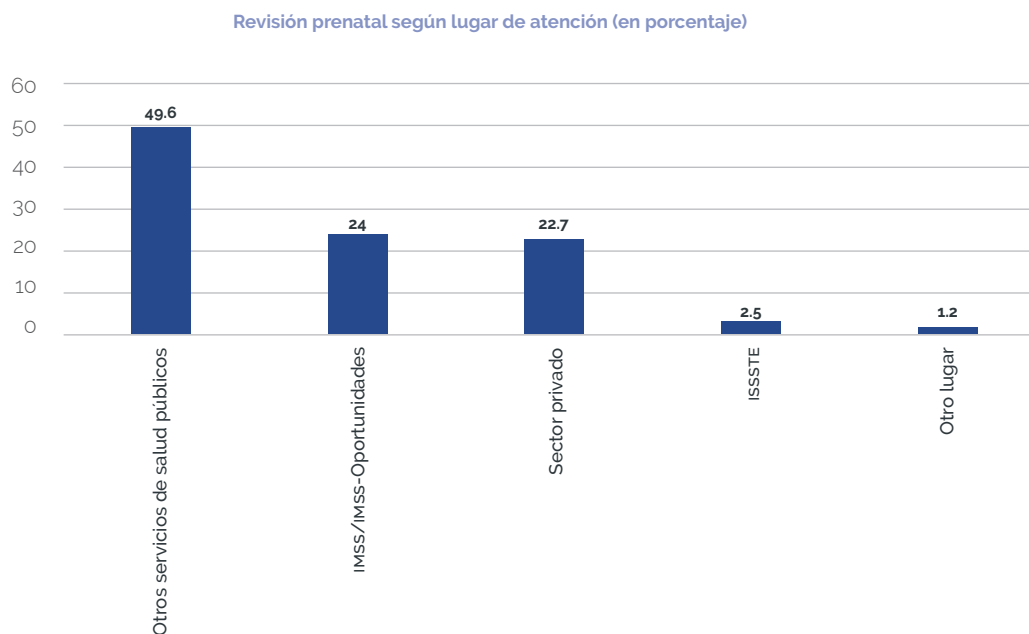
A primera vista, se podría afirmar que México ha alcanzado casi el máximo porcentaje de cobertura de "atención calificada" durante el parto. La expansión de la cobertura es resultado de políticas deliberadas para que las mujeres dieran a luz en hospitales como parte de las estrategias para disminuir la mortalidad materna, sobre todo a partir de la aprobación en Naciones Unidas y la ratificación en México de los ODM, en 2000.⁴⁴ Sin embargo, es importante destacar que *cobertura* no es sinónimo de *calidad en la atención*. Los déficits en la calidad de la salud materna pueden responder, en parte, a esta causal. Es urgente mejorar la calidad en la atención brindada a las mujeres durante su embarazo, parto y posparto.

⁴² INEGI/Inmujeres, *Mujeres y hombres en México 2019*, op. cit., p. 42.

⁴³ Para más información sobre el nuevo modelo de atención prenatal, véase oms, "Recomendaciones de la oms sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo", 2018.

⁴⁴ GIRE, "Omisión e indiferencia", op. cit.

Gráfica 5. Mujeres de 15 a 49 años con revisión prenatal según lugar de atención, 2018



Nota: La categoría "Otros servicios de salud públicos" incluye Pemex, Sedena o Semar; centro de salud u hospital de la Secretaría de Salud; otro servicio de salud público. La categoría "Otro lugar" incluye consultorio de una farmacia, casa de una partera, casa propia u otro lugar.

Fuente: Elaboración propia con datos presentados en INEGI/INMUJERES, *Mujeres y hombres en México 2019, 2020*.

La Gráfica 5 muestra que en 2018 5 de cada 10 mujeres de 15 a 49 años que acudieron a revisión prenatal lo hicieron a una institución de salud del sector público diferente al IMSS o el ISSSTE. Esta proporción se incrementa a 8 de cada 10 si se consideran todos los servicios públicos de salud. El sector privado atendió a 22.7% de las mujeres. A continuación, la siguiente etapa de la atención de salud materna: el parto.

El marco normativo que regula la organización, el funcionamiento y la prestación de

los servicios del sistema de salud tiene un papel fundamental en la garantía de una atención de calidad para las pacientes obstétricas. Un estudio publicado en la revista *Género y Salud en Cifras*, de la Secretaría de Salud de México, revisa el marco normativo oficial vigente para la atención obstétrica en México y lo compara con las recomendaciones recientes de la OMS, derivadas de la medicina basada en evidencia (MBE). Los investigadores encontraron discrepancias e incongruencias entre los

tres documentos revisados: la NOM-007-SSA-2016,⁴⁵ la "Guía de práctica clínica para partos normales" y la "Guía de implantación del modelo de atención del parto".⁴⁶ Se halló que la NOM 007-SSA-2016, la más importante por ser la única de observación obligatoria, es la más desactualizada y lejana de la MBE. Los científicos recomiendan revisar el marco normativo y actualizarla, para reducir sensiblemente el margen de discrecionalidad del proveedor de los servicios médicos, y adecuarla a la MBE. La falta de coherencia y claridad en la norma permite la discrecionalidad del personal médico y abre la puerta a una hipermedicalización del parto normal y a la pérdida de autonomía de la mujer en los partos fisiológicos.⁴⁷

Es innegable que en el país hay una tendencia hacia la medicalización excesiva y el intervencionismo clínico del parto fisiológico. Esta tendencia es aún más pronunciada en la práctica obstétrica hospitalaria, en la que se atiende la gran mayoría de los partos. Un ejemplo de la tendencia hacia el intervencionismo y la excesiva medicalización es la elevada tasa de cesáreas en el país, de más de 40%.⁴⁸ Además, las múltiples quejas recibidas y las recomendaciones emitidas por violencia obstétrica por la Comisión Nacional de los

Derechos Humanos (CNDH) —algunas de las cuales tienen que ver con el intervencionismo clínico excesivo y la pérdida de autonomía de la mujer en la escena del parto— apuntan al problema que se presenta en el país en la atención obstétrica.

En México, 53 de cada 100 embarazos concluyen con un parto normal, mientras que 45 lo hacen por cesárea. En el contexto de las entidades federativas, en Chiapas 65 de cada 100 terminan en parto normal, mientras en Zacatecas son 63. Por el contrario, en Puebla, de cada 100 embarazos, 54 termina en cesárea.⁴⁹ Desde 1985, la comunidad sanitaria internacional ha considerado que la tasa "ideal" de cesáreas está entre 10% y 15%. Estudios recientes revelan que el número de muertes maternas y neonatales disminuye cuando ésta se acerca a 10%.⁵⁰ De acuerdo con los datos reportados por la *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2018*, la tasa de partos por cesárea en México se encuentra en el alarmante e inaceptable 46.1%, sumando las cesáreas programadas —23.3%— y las cesáreas de emergencia —22.8%—. Los índices de cesáreas son el indicador más evidente de una cadena de prácticas negativas en el marco de la atención del embarazo, el parto y el puerperio.

⁴⁵ Secretaría de Salud, Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, *Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio*, 1995.

⁴⁶ Secretaría de Salud, "Guía de implantación. Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro", Secretaría de Salud-Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural.

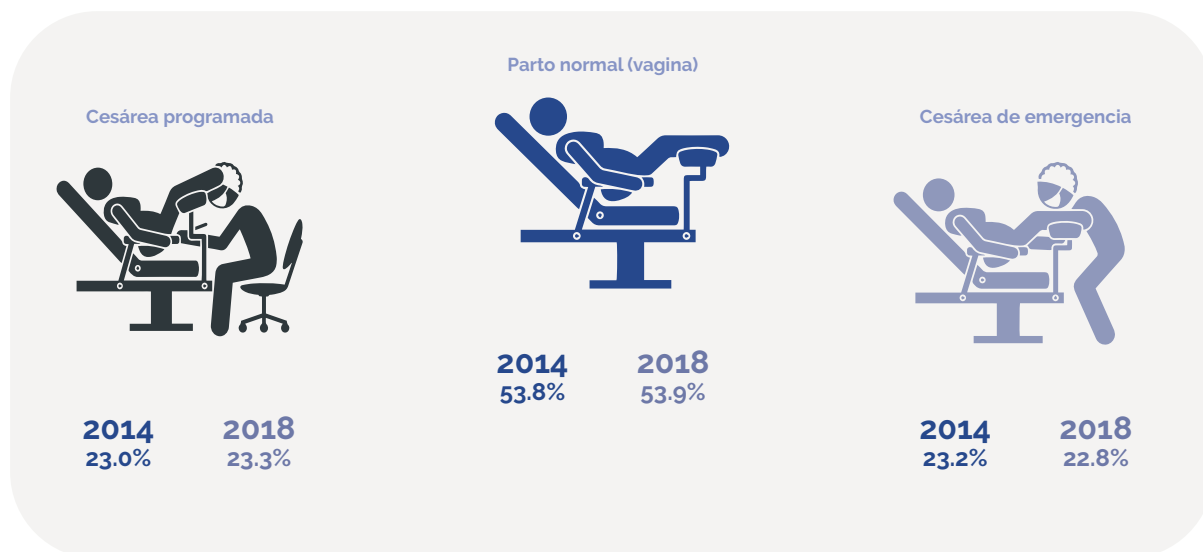
⁴⁷ Paola Sesia *et al.*, "El marco normativo de la atención obstétrica durante el parto fisiológico en México: un breve análisis crítico", *Género y Salud en Cifras*, vol. 17, núm.3, 2020.

⁴⁸ *Idem*.

⁴⁹ INEGI/Inmujeres, *Mujeres y hombres en México 2019*, *op. cit.*

⁵⁰ Human Reproduction Programme, "Declaración de la oms sobre tasas de cesárea", 2015.

Figura 2. Distribución porcentual de mujeres con último embarazo ocurrido en el periodo por tipo de parto, 2014 y 2018



Fuente: Principales resultados de la *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2018*.

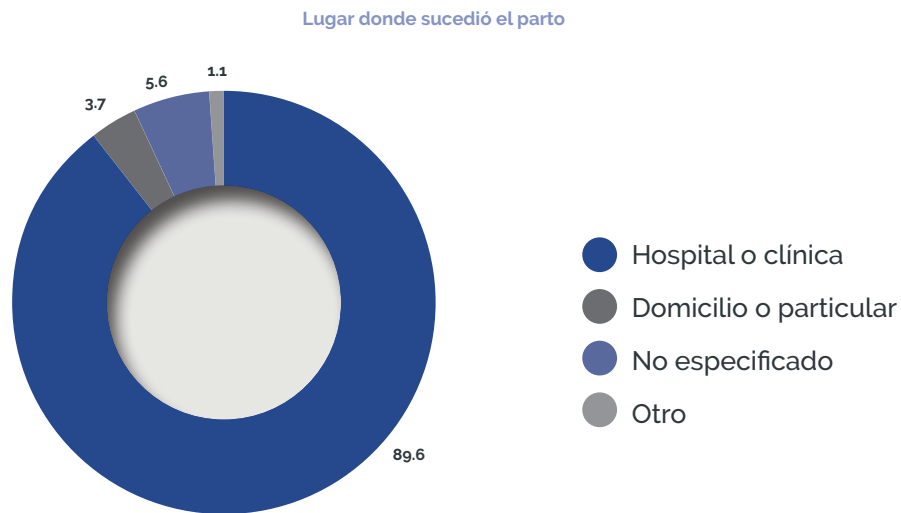
Nota: INEGI, *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica ENADID 2018. Principales resultados, op. cit.*

De acuerdo con el reporte del INEGI, *Características de los nacimientos registrados en MÉXICO durante 2019*, el hospital o clínica es el lugar en el que se atiende la mayoría de los partos. De los 2,092,214 casos, 1,873,377 (89.6%) ocurrieron en estos establecimientos y

77,848 partos (3.7%) se atendieron en domicilio particular. Los médicos fueron las personas que con mayor frecuencia atendieron los partos, con 88.9% (1,860,531) del total, seguidos de las enfermeras y parteras, que representaron 4.1% (85,271).⁵¹

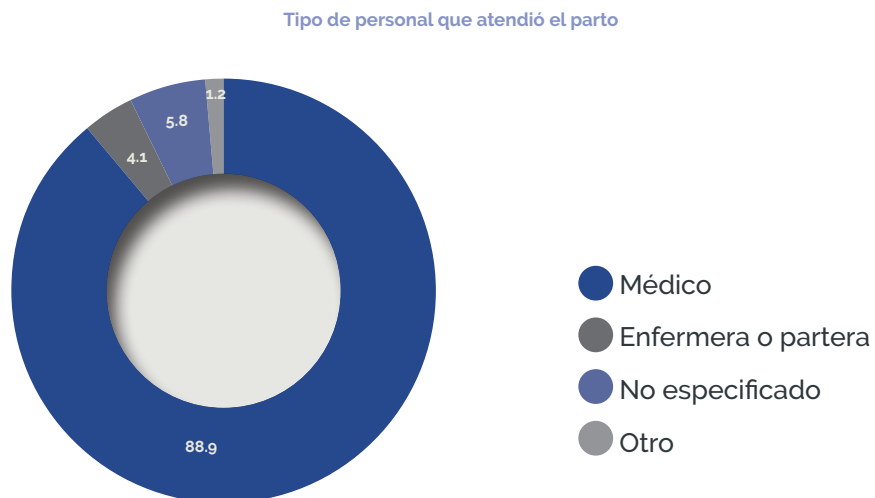
⁵¹ INEGI, "Características de los nacimientos registrados en México durante 2019", *op. cit.*

Gráfica 6. Partos según lugar de atención (en porcentaje), 2019



Fuente: Elaboración propia con datos del reporte del INEGI, "Características de los nacimientos registrados en MÉXICO durante 2019".

Gráfica 7. Tipo de personal que atendió el parto, 2018



Fuente: Elaboración propia con datos del reporte del INEGI, "Características de los nacimientos registrados en MÉXICO durante 2019".

Un componente clave de la etapa posterior al parto es el comienzo de la lactancia materna. La elección de la lactancia por parte de la puérpera es de índole personal y privado, es decir, sólo la mujer en cuestión puede tomar la decisión de ofrecer el pecho materno u optar por otras alternativas de alimentación para su hijo o hija recién nacida.⁵² También es importante destacar que cuando la mujer decida lactar, las políticas estatales y empresariales deben acompañar esta decisión y promover una cultura amigable con la lactancia materna. Además, dados los innumerables y comprobados beneficios de la leche materna, la promoción —no imposición— de la lactancia materna debe ser una cuestión de salud pública.

La OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés) recomiendan el inicio temprano de la lactancia materna, es decir, dar pecho al bebé a más tardar una hora después del nacimiento y alimentarlo exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses de vida, lo que implica no ofrecer otros alimentos o líquidos, incluyendo agua, entre otras recomendaciones de salud materno-infantil. Es importante mencionar que empezar la lactancia materna dentro de la primera hora de vida del infante no es fácil y no se puede esperar que las madres lo hagan sin ayuda.

Ellas requieren apoyo y la orientación adecuada sobre la posición que deben tomar y cómo hacer que sus bebés se alimenten. Brindar al recién nacido y a la madre una atención apropiada en los momentos posteriores al parto es decisivo no sólo para que la lactancia materna comience, sino también para que continúe de manera satisfactoria durante el tiempo recomendado. Aunque una pequeña proporción de las mujeres no puede lactar a sus hijos por razones médicas, la mayoría de las madres sólo necesita el apoyo adecuado en el momento correcto para que la lactancia empiece de inmediato.⁵³

De acuerdo con los datos de la ENADID, en 2018, 92.1% de las(os) nacidas(os) vivas(os) en México, cuya madre tenía entre 15 y 49 años, fueron alimentadas(os) con leche materna. Es importante destacar que este dato debería ser interpretado como si "alguna vez" las madres dieron leche materna.⁵⁴ En realidad, el dato más significativo sobre la situación real de la lactancia materna está dado por la duración de la lactancia y en particular por el porcentaje de madres y bebés que logran sostenerla de manera exclusiva al menos hasta los seis meses de vida de las y los bebés. La duración media de la lactancia materna en México es de 9.7 meses. Entre las entidades federativas se aprecian grandes contrastes. En Oaxaca, Gue-

⁵² Dentro del movimiento feminista hay múltiples posiciones respecto a la maternidad y en específico a la lactancia materna y su impacto en el ámbito de la libertad de las mujeres. Para ampliar más en el debate, véase Alzard Cerezo, Dunia, "Los debates sobre la lactancia materna en el feminismo", *PeriFéricas*.

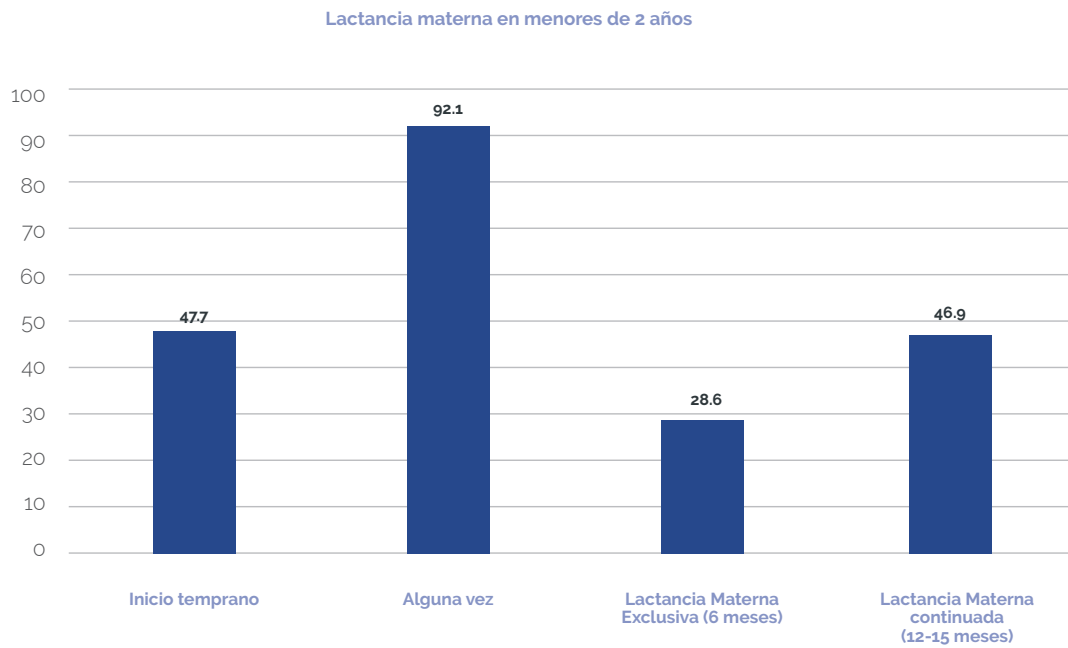
⁵³ UNICEF/OMS, "Capturar el momento. Inicio temprano de la lactancia materna. El mejor comienzo para cada recién nacido", UNICEF, Nueva York, 2018, p. 8.

⁵⁴ Cabe destacar que la pregunta de la ENADID sobre lactancia materna está formulada después de la pregunta sobre el parto, en los siguientes términos: "¿Le dio leche materna o pecho?". INEGI, "Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2018. Módulo para la mujer", *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica ENADID 2018*, INEGI, Ciudad de México, 2019, pregunta 9.24.

rrero y Chiapas, en el sur del país, la duración media de la lactancia supera por casi el doble

a la Baja California, Sonora, Chihuahua, ubicadas en el norte.⁵⁵

Gráfica 8. Selección de indicadores de lactancia materna en menores de dos años, 2018



Fuente: Elaboración propia con datos de la *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018*.

⁵⁵ INEGI/Inmujeres, *Mujeres y hombres en México 2019*, op. cit.

En el mundo, sólo dos de cada cinco recién nacidos reciben leche materna dentro de la primera hora de vida.⁵⁶ La Gráfica 8 muestra que en México el inicio temprano de la lactancia materna en 2018 fue de 47.7%. El mismo indicador en 2012 fue de 38.3%.⁵⁷ De nuevo, se trata de un caso de aumento y mejoría; sin embargo, en la actualidad no se registra ni 50% de madres que sigan la recomendación de inicio temprano de la lactancia materna. ¿Por qué los recién nacidos no están siendo amamantados en el transcurso de la primera hora de vida y qué obstáculos lo impiden? En algunos casos, los establecimientos de salud ofrecen muy poco apoyo y orientación sobre la lactancia materna óptima y siguen prácticas obsoletas, como separar a las madres de sus bebés inmediatamente después del parto. En otros casos, la falta de conocimiento sobre la lactancia materna luego de una cesárea o las prácticas culturales que incluyen dar a los recién nacidos otros alimentos o bebidas pueden retrasar el primer contacto crucial con sus madres.⁵⁸

De acuerdo con datos de la *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018*, el porcentaje de lactancia materna exclusiva en menores de

seis meses fue de apenas 28.6%. En 2012, ese porcentaje fue de sólo 14.4%.⁵⁹ En efecto, hubo una mejoría; sin embargo, niveles tan bajos de lactancia materna exclusiva siguen siendo inaceptables y preocupantes. Estos datos reflejan que las prácticas de la lactancia materna en México no concuerdan con las recomendaciones de organismos internacionales especializados, como la OMS o el UNICEF.⁶⁰ La lactancia materna continuada después de los 12 meses se sitúa en 46.9%. Cabe recordar que la sugerencia es mantener una lactancia continuada al menos hasta los 24 meses (dos años) del bebé.

Para cerrar esta sección, se aborda el tema de la violencia obstétrica. Esther Vivas la define como "un conjunto de actitudes y procedimientos ejecutados por el personal sanitario que supeditan y menosprecian a la mujer con consecuencias físicas y psicológicas para su salud y la del recién nacido".⁶¹ En México, los diversos tipos y modalidades de violencia contra las mujeres se contemplan en la Ley General y en las leyes locales de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. La Ley General no contempla la violencia obstétrica.⁶² Los estados de Veracruz en 2008 y Chiapas en 2009 fueron

⁵⁶ Las tasas de inicio temprano de la lactancia materna se determinan en todo el mundo con datos de las encuestas por hogares, como las Encuestas de Demografía y Salud (EDS) y las Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples (MICS, por sus siglas en inglés). Estas encuestas a gran escala evalúan las tasas de inicio al preguntar a las madres de niños menores de dos años si amamantaron al último de sus hijos o hijas dentro de la primera hora de vida o más tarde. UNICEF/OMS, "Capturar el momento", *op. cit.*

⁵⁷ INEGI, *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018. Presentación de resultados*, INEGI, Ciudad de México, 2018.

⁵⁸ Kathleen M. McKenna y Rani T. Shankar, "The Practice of Prelacteal Feeding to Newborns among Hindu and Muslim Families", *Journal of Midwifery and Womens Health*, vol. 54, núm. 1, 2009, pp. 78-81.

⁵⁹ INEGI, *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018*, *op. cit.*

⁶⁰ Carla Angélica Gómez Macfarland, "La lactancia materna en el marco jurídico nacional: una perspectiva de las madres", *Pluralidad y Consenso*, vol. 7, núm. 31, 2017, p. 198.

⁶¹ Esther Vivas, *Mamá desobediente*, Capitán Swing, Madrid, 2019. Para profundizar en el concepto de violencia obstétrica, véase Patrizia Quattrocchi y Natalia Magnone (comps.), *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*, Universidad Nacional de Lanús, Lanús, 2020.

⁶² Presidencia de la República, Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, 2015.

los primeros en incluir en las leyes estatales la violencia obstétrica como una forma específica de violencia de género que afecta los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, incluyendo la pérdida de la autonomía personal y la deshumanización del trato mientras dan a luz en unidades de salud institucionales. Hasta 2018, 23 entidades federativas habían incluido en sus marcos legales la violencia obstétrica como una forma reconocida de violencia de género.⁶³

La edición 2016 de la ENDIREH incluyó por primera vez 12 preguntas destinadas a evaluar la atención obstétrica que las mujeres de 15 a 49 años recibieron del personal que las atendió durante su último parto.⁶⁴ Fue la primera medición, también mundial, de la violencia obstétrica

ca en una encuesta nacional de hogares. Se trata de un avance fenomenal en el tratamiento de este tema, pues disponer de datos confiables es fundamental para poder posicionar este problema en el debate público como primer paso para su erradicación.⁶⁵

La sección IX del cuestionario de mujeres de la ENDIREH contiene 12 preguntas dirigidas a explorar la experiencia de las mujeres durante el último parto. De acuerdo con sus resultados, en los últimos cinco años (de octubre de 2011 a octubre de 2016) 33.4% de las mujeres de 15 a 49 años que tuvieron un parto sufrió algún tipo de maltrato por parte de quienes las atendieron. A continuación, los tipos de abusos sufridos por las parturientas recogidos por la encuesta y sus respectivos porcentajes.

⁶³ Paola Sesia, "Violencia obstétrica en México: La consolidación disputada de un nuevo paradigma", en Patrizia Quattrocchi y Natalia Magnone (comps), *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*, compilado, Universidad Nacional de Lanús, Lanús, 2020.

⁶⁴ INEGI, *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016. Principales resultados*, INEGI, Ciudad de México, 2017. Las preguntas son: Durante su último parto: 1) ¿La obligaron a permanecer en una posición incómoda o molesta para usted?; 2) ¿Le gritaron o la regañaron?; 3) ¿Le dijeron cosas ofensivas o humillantes (por ejemplo, '¿así gritaba cuando se lo hicieron?' o 'cuando se lo hicieron, ahí sí abrió las piernas ¿no?'); 4) ¿La ignoraban cuando usted preguntaba cosas sobre su parto o sobre su bebé?; 5) ¿Se negaron a anestesiarla o a aplicarle un bloqueo para disminuir el dolor, sin darle explicaciones?; 6) ¿Se tardaron mucho tiempo en atenderla porque le dijeron que estaba gritando o quejándose mucho?; 7) ¿Le impidieron ver, cargar o amamantar a su bebé durante más de cinco horas, sin causa alguna o sin que le informaran la causa de la tardanza?; 8) ¿Le colocaron algún método anticonceptivo o la operaron o esterilizaron para ya no tener hijos(as) (ligadura de trompas-OTB) sin preguntarle o avisarle?; 9) ¿La presionaron para que usted aceptara que le pusieran un dispositivo o la operaran para ya no tener hijos?; 10) ¿La obligaron o la amenazaron para que firmara algún papel sin informarle qué o para qué era? Para aquellas que tuvieron una operación cesárea: 11) ¿Le informaron de manera que usted pudiera comprender por qué era necesario hacer la cesárea? y 12) ¿Usted dio el permiso o autorización para que le hicieran la cesárea? INEGI, "Encuesta Nacional Sobre La Dinámica De Las Relaciones En Los Hogares ENDIREH 2016. Cuestionario para mujer casada o unida", INEGI, Ciudad de México, 2016.

⁶⁵ Roberto Castro y Sonia M. Frías, "Violencia obstétrica en México: hallazgos de una encuesta nacional de violencia contra mujeres", en Patrizia Quattrocchi y Natalia Magnone (comps.), *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*, Universidad Nacional de Lanús, Lanús, 2020.

Gráfica 9. Porcentajes de abusos sufridos por las mujeres de 15 a 49 años durante la atención de su parto de octubre de 2011 a octubre de 2016

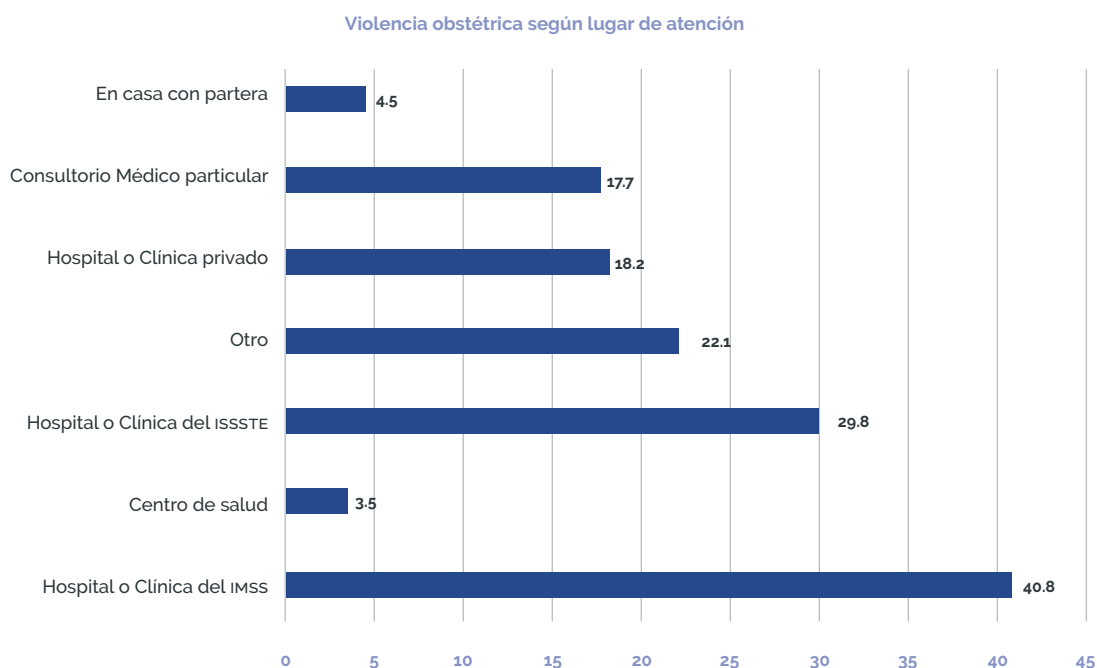


Fuente: Elaboración propia con datos de la ENDIREH 2016.

Las tres situaciones abusivas más frecuentes reportadas por las mujeres que han contestado la ENDIREH han sido los gritos y regaños sufridos durante su trabajo de parto, seguidos de una “penalización” en la atención —tardanza— a causa de expresar su malestar durante su labor de parto, e ignorar a la mujer parturienta y no atender sus requerimientos de información veraz acerca de la marcha de su parto y su bebé.

Esto demuestra que la mujer no es considerada un sujeto autónomo y protagónico del parto fisiológico, al contrario, es ignorada por el personal sanitario, quien toma la mayor parte de las decisiones, en el peor de los escenarios, sin su consentimiento. El procedimiento más aberrante que puede suceder en este contexto es la anticoncepción o incluso de la esterilización forzada sin el consentimiento de la mujer (4.2%).

Gráfica 10. Proporción de mujeres de 15 a 49 años que han sufrido violencia obstétrica por lugar de atención de octubre de 2011 a octubre de 2016



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENDIREH 2016.

Si bien la violencia obstétrica ocurre tanto en el sistema de salud público como en el privado, el abuso y las situaciones de maltrato durante el parto se presenta con más frecuencia en instituciones públicas. De acuerdo con los datos presentados en la Gráfica 10, el IMSS presenta 40.8% de mujeres víctimas de este flagelo. Por su parte, la prevalencia de la violencia obstétrica en hospitales o clínicas privadas se sitúa en 18.2%.

Los índices de cesáreas son el indicador más evidente de una cadena de prácticas negativas en el marco de la atención del emba-

razo, el parto y el puerperio.⁶⁶ Como ya se ha mencionado, la tasa de partos por cesárea en México es alarmante.⁶⁷ La ENDIREH reporta que 8.7 millones —26.7% del universo de mujeres entre 15 y 49 años de edad— tuvieron al menos un parto en los últimos 5 años (de octubre de 2011 a octubre de 2016). De ellas, 3.7 millones —42.8%—, reportó que el nacimiento de su último hijo/a fue por cesárea. Y de esos casos de cesáreas, el 10.3% de las mujeres no fue informada de la razón, y al 9.7% no le pidieron su autorización para realizarla.

⁶⁶ GIRE, "Omisión e indiferencia", *op. cit*

⁶⁷ INEGI, *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2018*, *op. cit.*

Entre 2015 y 2017, la CDNH emitió 28 recomendaciones por hechos constitutivos de violencia obstétrica que, a su vez, produjeron la vulneración de otros derechos de las mujeres o de sus hijos e hijas.⁶⁸ En 2016, la CDNH publicó un informe acerca del estatus de la violencia de género en la legislación mexicana que por primera vez incluyó a la violencia obstétrica como una de las tres formas específicas reconocidas que violan los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.⁶⁹ En julio de 2017, la CDNH emitió la Recomendación General 31 para todo el sector salud mexicano, para enfrentar y buscar soluciones ante el problema sistémico de violencia obstétrica.⁷⁰ El documento contiene seis recomendaciones para el sector salud para reconocer su existencia y magnitud y para transformar el sistema de salud y la atención obstétrica con el fin de evitar su reproducción en los servicios.⁷¹

El IMSS contestó de manera casi inmediata a la CDNH y se ofreció a cumplir cabalmente las recomendaciones;⁷² sin embargo, nunca mencionó a la violencia obstétrica por su nombre. Como lo denuncia el trabajo *Violencia obstétrica en México: la consolidación disputada de un nuevo paradigma*, las autoridades de las máxi-

mas instituciones públicas de salud que proveen la gran mayoría de las atenciones obstétricas a las mujeres en México —la Secretaría de Salud y el IMSS, incluyendo el IMSS-Bienestar— continúan debatiendo con la CDNH sobre si esos problemas se pueden nombrar y argumentar como violencia obstétrica. Una estrategia posible es no utilizar la expresión “violencia obstétrica” en sus comunicaciones públicas. Aun reconociendo que existe un problema y externalizando la necesidad de tomar medidas concretas para erradicarlo, se prefieren terminologías que minimizan su naturaleza sistémica y estructural: negligencia médica o mala práctica individual, reconocimiento de algunos episodios más sonados de maltrato, la aceptación de su ocurrencia esporádica entre médicos desactualizados que practican una obstetricia obsoleta y no basada en la evidencia científica, entre otras.⁷³ Incluso la Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología (Femecog) emitió un comunicado para manifestar su oposición abierta y rechazo al concepto de violencia obstétrica y su inclusión en la legislación.⁷⁴

Es importante destacar que se trata de un tipo de violencia tan arraigada y naturalizada

⁶⁸ Graciela Beatriz Muñoz García y Lina Rosa Berrio Palomo, “Violencias más allá del espacio clínico y rutas de la inconformidad: la violencia obstétrica e institucional en la vida de mujeres urbanas e indígenas en México”, en Patrizia Quattrocchi y Natalia Magnone (comps.), *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*, Universidad Nacional de Lanús, Lanús, 2020.

⁶⁹ CNDH, *Diagnóstico de la violencia contra las mujeres a partir de las leyes federales y de las entidades federativas*, CNDH, Ciudad de México, 2016.

⁷⁰ CNDH, “Recomendación general no. 31/2017. Sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud”, 31 de julio de 2017, CNDH, Ciudad de México.

⁷¹ Paola Sesia *et al.*, “Violencia obstétrica en México: la consolidación disputada de un nuevo paradigma”, *op. cit.*, p. 20.

⁷² IMSS, “El IMSS atiende recomendación general de la CNDH a diversas autoridades del sector salud de los tres niveles de gobierno, relacionada con el expediente clínico como parte del derecho a la información, núm. 036/2017”, IMSS, Ciudad de México, 2017.

⁷³ *Idem.*

⁷⁴ Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología, “Pronunciamiento”, 10 de junio de 2015, Ciudad de México.

que el número de quejas y denuncias formales es reducido. La mayoría de los casos que se denuncian son más bien hechos trágicos, que incluyen la muerte de la mujer o del bebé en gestación. Una de las vías extrajudiciales que se emplean es la queja formal interpuesta ante instancias mediadoras entre el paciente y el prestador de los servicios, como la CNDH, la Procuraduría Federal del Consumidor (Profeco) y la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed).⁷⁵ La Conamed busca resolver las controversias y/o conflictos surgidos entre las personas usuarias y las entidades prestadoras de servicios de salud, tanto públicas como privadas. Estas controversias, denominadas "quejas médicas", son analizadas y cuando se consideran procedentes, se desarrolla un proceso de conciliación. Si las partes no llegan a un acuerdo, la Conamed opera como árbitro, analiza el expediente clínico y los argumentos de las partes involucradas para emitir un acuerdo que éstas deben aceptar.⁷⁶ A partir de los reportes oficiales de la Conamed, las investigadoras Graciela Muñoz García y Lina Berrio Palomo encontraron que los servicios de ginecología y obstetricia ocupan uno de los tres primeros lugares en especialidades que recibe quejas anualmente. El motivo principal por el que las mujeres se quejan ante esta instancia es el tratamiento quirúrgico. En segundo lugar, está la relación médico-paciente, que incluye la falta de información que el personal médico da a la mujer sobre su estado de salud, la

información errónea y el maltrato por parte del personal médico.

Otros mecanismos de carácter institucional contribuyen a desincentivar a las pacientes de ejercer su derecho de queja y reclamo ante a los abusos, lo que a su vez ayuda a perpetuar el ambiente propicio para la violación de sus derechos. El primero es el anonimato con el que los médicos interactúan con las pacientes. En muchos casos, las mujeres no saben el nombre de quienes las atendieron, lo que dificulta identificar a quien eventualmente pudo haberlas maltratado. Asociado al anterior, se encuentra la frecuente rotación a la que está sujeto el personal de salud, lo que dificulta localizar a quienes brindan la atención. Otro mecanismo, menos accidental, son las advertencias que las mujeres llegan a recibir: les dicen que si se quejan, les puede ir peor más adelante, cuando necesiten de nuevo atención médica.⁷⁷

Todos estos datos muestran que la violencia obstétrica es un tipo de violencia de género arraigado en el sistema de atención sanitario de todos los niveles en México; sin embargo, es probable que lo que sale a la luz sea sólo la punta del iceberg, pues en la mayoría de los casos esta violencia es silenciosa. Es urgente tomar medidas para erradicarla por completo y sancionar a sus responsables. En las secciones siguientes se formulan recomendaciones para mejorar sustancialmente la calidad de la atención a las parturientas y sus bebés.

⁷⁵ Graciela Beatriz Muñoz García y Lina Rosa Berrio Palomo, *Violencias más allá del espacio clínico y rutas de la inconformidad*, *op. cit.*, pp. 117-118.

⁷⁶ Para más información sobre el procedimiento que se emplea en la Conamed, véase Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed), "Información sobre la Conamed para los profesionales de la salud", Conamed, Ciudad de México.

⁷⁷ GIRE, "Omisión e indiferencia", *op. cit.*

Infografía. Datos clave de las mujeres y la maternidad en México

DATOS CLAVES

Mujeres y maternidad en México

El porcentaje de mujeres usuarias de métodos anticonceptivos es de **53.4%**.

La Razón de Mortalidad Materna calculada para 2019 fue de 31.2 defunciones por cada 100 mil nacimientos.

8 de cada 10 mujeres

de 15 a 49 años que acudieron a revisión prenatal lo hicieron a una institución de salud del sector público.

La tasa de partos por cesárea en México es de **46.1%**

En 2016, de las 3.7 millones de mujeres que tuvieron cesárea, el **10.3%** no fue informada de la razón y **9.7%** no le pidieron autorización para realizarla.

Durante 2019, el hospital o clínica es el lugar en donde se atiende la mayoría de los partos: **89.6%**

En 2018, el porcentaje de lactancia materna exclusiva en menores de seis meses fue de **28.6%**

En los últimos 5 años, **33.4%** de las mujeres de 15 a 49 años que tuvieron un parto, sufrió algún tipo de maltrato por parte de quienes las atendieron en el parto.

Fuente: Elaboración propia.

B. Políticas de licencias familiares en México

En primer lugar, se analiza la legislación vigente respecto a los derechos previstos sobre licencias de maternidad, de paternidad y/o parentales. Después se presentan los datos disponibles respecto a cómo se ejercen estos derechos, en particular, la proporción de madres que hacen uso efectivo de las licencias de maternidad previstas en la normativa mexicana. Por último, se discute la necesidad de revisar los esquemas actuales de licencias familiares previstos en la legislación mexicana, que no se adecuan a los estándares internacionales y no promueven la corresponsabilidad de madres y padres en los cuidados de los niños y las niñas.

La Constitución política de México establece en el título sexto, denominado "Del trabajo y de la previsión social", que la seguridad social se organizará conforme a las siguientes bases mínimas:

- a) Cubrirá los accidentes y enfermedades profesionales; las enfermedades no profesionales y **maternidad**; y la jubilación, la invalidez, vejez y muerte [...];
- b) Las mujeres durante el embarazo no realizarán trabajos que exijan un esfuerzo considerable y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación; gozarán forzosamente de un mes de descanso antes de la fecha fijada aproximadamente para el parto y de otros dos después del mismo, debiendo percibir su salario inte-

gro y conservar su empleo y los derechos que hubieren adquirido por la relación de trabajo. En el periodo de lactancia tendrán dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno, para alimentar a sus hijos. Además, disfrutarán de asistencia médica y obstétrica, de medicinas, de ayudas para la lactancia y del servicio de guarderías infantiles.⁷⁸

Las prestaciones por maternidad han sido un componente histórico de la seguridad social en todo el mundo. Al no ser neutrales, las políticas públicas pueden contribuir a cristalizar roles de género, lo que afecta negativamente la dignidad, libertad e igualdad de las mujeres. Los esquemas tradicionales de protección de la maternidad condujeron a que las madres fueran relegadas al espacio doméstico y se mantuvieran como las responsables principales del cuidado y la crianza. La Constitución política de México incluye, en lo que comprende la seguridad social, las prestaciones por maternidad y establece una protección diferenciada para la mujer embarazada, un descanso —licencia— remunerado con garantía de no despido, permiso de lactancia, atención de salud materna y el servicio de guarderías infantiles para sus hijos e hijas.

Por su parte, la Ley Federal del Trabajo de México establece los siguientes beneficios para las madres trabajadoras:

- Durante el periodo del embarazo, no realizarán trabajos que exijan esfuerzos con-

⁷⁸ Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos, título sexto "Del trabajo y de la previsión social", art. 123, XI.

- siderables y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación [...];
- Disfrutarán de un descanso de seis semanas anteriores y seis posteriores al parto. A solicitud expresa de la trabajadora, previa autorización escrita del médico de la institución de seguridad social que le corresponda [...], se podrá transferir hasta cuatro de las seis semanas de descanso previas al parto para después del mismo. En caso de que los hijos hayan nacido con cualquier tipo de discapacidad o requieran atención médica hospitalaria, el descanso podrá ser de hasta ocho semanas posteriores al parto, previa presentación del certificado médico correspondiente.
 - En caso de adopción de un infante, disfrutarán de un descanso de seis semanas con goce de sueldo, posteriores al día en que lo reciban;
 - Durante los periodos de descanso [...] percibirán su salario íntegro.
 - A regresar al puesto que desempeñaban, siempre que no haya transcurrido más de un año de la fecha del parto; y
 - A que se computen en su antigüedad los periodos pre y postnatales.⁷⁹

La Ley del Seguro Social⁸⁰ estipula que la asegurada tiene derecho durante el periodo de incapacidad por maternidad al pago de un subsidio monetario equivalente al 100% del salario que estuviera cotizando al inicio de la incapacidad prenatal, que cubrirá 42 días antes y 42 días después del parto. Cuando el parto sucede después de la fecha estimada por el médico del IMSS, se expiden certificados de enlace que abarcan el periodo comprendido entre el último día de la incapacidad prenatal y la fecha real del parto. Las prestaciones por maternidad de los otros organismos de seguridad social, como los que prestan servicios a las fuerzas armadas o a los trabajadores del Estado son similares a las del IMSS, con escasas modificaciones.⁸¹

Como se observa, la protección de la maternidad en México está reconocida en la Constitución y en la legislación federal; sin embargo, la garantía de los derechos que otorga el sistema jurídico no se concreta necesariamente en la práctica. De acuerdo con los datos de la *Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (ENESS)* de 2017, 739,000 mujeres trabajadoras de 15 a 49 años de edad mencionaron recibir atención materna por parto, complicaciones en el embarazo o aborto. De ellas, sólo 45% refirió haber obtenido una incapacidad o licencia médica.⁸²

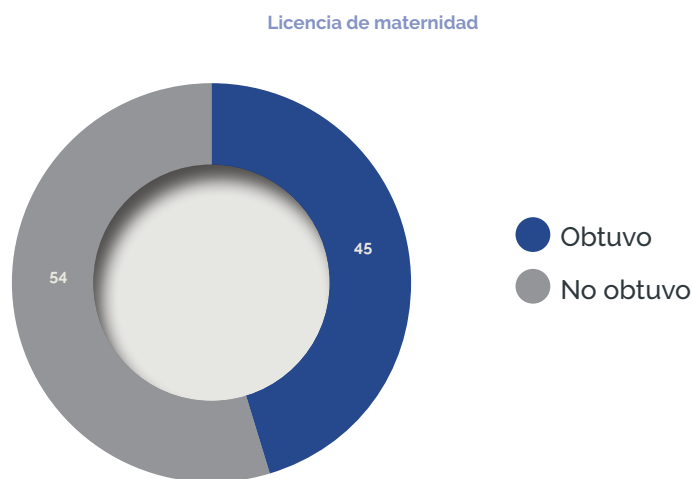
⁷⁹ Presidencia de la República, Ley Federal del Trabajo, artículo 170.

⁸⁰ Presidencia de la República, Ley del Seguro Social, 2020.

⁸¹ Arturo Llanes Castillo *et al.*, "Maternidad en legislación mexicana", *op. cit.*

⁸² INEGI, *Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (ENESS) 2017. Principales resultados*, INEGI, Ciudad de México, 2017.

Gráfica 11. Porcentaje de la población femenina de 15 a 49 años que reconoció recibir atención materna por condición de obtención de incapacidad o licencia médica, 2017



Nota: Los porcentajes no suman 100% porque no se presentan los casos no especificados.

Fuente: ENESS 2017.

La baja proporción de mujeres que hizo uso efectivo de su licencia o descanso debido a su embarazo y/o después del parto indica que aun cuando la legislación garantiza ciertos derechos, en la práctica las mujeres siguen encontrando obstáculos para ejercerlos. La pregunta obligada en este contexto es por las razones que explicarían por qué 54% de las mujeres que se encontraba en posición de tomarse la licencia correspondiente no lo hizo. Es muy probable que sus condiciones laborales hayan impedido que ejercieran su derecho a una licencia de maternidad remunerada, entre otras vulneraciones de derechos. La discriminación laboral por em-

barazo y/o maternidad es un problema grave que afecta a una proporción importante de las trabajadoras en México.

Una encuesta del INEGI reveló en 2011 que 90% de los incidentes de violencia laboral en el trabajo se relacionaban con la solicitud de una prueba de embarazo a las mujeres. De ellas, 18% fueron despedidas, no les renovaron contrato o les bajaron el salario por estar embarazadas.⁸³ De acuerdo con la ENDIREH 2016, entre 2011 y 2016, a 11.8% de mujeres que trabajaron les fue solicitada una prueba de embarazo,⁸⁴ a pesar de que la legislación señala expresamente la prohibición de despedir, negar la contratación,

⁸³ GIRE, "Omisión e indiferencia", *op. cit.*

⁸⁴ INEGI, *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016, Principales Resultados*, *op. cit.*

la permanencia o el ascenso a causa del estado de gravidez.⁸⁵

En 2018, la Ley Federal del Trabajo de México fue reformada. Entre sus modificaciones se incluyó la previsión legal de una licencia específica para los padres al momento del nacimiento de sus hijos. En el título cuarto, llamado "Derechos y obligaciones de los trabajadores y de los patrones", artículo 132, XXVII bis, se establece: "otorgar permiso de paternidad de cinco días laborables con goce de sueldo a los hombres trabajadores, por el nacimiento de sus hijos

y de igual manera en el caso de la adopción de un infante".⁸⁶

Cabe mencionar que en la actualidad no existen previsiones legales en el ordenamiento jurídico mexicano respecto a una licencia parental, es decir, un tiempo de cuidados remunerado que empieza al finalizar la licencia de maternidad. Bajo los esquemas de licencia parentales, al vencimiento de la licencia de maternidad, la madre y el padre pueden decidir cuál de ellos cuidará al menor y cómo se distribuirán la responsabilidad de cuidados.

Figura 3. Licencias familiares y otros servicios previstos por la legislación mexicana



Fuente: Elaboración propia.

⁸⁵ Presidencia de la República, Ley Federal del Trabajo, artículo 331: "Queda prohibido solicitar constancia o prueba de no gravidez para la contratación de una mujer como trabajadora del hogar; y no podrá despedirse a una persona trabajadora embarazada, de ser el caso, el despido se presumirá como discriminación".

⁸⁶ *Ibid.*, artículo 132, XXVII bis.

Cabe destacar que la duración de la licencia de maternidad en México —12 semanas— está por debajo de las recomendaciones de los organismos internacionales. La OIT sugiere un periodo de descanso después del parto de al menos 14 semanas, aunque en la recomendación 191 afirma que es deseable que se amplíe hasta 18.⁸⁷

Es importante enfatizar que tanto la legislación mexicana como las prácticas vigentes en torno al ejercicio de la maternidad son una muestra clara de que los estereotipos de género siguen vigentes en el país. Las previsiones legales aún señalan a la mujer como la responsable principal de los cuidados de los hijos y las hijas. La duración mínima de la licencia de paternidad —5 días—, recién introducida en la legislación laboral mexicana, y la inexistencia de licencias parentales son una prueba contundente de la falta de voluntad política para acabar con los rígidos esquemas de división sexual del trabajo que relega a las mujeres al ámbito doméstico y parece premiar a los varones, quienes pueden permanecer en el mundo productivo sin cambios sustanciales. Urgen políticas públicas que promuevan la corresponsabilidad de los cuidados y de las tareas reproductivas entre hombres y mujeres con la finalidad de lograr igualdad, libertad y dignidad para las mujeres.

C. Transferencias directas monetarias o en especie

La Ley del Seguro Social establece dos tipos de prestaciones por maternidad: en especie y en dinero. Las prestaciones en especie previstas son:

I. Asistencia obstétrica; II. Ayuda en especie por seis meses para lactancia y capacitación y fomento para la lactancia materna y amamantamiento, incentivando a que la leche materna sea alimento exclusivo durante seis meses y complementario hasta avanzado el segundo año de vida; III. Durante el periodo de lactancia tendrán derecho a decidir entre contar con dos reposos extraordinarios por día, de media hora cada uno, o bien, un descanso extraordinario por día, de una hora para amamantar a sus hijos o para efectuar la extracción manual de leche, en lugar adecuado e higiénico que designe la institución o dependencia, y IV. Una canastilla al nacer el hijo, cuyo importe será señalado por el Consejo Técnico.⁸⁸

Por otro lado, el artículo 101 establece que la asegurada tendrá derecho durante el embarazo y el puerperio a un subsidio en dinero igual al 100% del último salario diario de cotización, que recibirá durante 42 días antes y 42 días después del parto. Este pago será en una

⁸⁷ OIT, R191 - Recomendación sobre la protección de la maternidad, 2000 (núm. 191).

⁸⁸ Presidencia de la República, Ley de Seguro Social, sección segunda "De las prestaciones en especie", artículo 94.

sola exhibición, pero sólo si la trabajadora asegurada cumple con los requisitos vinculados a semanas mínimas de cotización y certificación de su embarazo dentro del sistema sanitario público.⁸⁹

Es importante tener en cuenta que estas prestaciones —y las previstas en los esquemas de prestaciones del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), la Secretaría de la Defensa Nacional (Sedena) y la Secretaría de Marina (Semar)— tanto en especie como en dinero, sólo alcanzan a las madres trabajadoras que cotizan en esquemas de seguridad social formal. Dado que una gran mayoría de mujeres que atraviesa el embarazo, parto y lactancia en México no labora bajo esquemas formales, y si, además, no cuentan con cobertura en forma indirecta por parte de su pareja o familiar con trabajo formal, entonces no disponen de estas prestaciones de seguridad social. Las alternativas que les quedan son escasas. Datos del primer trimestre de 2017 de la *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo* (ENOE) informan que siete de cada diez mujeres solteras de 15 años y más de edad, con al menos un hijo o hija, no reciben apoyos económicos provenientes de algún programa de gobierno o de alguna persona que viva en un hogar distinto al suyo. Esto las pone en una situación de gran vulnerabilidad y riesgo social.

D. Disponibilidad de servicios de cuidados infantiles

Contar con servicios de cuidados de calidad para los bebés y la niñez constituye uno de los factores decisivos para que las madres puedan retomar su vida laboral luego del parto. Al convertirse en madres, las mujeres encuentran numerosas dificultades para regresar al mundo laboral y continuar con sus actividades económicas remuneradas. Una de esas dificultades es no disponer de servicios de cuidados accesibles y de calidad.⁹⁰ En México, la legislación contempla los servicios de guarderías infantiles como parte de las prestaciones de maternidad de las trabajadoras que cotizan en la seguridad social. Cabe mencionar que en fechas recientes el IMSS reconoció también el derecho de los padres al servicio de guarderías infantiles.

La Ley del Seguro Social establecía que el servicio de estancias infantiles del IMSS era única y exclusivamente para los hijos de la mujer trabajadora, el trabajador viudo o divorciado o aquél al que judicialmente se le hubiera confiado la custodia de sus hijos.⁹¹ Se trataba de una legislación que señalaba a la mujer como la responsable principal de los cuidados de los niños y niñas. La Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) y el Consejo Nacional para Eliminar la Discriminación (Conapred) expusieron el carácter discriminatorio de esta disposición con la resolución de casos concretos e impul-

⁸⁹ *Ibid.* El artículo 102 establece los requisitos para acceder a este subsidio: "I. Que haya cubierto por lo menos treinta cotizaciones semanales en el periodo de doce meses anteriores a la fecha en que debiera comenzar el pago del subsidio; II. Que se haya certificado por el Instituto el embarazo y la fecha probable del parto, y III. Que no ejecute trabajo alguno mediante retribución durante los periodos anteriores y posteriores al parto. Si la asegurada estuviera percibiendo otro subsidio, se cancelará el que sea por menor cantidad".

⁹⁰ Lourdes Jimenez Brito, *Maternidad y seguridad social*, op. cit.

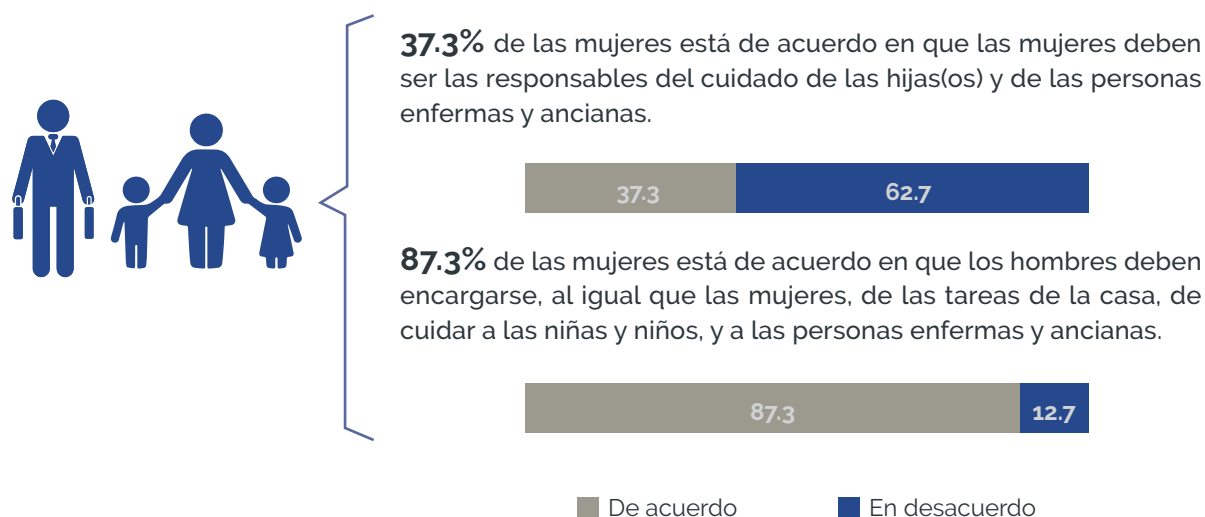
⁹¹ Antiguos artículos 201 y 205 de la Ley de Seguro Social, hoy modificados.

saron una reforma en la que se estableció que **las personas trabajadoras aseguradas** tendrán derecho a los servicios de guardería para sus hijas e hijos.⁹² Con esta modificación, el derecho a los servicios de cuidados infantiles es reconocido no sólo para las madres sino para todas las personas sin distinción de sexo o estado civil.⁹³

La ENDIREH 2016 incluyó una serie de preguntas para captar la opinión sobre los roles masculinos y femeninos, en particular sobre las

responsabilidades parentales y el cuidado de personas enfermas y ancianas. Los resultados revelaron que 47.6% de las mujeres opina que las mujeres que trabajan descuidan a sus hijas e hijos. Asimismo, el 69.6% de las mujeres opina que las mujeres deben ser igual de responsables que los hombres en aportar dinero a la casa.⁹⁴ Respecto a los roles de cuidados de niños y personas enfermas y ancianas, se encontró lo que se expone en la Figura 4.

Figura 4. Percepción de roles de género y cuidados



Fuente: ENDIREH 2016.

⁹² Rebeca Ramos, "Estancias infantiles para todxs", *Animal Político*, 26 de octubre de 2020.

⁹³ El reformado artículo 201 de la Ley del Seguro Social establece: "El ramo de guarderías cubre los cuidados, durante la jornada de trabajo, de las hijas e hijos en la primera infancia, de las personas trabajadoras, mediante el otorgamiento de las prestaciones establecidas en este capítulo (sección primera del ramo de guarderías).

⁹⁴ INEGI, *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016, Principales Resultados*, op. cit.

Estos datos sobre la percepción de los roles de género son relevantes porque revelan la vigencia y el arraigo de ciertos estereotipos de género en la sociedad mexicana. Si Al analizar las preguntas y respuestas, se observa que el 37.3% de las mujeres está de acuerdo con la idea de que las mujeres son las responsables de las tareas de cuidado de los otros (únicas responsables). Por otra parte, resulta alentador que 87.3% de ellas esté de acuerdo —también— con que los hombres deben encargarse por igual de las tareas domésticas y de cuidados.

En México, la llegada de los hijos e hijas tiene un impacto diferenciado en las trayectorias laborales de las madres y los padres. En un estudio reciente, Sandra Aguilar Gómez y colaboradores encontraron que, al momento del nacimiento del bebé, la participación laboral de la madre cae hasta 28%. Por otro lado, la

participación laboral del padre no sufre ningún cambio. A un año del nacimiento del bebé, las mujeres observan una disminución de 33% en su ingreso mensual, mientras el ingreso mensual de los hombres se incrementa 11%.⁹⁵ Esto se conoce como la penalidad económica de la maternidad.⁹⁶

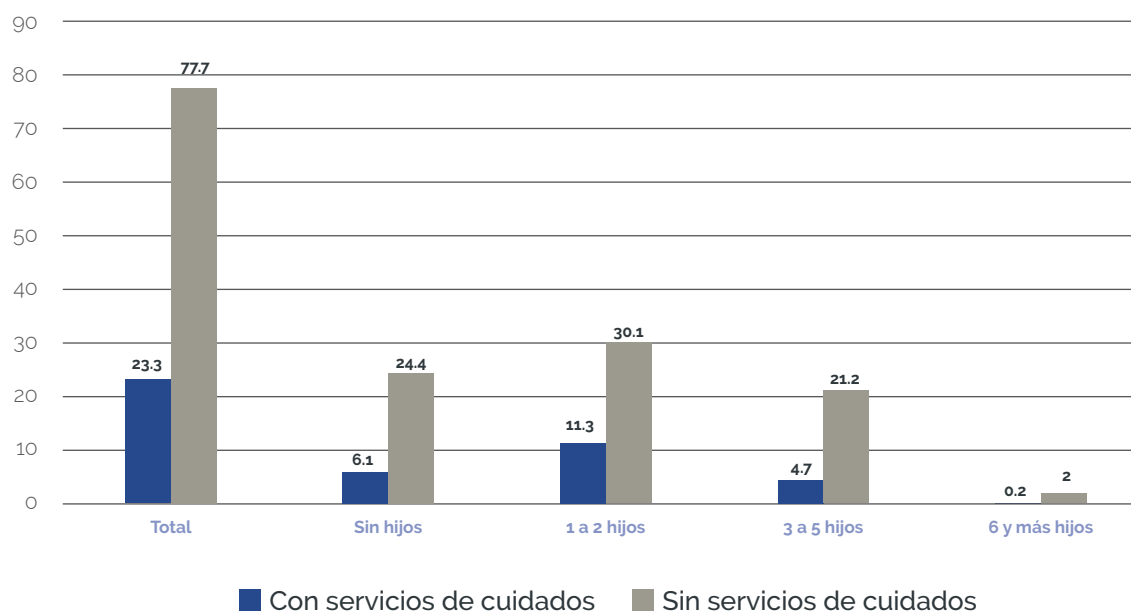
La carencia de servicios de cuidado infantil es una barrera para la participación económica principalmente de las mujeres, pues en ellas siguen recayendo las responsabilidades del cuidado de las y los hijos. En el panorama nacional, 36.6% de las mujeres de 15 a 59 años de edad señaló no haber tenido ningún tipo de actividad remunerada debido a que se encuentran ocupadas exclusivamente en el trabajo no remunerado y de cuidado en su hogar, contrario al caso de los hombres en el que la dedicación exclusiva a este tipo de trabajo es prácticamente nula.⁹⁷

⁹⁵ Sandra, Aguilar-Gomez, Eva Arceo-Gomez y Elia de la Cruz Toledo, "Inside the Black Box of Child Penalties: Unpaidwork and Household Structure", 2 de diciembre de 2019.

⁹⁶ Para conocer más sobre este punto, véase el capítulo 1 de Lourdes Jimenez Brito, *Maternidad y seguridad social*.

⁹⁷ INEGI/Inmujeres, *Mujeres y hombres en México 2019*, op. cit., p. 205.

Gráfica 12. Mujeres trabajadoras y subordinadas según número de hijos y condición de acceso a guarderías infantiles, en porcentajes, primer trimestre de 2019



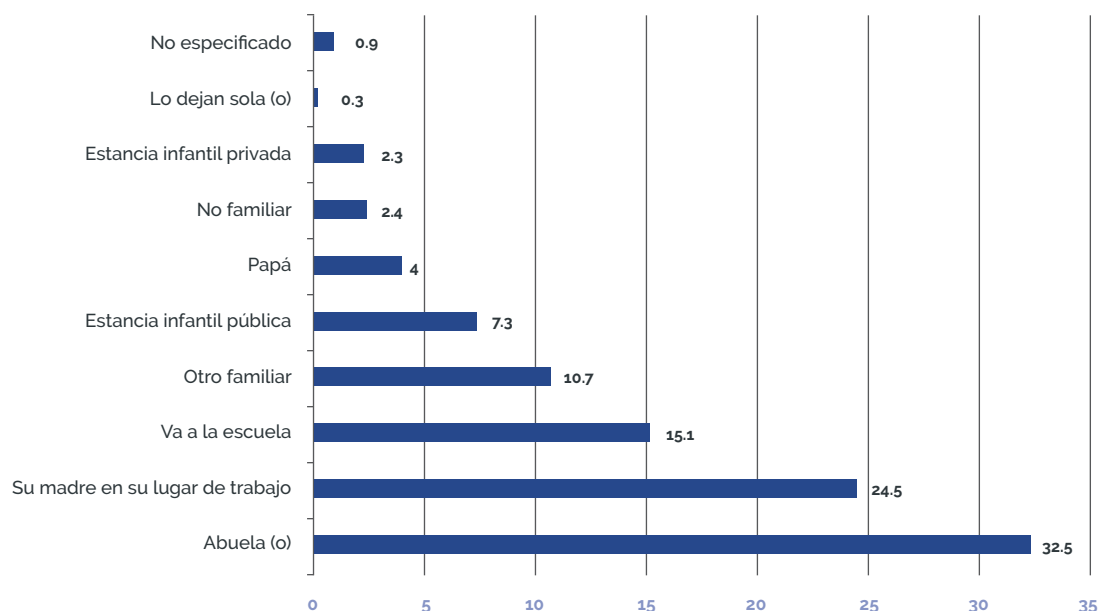
Fuente: Elaboración propia con datos de la ENOE, primer trimestre de 2019.

De acuerdo con las cifras de la ENOE, hasta el primer trimestre de 2019, 77.7% de las mujeres trabajadoras subordinadas y remuneradas no disponían de guardería o cuidados maternos y sólo 22.3% tenían acceso a estos servicios. De las trabajadoras subordinadas y remuneradas,

sólo 6.1% son mujeres sin hijos que sí cuentan con estas prestaciones laborales, 11.3% tiene de una a dos hijas(os), y de 4.7% tiene de tres a cinco hijas(os). En contrapartida, tres de cada 10 trabajadoras tienen de una a dos hijas(os) y carecen de acceso a guardería o cuidados maternos.⁹⁸

⁹⁸ INEGI/Inmujeres, *Mujeres y hombres en México 2019*, op. cit.

Gráfica 13. Lugar o persona a cargo de las niñas y niños cuyas madres trabajan de manera remunerada, en porcentajes, 2017



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENES 2017.

Según datos de la *Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (ENES)* de 2017, la población de 0 a seis años asciende a 14 millones de niñas y niños. Un poco más de ocho millones de madres de esos niños y niñas no trabajan de manera remunerada. 5.9 millones de madres sí tienen trabajo remunerado. En esos casos, los abuelos son los cuidadores principales, 32.5%; seguidos de la madre en su lugar de trabajo, 24.5%. Sólo 7.3% de las y los niños de cero a seis años, cuya madre trabaja de manera remunerada, recibe cuidados en

estancias infantiles públicas⁹⁹ y apenas 2.3% en estancias privadas. Asimismo, las madres de menores de seis años que no hacen uso de servicios de las instituciones de cuidado tienen el apoyo de una persona (abuela o abuelo, papá, otro familiar o un no familiar) y expresan que no recurren a las instituciones porque no lo necesitan (38.6%), 16.4% no confía en los servicios y 12% señaló no tener dinero para cubrir ese gasto. Destaca que 26.3% expresó que no tiene derecho, no hay lugar o el establecimiento le queda lejos.¹⁰⁰

⁹⁹ Estancias infantiles del IMSS, ISSSTE, Secretaría de Desarrollo Social, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de las Familias u otras instituciones públicas.

¹⁰⁰ INEGI/Inmujeres, *Mujeres y hombres en México 2019*, op. cit. p. 135.

Además de los esquemas de cuidados para madres y padres que tienen seguridad social, México cuenta con un programa focalizado de estancias infantiles destinado a familias que carecen de empleo formal y seguridad social. El Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras es un subsidio mensual dirigido a cubrir los servicios de cuidado y atención infantil en estancias afiliadas al programa. Está diseñado para atender el segmento de madres trabajadoras y padres solos con infantes de entre uno y tres años con 11 meses de edad, o hasta los cinco años y 11 meses si los infantes tienen alguna discapacidad. El gobierno, por medio de la Secretaría de Bienestar, cubre el costo de los servicios de cuidado y atención infantil. Este apoyo se entrega directamente a la persona responsable. Dentro de las condicio-

nes de elegibilidad se considera a madres que trabajan, buscan empleo o estudian, y a padres solos que deseen estudiar, acceder o permanecer en el mercado laboral.¹⁰¹ Supone también un límite de ingresos per cápita por hogar del beneficiario, que no debe de rebasar la línea de pobreza por ingresos. A pesar de que se trata de una medida adecuada y focalizada en una población altamente vulnerable, es preciso destacar que presenta un déficit de cuidados, pues no considera como posible beneficiario al grupo de recién nacidos durante su primer año de vida. Esta situación se torna más crítica para muchas mujeres que dejaron de percibir ingresos durante el embarazo y desean reincorporarse de inmediato a la vida laboral y requieren de apoyos de cuidados para sus hijos menores de un año.¹⁰²

Tabla 1. Resumen de las medidas vigentes en México

Acceso a servicios de salud materna	Licencias familiares							Prestaciones monetarias	Disponibilidad de servicios de cuidados infantiles	Convenios de protección de la maternidad de la OIT, ratificados		
	Maternidad	Tasa de pago*	Exigencia de condiciones extra**	Paternidad	Tasa de pago	Parental	Tasa de pago			C003	C103	C183
Acceso universal	12 semanas	100%	Si	5 días	100%	No previstas	-	Si	Si	No	No	No

*Se refiere al porcentaje del sueldo que recibe la trabajadora durante el periodo de su licencia de maternidad.

**Se refiere a la exigencia de condiciones adicionales a la solicitud del certificado médico de embarazo, por lo regular un mínimo de antigüedad laboral o semanas de cotización (o ambos) en los esquemas de seguros vigentes.

Fuente: Elaboración propia.

¹⁰¹ Secretaría de Bienestar (México), "Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras", 2015.

¹⁰² Sughei Villa Sánchez, "Las políticas de cuidados en México: ¿quién cuida y cómo se cuida?", Friedrich-Ebert-Stiftung, Ciudad de México, 2019, p. 15.

Las áreas de mejora urgente para México: hacia un modelo de seguridad social de la maternidad

Proteger a las mujeres del riesgo social de la maternidad y ofrecerles políticas que les permitan vivir con verdadera seguridad supone el diseño de un entramado institucional robusto y de alcance amplio. La protección efectiva de la maternidad requiere un diseño institucional transversal que implique a todas las áreas del Estado, con un verdadero enfoque de género y de derechos de acceso universal. La propuesta de la CISS puede interpretarse en estos términos, pues incluye un modelo de seguridad social específico y una serie de medidas que garantizan el ejercicio de la maternidad en las mejores condiciones posibles.¹⁰³

La propuesta conceptual de la CISS estipula que la seguridad social se compone de transferencias y servicios.¹⁰⁴ En sintonía con el

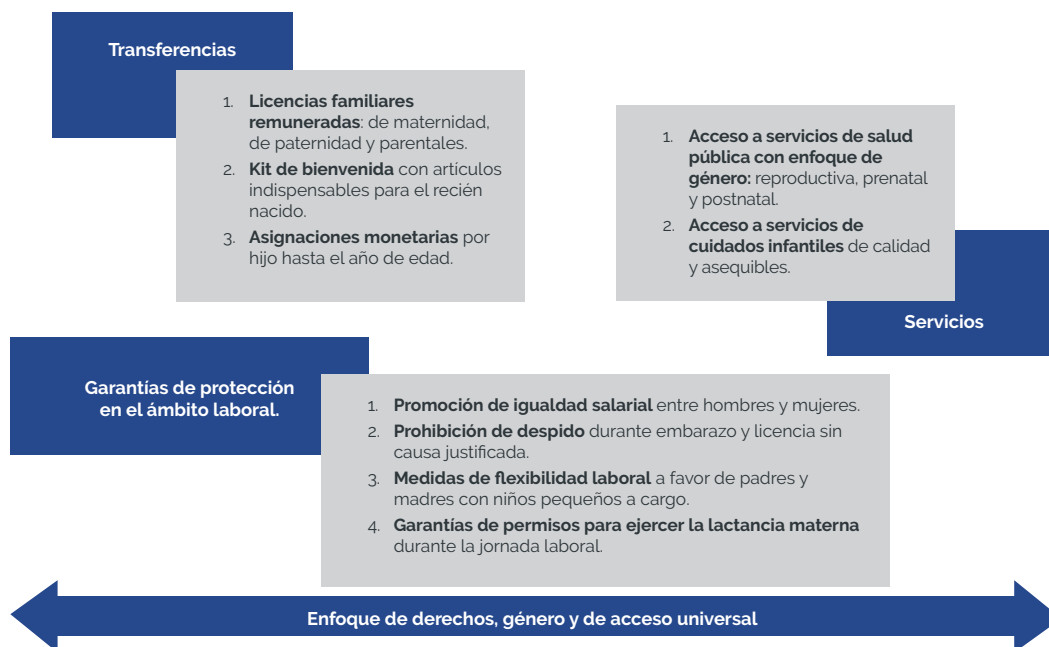
postulado de que la seguridad social es un derecho humano y, como tal, su disfrute no debe depender de la condición laboral de las personas, la CISS remarca que es indispensable que las transferencias y servicios se otorguen a todas las personas sin importar su situación laboral. A partir de estos dos componentes, un modelo de seguridad social de maternidad debe incluir, al menos, los siguientes elementos:

- **Transferencias:** licencias remuneradas de maternidad, paternidad y parentales; transferencias monetarias directas por cada descendiente nacido y provisión estatal de bienes materiales indispensables para el cuidado del recién nacido.
- **Servicios:** acceso universal a servicios de calidad de salud reproductiva y materna con enfoque de género y a servicios de cuidados infantiles asequibles y de calidad.

¹⁰³ Lourdes Jimenez Brito, *Maternidad y seguridad social, op. cit.* Se sugiere consultar este material para profundizar en la justificación teórica del diseño de las medidas políticas sugeridas para garantizar que las mujeres ejerzan su maternidad con dignidad, libertad e igualdad.

¹⁰⁴ Mariela Sánchez-Belmont, Miguel Ángel Ramírez y Frida Romero, *Propuesta conceptual para el análisis de la seguridad social desde la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, op.cit.*

Diagrama 1. Propuesta de la CISS de un modelo de seguridad social de maternidad



Fuente: Elaboración propia con base en la conceptualización de seguridad social de la CISS.

Transferencias: licencias familiares

La CISS pone a consideración la propuesta de una licencia de maternidad ampliada de 18 semanas¹⁰⁵ y remunerada a una tasa de 100 % de los ingresos de la trabajadora. Este periodo es de vital importancia para que la madre se recupere del parto y atraviese su puerperio, y para que establezca la lactancia materna exclusiva, si así lo desea.

En el mismo sentido de las recomendaciones de la OIT, se sugiere que el único requisito

para reclamar la licencia de maternidad sea la presentación de un certificado médico en el que se indique la fecha aproximada del parto. La imposición de criterios adicionales, como un periodo mínimo de antigüedad en el empleo, un límite en el número de licencias de maternidad o la obligación de la beneficiaria de ser ciudadana del país, reduce la probabilidad de que las mujeres disfruten de la licencia de maternidad.¹⁰⁶

Los beneficios básicos por maternidad, licencias y prestaciones aún son exclusivos para

¹⁰⁵ Esta propuesta se basa en el artículo 1, inciso 1, de la Recomendación 191 de la OIT sobre la protección de la maternidad: "Los Miembros deberían procurar extender la duración de la licencia de maternidad, mencionada en el artículo 4 del Convenio, a dieciocho semanas, por lo menos".

¹⁰⁶ OIT, "Mi familia también me necesita". Protección de la maternidad y medidas de conciliación entre trabajo y vida familiar para las trabajadoras y los trabajadores domésticos", nota de información sobre Trabajo Doméstico, núm. 6, Ginebra.

las mujeres en la mayoría de los esquemas de seguridad social y no se contemplan como una prestación familiar, es decir, como una protección del riesgo que se origina en familia, cuyos beneficiarios directos deben ser ambos padres, lo que propiciaría la equidad de género frente a la paternidad. De aquí que las reivindicaciones de equidad e igualdad de las mujeres respecto a los hombres y la sociedad en general deben ser impulsadas dentro de la seguridad social.¹⁰⁷ En el modelo de seguridad social de maternidad impulsado por la CISS, las licencias forman parte de un esquema que incluye las licencias de paternidad y las denominadas "parentales". Nuestra propuesta de licencia exclusiva de paternidad es reconocer una licencia remunerada al 100% de al menos cuatro semanas desde el momento del parto. Si bien puede parecer reducida en comparación con la licencia de maternidad, se trata de un aumento significativo en el panorama vigente en la región. Cabe destacar que se trata de un piso mínimo de reconocimiento de la licencia de paternidad que será complementada con un esquema de licencias parentales. Los Estados podrían reconocer una licencia exclusiva de paternidad de mayor duración para profundizar en una política de paternidad responsable y más igualitaria con las tareas de cuidados.¹⁰⁸

La propuesta de licencias familiares se completa con un régimen de licencias paren-

tales disponibles para ambos padres, es decir, un periodo extendido y remunerado que sigue a las licencias de maternidad y paternidad del que los padres pueden disponer para cuidar a los hijos pequeños. Se propone que los padres accedan a una licencia parental de una duración de 22 semanas posterior al término de la licencia de maternidad prevista. Este plazo, sumado a la licencia de maternidad de 18 semanas, cubre gran parte del primer año de vida del bebé —etapa crítica del ciclo de la vida— que de ese modo puede recibir el mejor entorno de cuidados y la estimulación óptima para su máximo bienestar posible. Otra condición clave para que el esquema de cuidados corresponsables sea atractivo y funcional es que sea remunerado. Se sugiere que la tasa de remuneración de la licencia parental ascienda a 60%.¹⁰⁹ Nuestra propuesta sigue el modelo de licencias con cuotas específicas para cada uno de los padres. Esto tiene como objetivo evitar que la totalidad del permiso sea tomada por las madres. La cuota específica para el padre sería de 50% de las semanas de la licencia parental. Es decir, de las 22 semanas, 11 serían para goce exclusivo del padre. Este modelo se conoce como licencia intransferible, es decir, no puede trasladarse a la madre. En caso de no utilizarse, la familia pierde su derecho de gozar de esa cantidad de semanas de licencia remunerada para el cuidado de los hijos.¹¹⁰

¹⁰⁷ Gabriela Mendizábal Bermúdez, "Análisis comparativo de las prestaciones de seguridad social por maternidad", *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, vol. 39, núm. 116, 2006.

¹⁰⁸ Lourdes Jimenez Brito, *Maternidad y seguridad social en el Caribe*, op. cit.

¹⁰⁹ Como punto de referencia para escoger esta tasa de remuneración, se toma la experiencia de Cuba que estipula ese porcentaje de remuneración para su licencia parental. Para más información, véase Ministerio de Salud Pública/Ministerio de Educación/UNICEF, "Padre desde el principio", UNICEF.

¹¹⁰ Lourdes Jimenez Brito, *Maternidad y seguridad social*, op. cit.

Figura 5. Propuestas de reforma en materia de licencias familiares para México

Licencia de maternidad		
<p>Ampliar a 18 semanas 100% remuneradas.</p> <p>Reducir los requisitos exigibles de certificado médico del embarazo.</p>	Licencia de paternidad	
	<p>Ampliar a 4 semanas 100% remuneradas.</p>	Licencia parental
		<p>Sancionar una licencia parental de 22 semanas de duración con cláusula de una cuota de 50% de goce intransferible para el padre y una tasa de remuneración de 60%.</p>

Fuente: Elaboración propia.

México debe revisar las disposiciones actuales sobre licencias familiares, porque las normas vigentes no se adecuan a los estándares internacionales y contribuyen a perpetuar estereotipos de género en torno a los cuidados y crianza de los niños y niñas. Es urgente ampliar la licencia de maternidad de 12 a 18 semanas y eliminar todo tipo de barreras que impidan a las mujeres acceder a ese beneficio. Esto incluye suprimir las exigencias de condiciones adicionales al certificado médico de embarazo, como un mínimo de antigüedad laboral y/o semanas de cotización en los esquemas de seguros vigentes. Respecto a la licencia de paternidad, la legislación mexicana recientemente reconoció una licencia específica para los padres de apenas cinco días duración. Nuestra recomendación es ampliarla al menos a cuatro semanas, con una remuneración a una tasa del 100%. Por último, la reforma estructural que supone un cambio radical en la construcción y

promoción de esquemas corresponsables de cuidados es la sanción de una licencia parental disponible para ambos padres, remunerada a una tasa de al menos 60%. Un aspecto crítico de la efectividad de esta política —en su afán de deconstruir los roles de género arraigados en la sociedad— es la cláusula de una cuota de 50% de las semanas de licencia intransferible y de goce exclusivo para los padres.

Transferencias directas monetarias y en especie

En la actualidad, entre otros beneficios previstos en la seguridad social, la normativa mexicana establece dos tipos de transferencias: monetarias (pago de un subsidio en una sola exhibición al momento del nacimiento) y en especie (canastilla con productos para el bebé). Estas provisiones, como el resto de los beneficios de la seguridad social, sólo alcanzan a las madres

trabajadoras en esquemas laborales formales y dejan fuera a la inmensa mayoría de mujeres embazadas y madres en México.

Nuestra propuesta en materia de asistencia económica directa prevé una prestación monetaria no retributiva mensual desde el nacimiento hasta el primer año de vida del niño o la niña. El monto de esta prestación debería traducirse en la capacidad de compra de bienes y servicios básicos para el mantenimiento de un nivel de vida adecuado para el infante. La mayoría de esos gastos se vincula a la adquisición de ropa, productos de higiene personal del bebé, alimentos y materiales de estimulación temprana, entre otros. En condiciones de disparidad económica, es muy probable que los niños y niñas que forman parte de familias sin recursos suficientes para brindarles buenas condiciones de desarrollo sufran las consecuencias negativas de la desigualdad. Es importante destacar que este tipo de políticas de transferencias directas a la niñez presentan no sólo un efecto positivo para el bienestar de la primera infancia y su núcleo familiar, también brindan seguridad económica a las mujeres que se enfrentan a la maternidad, en particular a las que viven esta experiencia en soledad o como únicas proveedoras de recursos de su hogar. Este tipo de prestaciones monetarias directas empodera económicamente a las madres, sobre todo a las jefas de hogar. Este apoyo les permitirá aliviar y compensar una parte de los enormes costos de la maternidad. Contar con ingresos

mensuales no retributivos para el bienestar de los hijos, repercute en el bienestar propio en el ejercicio de la maternidad.¹¹¹

La recomendación es que México incorpore en su política social este ingreso universal a favor de la niñez. Es urgente avanzar en reformas estructurales que conduzcan al acceso universal a los beneficios de maternidad, independientemente de la condición laboral de las personas, en este caso, de las embarazadas y de las madres.

Servicios: acceso a servicios de salud materna de calidad

Los servicios constituyen el otro gran componente de la seguridad social. El acceso a servicios de salud de calidad adquiere relevancia para la protección de las mujeres frente al riesgo social de la maternidad. La normativa internacional de derechos humanos incluye el compromiso fundamental de los Estados de lograr que las mujeres y las adolescentes sobrevivan al embarazo y al parto como un aspecto del disfrute de los derechos a la salud sexual y reproductiva y a vivir una vida con dignidad.¹¹²

Acceso a servicios de salud reproductiva

Nuestra propuesta de salud materna incluye, como primer peldaño, el acceso de las mujeres y hombres a información y servicios de

¹¹¹ *Idem.*

¹¹² Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH), "Technical Guidance on the Application of a Human Rights-Based Approach to the Implementation of Policies and Programmes to Reduce Preventable Maternal Morbidity and Mortality", Ginebra, 2012.

planificación familiar. Esto quiere decir que las personas cuenten con servicios profesionales que las ayuden a elegir métodos anticonceptivos, pruebas diagnósticas, tratamientos de enfermedades de transmisión sexual y servicios de interrupción del embarazo, entre otros.¹¹³ México cuenta con legislación que garantiza este acceso y además tiene programas y campañas específicas para informar a la población sobre las alternativas en materia de educación sexual y anticoncepción. Sin embargo, es fundamental cambiar el enfoque con el que se explora este tema en el país. Tanto la legislación como la aproximación clínica vigente parten del concepto de “planificación familiar”. Como se ha mencionado en este documento, el tratamiento correcto, de acuerdo con los estándares internacionales, es desde una perspectiva de derechos reproductivos y sexuales para garantizar el acceso a todas las personas, independientemente de su género, edad, condición social, etc. Cabe enfatizar que los y las adolescentes pueden y deben ser sujetos de estas políticas de salud sexual y reproductiva y que el Estado debe garantizar su acceso en forma irrestricta. Es importante mencionar que la legislación federal debe reformarse para incorporar los servicios de interrupción voluntaria del embarazo como parte de una estrategia de salud pública. Asimismo, a nivel estatal, se debe atender a las reformas legislativas pertinentes para hacer efectivo el acceso a los servicios de interrupción voluntaria del embarazo a nivel subnacional.

Acceso a servicios de salud materna

Con el nuevo modelo de atención prenatal de la OMS, el número de contactos que debe tener la embarazada con los profesionales sanitarios a lo largo del embarazo se incrementa de cuatro a ocho. En consonancia, nuestra propuesta para reducir la mortalidad perinatal y mejorar la experiencia de atención sanitaria de las mujeres embarazadas es que los países de la región incluyan modelos de atención prenatal con un mínimo de ocho contactos a lo largo del embarazo. Los Estados deben garantizar mediante sus servicios de salud pública al menos ocho visitas prenatales y procurar que este servicio de salud materna se brinde desde un enfoque de género. El trato digno y respetuoso a la mujer embarazada debe ser el principio rector de todas las intervenciones sanitarias.

Sin embargo, como lo demuestra el caso mexicano, el número de contactos de la embarazada con los y las profesionales de salud no garantiza la calidad en la atención recibida. Los datos indican que el promedio nacional de visitas prenatales está por encima de la recomendación de la OMS, no obstante, las cifras sobre mortalidad materna señalan la existencia de problemas estructurales en la atención materna. México no ha logrado reducir la RMM de acuerdo con las metas fijadas por los Objetivos de Desarrollo Sostenible. En la actualidad, el país presenta una RMM de 31.2 muertes ma-

¹¹³ Para más información sobre servicios de salud sexual y reproductiva, véase Renata Turrent Hegewisch, *Aborto, maternidad y seguridad social*, CISS, Ciudad de México, 2019.

ternas cada 100,000 que nacieron con vida.¹¹⁴ Esto expone deficiencias en las estrategias sanitarias de salud materna para brindar una atención de calidad a las embarazadas, parturientas y puérperas en México.

Nuestra recomendación crítica es revisar y reformular las políticas sanitarias de salud materna para mejorar sustancialmente su calidad y disminuir los riesgos asociados al embarazo, parto y posparto. Es necesario dotar de mayores recursos humanos y materiales a los centros de atención sanitaria para que ofrezcan una atención de salud materna de calidad y completa. Asimismo, es fundamental que estas políticas sanitarias de atención materna se diseñen con un enfoque de género y de derechos. El trato digno y respetuoso de la mujer embarazada debe ser el principio rector de todas las intervenciones sanitarias. La evidencia para el caso mexicano ha demostrado la existencia de la violencia obstétrica y de una serie de mecanismos —formales e informales— que contribuyen a sostenerla y perpetuarla en un marco de impunidad.

Se recomienda, además, que México estipule en su Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia la figura de la violencia obstétrica. De esta forma se podría penalizar a las y los responsables que la ejerzan y establecer la reparación del daño, promoviendo un cambio de paradigma en la atención materna hacia un trato digno y respetuoso.

Salud mental materna

El posparto o puerperio, que es la etapa siguiente al parto, suele ser el gran olvidado de los diseños de intervención oportuna de salud materna. La realidad es que la salud mental de las madres se ve impactada por la atención y el trato que reciben, y está condicionada por la posibilidad, o no, de tomar decisiones respecto a su parto, por las intervenciones a su cuerpo o por vivir la experiencia del parto en compañía.¹¹⁵ Son pocos o casi nulos los servicios de salud disponibles para la puérpera, pues parece que su salud tanto física como emocional pasa a un segundo plano con el nacimiento del bebé. Esta carencia grave puede conducir a un deterioro de la salud de la mujer, que requiere un acompañamiento sanitario profesional a lo largo de la etapa de recuperación. Un adecuado enfoque de salud con perspectiva de género debería contar con servicios de salud mental materna.¹¹⁶

Una iniciativa que vale la pena destacar es la guía del gobierno federal mexicano llamada "Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y posparto en el primero y segundo niveles de atención", en la que se establecen algunas recomendaciones respecto a la salud mental materna. Fue hasta 2016 cuando la guía se actualizó y la evaluación de la salud mental se incluyó en las consultas y revisiones médicas de mujeres embarazadas, para identificar síntomas de depresión o de otros trastornos.¹¹⁷ No

¹¹⁴ Dirección General de Epidemiología-Secretaría de Salud de México, "Información relevante muertes maternas", 2019.

¹¹⁵ Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal, "La oms pide que se cuide la salud mental de las madres en la asistencia al parto", 24 de febrero de 2018.

¹¹⁶ Lourdes Jimenez Brito, *Maternidad y seguridad social*, op. cit.

¹¹⁷ CENETEC/Secretaría de Salud, "Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y posparto en el primero y segundo niveles de atención. Guía de referencia rápida", 2014.

obstante, aún no se especifican los mecanismos de implementación ni se ha establecido la creación de campañas de divulgación para remarcar la importancia de la prevención, detección y tratamiento. Nuestra recomendación es que dentro del modelo de intervención sanitaria materna se incluyan al menos dos contactos o visitas posnatales de las puérperas con profesionales de salud mental para un adecuado diagnóstico y eventual tratamiento de los trastornos de este tipo.

Servicios de cuidados infantiles

Los servicios de cuidado deben ser una política prioritaria de un modelo de seguridad social de la maternidad. Se sugiere el diseño de un servicio de cuidados transversal para la primera infancia entre el Estado —rector de ese servicio—, entidades empleadoras, sindicatos y organizaciones no gubernamentales, entre otros actores, que cumpla con las siguientes condiciones:

- a) Ser una prestación universal que forme parte de un programa de seguridad social accesible para todos los niños y niñas, independientemente de la condición laboral de sus padres.
 - b) Prestar servicio desde que finalicen los esquemas de licencias familiares previstos en la norma.
 - c) Ser de calidad, es decir, procurar que sea un servicio de cuidados profesionales.
 - d) Brindar un servicio en un horario extendido que permita a los padres conciliar sus actividades laborales de manera efectiva.¹¹⁸
- México dispone de alternativas de servi-

cios de cuidados para padres que laboran en esquemas de trabajo formales e informales. Sin embargo, el déficit de la oferta de servicios de cuidados es innegable. La propuesta de esta Conferencia está dirigida a una ampliación significativa en la oferta de servicios de cuidados, con especial atención en que estos se garanticen desde que finalizan los esquemas de licencias familiares vigentes. En la actualidad, por ejemplo, el Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras no considera como posible beneficiario a los recién nacidos durante su primer año de vida. Esto limita e impacta negativamente a las madres que no cuentan con redes alternativas de apoyo y cuidados para sus hijos e hijas en este rango de edad. Otro aspecto urgente —en el que sí hubo avances— es el diseño de políticas de cuidados corresponsables entre hombres y mujeres. La reciente reforma a la Ley del Seguro Social consigna que las personas aseguradas —no sólo la madre trabajadora— son beneficiaria de los servicios de estancias infantiles. Ésta es una victoria considerable en el proceso de deconstrucción de los roles de género.

Sobre el acceso universal a la protección del riesgo social de la maternidad

Si el acceso a la seguridad social es un derecho humano y por lo tanto su disfrute no debe estar condicionado a la situación laboral de las personas, de igual forma un modelo de seguridad social de la maternidad debe ser de acceso universal para todas las mujeres y sus descen-

¹¹⁸ Lourdes Jimenez Brito, *Maternidad y seguridad social*, op.cit.

dientes. Nuestra propuesta está concebida con base en la universalidad y contempla a todas las mujeres embarazadas, sin importar su estatus laboral.¹¹⁹ El alcance de la cobertura debe incluir no sólo a quienes laboran en esquemas formales, sino también a quienes lo hacen en condiciones de informalidad, desocupados e inactivos. Para las personas trabajadoras formales e informales, las licencias remuneradas les permiten mantener su nivel de ingresos durante el tiempo de cuidado de sus hijos. En el caso de las personas desocupadas e inactivas, si bien una licencia no les brinda necesariamente tiempo adicional de cuidado, sí puede otorgarles un ingreso y servicios para que las madres y sus familias satisfagan las necesidades de atención médica y de cuidado de ellas y sus hijos e hijas en los primeros momentos de vida.¹²⁰

La OIT ha señalado que las prestaciones por maternidad alcanzan a una minoría de mujeres: sólo 28% de las personas empleadas a nivel mundial, a menudo asalariadas y trabajadoras en la economía formal, están protegidas por prestaciones en efectivo en caso de maternidad.¹²¹ Por lo tanto, a menudo se excluyen determinadas categorías de trabajadores, incluidos los trabajadores por cuenta propia y los trabajadores familiares auxiliares, en especial en las zonas rurales, los trabajos informales, el trabajo doméstico, ocasional y a domicilio. Además, las mujeres que desem-

peñan tareas domésticas y de cuidados no remuneradas como actividad principal necesitan protección en el parto.¹²²

Se ha mencionado que el 69,5% de las madres de los 2.2 millones de nacimientos registrados en México, en 2017, declaró no tener alguna actividad económica y que 21,4% declaró estar ocupada. De estas últimas, tres cuartas partes laboran como empleadas, 8,6% como obreras y 9,8% por cuenta propia. Estos datos indican que la gran mayoría de las madres en México no cuenta con prestaciones de seguridad social, como la garantía de acceder a servicios de salud materna, licencias remuneradas, servicios de cuidado, etc. Todas estas mujeres —y sus hijos e hijas— enfrentan un riesgo mayor por las condiciones de vulnerabilidad en las que deben ejercer la maternidad. Es urgente que el Estado mexicano instrumente mecanismos alternativos de protección de la maternidad para brindar seguridad y bienestar a todas las mujeres y familias que deseen tener descendencia, sin importar su condición laboral.

Para hacer efectivo el goce de estos servicios y transferencias para las mujeres embarazadas y madres fuera del esquema laboral formal y con base en la necesidad de crear regímenes especiales transitorios, se propone implementar una categoría tributaria de carácter social, cuyo pago permita acceder a las transferencias y los servicios de maternidad.

¹¹⁹ *Idem*.

¹²⁰ Gala Díaz Langou y Florencia Caro Sachetti, "Más días para cuidar: una propuesta para modificar el régimen de licencias desde la equidad", Documentos de Políticas Públicas/Recomendación 193, CIPPEC, Buenos Aires, 2017.

¹²¹ Laura Addati, Naomi Cassirer y Katherine Gilchrist, *Maternity and Paternity at Work. Law and Practice across the World*, OIT, Ginebra, 2014.

¹²² OIT, "Maternity Cash Benefits for Workers in the Informal Economy", 2016.

Esta propuesta está inspirada en el monotributo social,¹²³ vigente en Argentina, permanente y optativo, creado para facilitar y promover la incorporación a la economía formal de aquellas personas en situación de vulnerabilidad que han sido históricamente excluidas de los sistemas impositivos y los circuitos económicos.¹²⁴ Se propone la creación de esta categoría tributaria social —puesto que el pago establecido no puede ser excesivo, sino proporcional a la actividad económica informal que se desarrolla o representativo de la situación socioeconómica





de la persona: desocupada, inactiva, enferma, etc.— y solidaria —porque ese pago proporcional debería dar acceso inmediato a los servicios y transferencias previstos en la seguridad social de cada Estado en las mismas condiciones vigentes para las personas trabajadoras formales—. En el caso que nos ocupa, todas las mujeres deberían acceder a la protección de la maternidad en las mismas condiciones que una trabajadora formal: desde las licencias remuneradas y el acceso a la salud materna, hasta los servicios de cuidados.¹²⁵

¹²³ Para más información sobre el programa y su funcionamiento, véase Ministerio de Desarrollo Social de la Nación Argentina, *Monotributo social. Preguntas frecuentes*.

¹²⁴ Romy Antonelli, "El MONOTRIBUTO Social", SerAutonomo.net, 2011. Disponible en <https://www.serautonomo.net/argentina/el-monotributo-social.html>

¹²⁵ Para conocer más sobre esta propuesta y su aplicación ver Lourdes Jimenez Brito, *Maternidad y seguridad social*, *op. cit.* pág. 164.

Esquema 1. Resumen de las reformas que México debería implementar para ofrecer protección eficaz a las mujeres frente al riesgo social de la maternidad

			
Licencias familiares	Acceso a servicios de salud materna	Transferencias monetarias y en especie directas	Servicios de cuidados para la primera infancia
<ol style="list-style-type: none"> 1. Aumentar a 18 semanas la licencia de maternidad y mantener la tasa de remuneración al 100% 2. Ampliar la licencia de paternidad a 4 semanas de duración remunerada al 100% 3. Sancionar una licencia parental de 22 semanas de duración con cláusula de una cuota del 50% de goce intransferible para el padre y una tasa de remuneración del 60% 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Garantizar acceso inestricto a todas las personas a los servicios de salud reproductiva desde un enfoque de derechos y no desde la "planificación familiar". Esto supone la incorporación de los servicios de interrupción voluntaria del embarazo. 2. Mejorar sustancialmente la calidad de los servicios de salud materna en orden a mejorar los indicadores de mortalidad materna. 3. Implementación de una estrategia de intervención sanitaria con enfoque de género. 4. Incorporar a la Ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia la figura de la violencia obstétrica. 5. Atender la salud mental materna. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Establecimiento de una prestación monetaria no retributiva mensual desde el nacimiento hasta el primer año de vida del niño o la niña. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Garantizar acceso a servicios de cuidados para la primera infancia a partir de 0 años y hasta el inicio de la edad escolar obligatoria. 2. Ampliar la oferta de servicios de cuidados para poder cubrir la demanda.

Enfoque de derechos, género y de acceso universal

Fuente: Elaboración propia.

Conclusiones

A lo largo de este trabajo se han explorado las condiciones en las que las mujeres ejercen la maternidad en México. Son evidentes las dificultades y obstáculos a los que se enfrentan en todas las etapas de la maternidad: embarazo, parto y puerperio. Con este diagnóstico basado en datos, se han identificado las áreas críticas de mejora y se han hecho recomendaciones de reformas —legislativas y políticas— para ofrecer una verdadera protección a las mujeres frente al riesgo social de la maternidad.

México, como la mayoría de los países de la región, dispone de medidas de protección de la maternidad; sin embargo, muchas de ellas se encuentran por debajo de los estándares recomendados e incluso algunas de sus previsiones contribuyen a perpetuar estereotipos de género en torno al cuidado y la crianza. La maternidad en México es un riesgo social que pone a las mujeres en situación de vulnerabilidad física, emocional y económica porque afecta en forma desproporcionada su salud y su capacidad laboral y de ingresos. El nivel de protección que ofrece el país no compensa adecuadamente estos riesgos y pone a las mujeres embarazadas y a las madres en una situación de desventaja, que afecta su libertad, igualdad y dignidad.

Al recapitular el diagnóstico, México presenta las siguientes características en torno al ejercicio de la maternidad:

- La legislación en materia de salud sexual y reproductiva necesita actualizarse con un enfoque de derechos y requiere, además, incorporar el servicio de interrupción

voluntaria del embarazo como prestación médica en la legislación federal.

- Los servicios de salud materna requieren de una reforma sustancial para mejorar su calidad y tener un impacto positivo en los indicadores de mortalidad materna. La RMM actual está lejos de ser aceptable y su disminución necesita reformas estructurales en los servicios especializados de atención médica.
- La violencia obstétrica es un tipo de violencia de género arraigada en los diferentes niveles de atención de salud en el país. Urge decisión política para erradicarla y sancionar a sus responsables.
- Los niveles de lactancia materna exclusiva están por debajo de las recomendaciones internacionales, a pesar de ser considerada la alimentación óptima de los bebés. Hay que revisar las razones que explican los bajos niveles de sostenimiento de la lactancia materna en el país.
- La duración de la licencia de maternidad está por debajo de los estándares internacionales recomendados. Los datos muestran que 54% de las mujeres trabajadoras en condiciones de tomar esa licencia, no lo hace. La duración mínima de la licencia de paternidad — cinco días— es insuficiente y contribuye a perpetuar el estereotipo de género que relega a las mujeres a las tareas del mundo reproductivo y premia a los hombres para que permanezcan en el mundo productivo sin cambios sustanciales. No existe la licencia parental en la legislación.

- Las transferencias directas en dinero y en especie están previstas, pero sólo para las trabajadoras que laboran bajo esquemas formales de trabajo, sin considerar a la inmensa mayoría de las madres en México.
- Los servicios de cuidados para la primera infancia están disponibles tanto para personas trabajadoras bajo esquemas formales, como para madres trabajadoras en esquemas de informalidad laboral. Sin embargo, se han identificado dos problemas con el funcionamiento de este servicio: no estipula el cuidado de bebés de cero a 11 meses y la oferta de servicios de cuidados es insuficiente para la demanda actual.
- Ninguno de los beneficios de maternidad —a excepción de los servicios de cuidados para madres trabajadoras en esquemas de informalidad laboral— alcanza a las mujeres y madres que no tienen trabajo formal. Es decir, la principal vía de acceso al disfrute de los beneficios de maternidad en México es el trabajo formal y registrado; sin embargo, casi 70% de las madres declara no desempeñar ninguna actividad económica remunerada fuera del hogar.

Ante este panorama, se recomienda implementar un modelo transversal de seguridad social de la maternidad. En el caso de México, las reformas recomendadas, nece-

sarias y urgentes incluyen desde la revisión del enfoque del modelo de salud sexual y reproductiva, la mejora sustancial de la calidad de la atención materna, la ampliación de la duración de la licencia de maternidad a 18 semanas y la de paternidad a mínimo cuatro semanas remuneradas con una tasa del 100%, hasta la incorporación de las licencias parentales. Muchas de las medidas que se proponen —que ya se implementan en la región exitosamente— no suponen un gasto superlativo, más bien se trata de verdaderas inversiones en salud pública y en políticas familiares para garantizar bienestar. En la mayoría de los países de la región las licencias familiares, en la actualidad, son costeadas por la seguridad social o bien por un sistema mixto de seguridad social y empleador.¹²⁶ La propuesta está orientada a ampliar estas licencias en su duración y alcance, suponiendo un aumento en el gasto ya previsto en la categoría de licencias vigente. Por otro lado, el acceso oportuno y de calidad a servicios de salud materno-infantil se traduce en importantes ahorros en materia de salud pública. Al invertir en esta área, los Estados garantizan salud y bienestar a la mitad de la población —mujeres— y a mediano y largo plazo economizan importantes gastos como consecuencia de malas políticas de intervención sanitaria. Respecto a la entrega de bienes materiales indispensables e información de cuidados y crianza, debe decirse que es una medida de bajo costo, pero de un impacto increíble en

¹²⁶ De las licencias de maternidad, 60.6% es financiado por la seguridad social en América Latina y el Caribe, y 33.3% por un sistema mixto —seguridad social y empleador—. Sólo 7.7% de los casos son financiados sólo por el empleador. OIT, "La maternidad y la paternidad en el trabajo. La legislación y la práctica en el mundo", s. f. Disponible en https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_242618.pdf

la seguridad económica y material de miles de familias en situación de mayor vulnerabilidad.¹²⁷

Para que estas políticas de licencias familiares puedan ejercerse con efectividad, debe eliminarse todo tipo de obstáculos, como los requisitos adicionales a la certificación médica del embarazo y del parto. Por otro lado, se propone instrumentar una medida de gran impacto en la seguridad y el bienestar económico de las familias, como la sanción de un ingreso universal a la niñez hasta el primer año de edad. Respecto a los servicios de cuidados, se sugiere la rectoría estatal en su provisión para asegurar accesibilidad, calidad y oferta suficiente para madres y padres. Un punto fundamental de la propuesta es que los servicios y transferencias sean universales, es decir, que su goce y disfrute no esté condicionado a la situación laboral de las personas. Esto es crucial para el caso mexicano, porque los datos evidencian que casi 70% de las madres no tiene acceso a los beneficios de seguridad social por no desempeñar una actividad económica remunerada formal.

A modo de cierre, cabe mencionar que este trabajo se dirige a los y las tomadoras de decisiones públicas. Es hora de que la maternidad ocupe el centro del debate sobre políticas familiares y bienestar. La pandemia mundial actual desatada por la COVID-19 ha golpeado en forma desproporcionada a las mujeres, pero más aún a las madres. El diseño de políticas de maternidad y cuidados no debe perder de vista esta situación, de modo que las respuestas estatales puedan compensar y equiparar los

costos diferenciales que asumen las mujeres con la llegada de la maternidad en tiempos de pandemia. La CISS está comprometida a contribuir con el diseño y la promoción de políticas que permitan que las mujeres ejerzan la maternidad con dignidad, libertad e igualdad.

Bibliografía

- Addati, Laura, Naomi Cassirer y Katherine Gilchrist, *Maternity and Paternity at Work. Law and Practice across the World*, OIT, Ginebra, 2014.
- Aguilar-Gomez, Sandra, Eva Arceo-Gomez y Elia de la Cruz Toledo, "Inside the Black Box of Child Penalties: Unpaidwork and Household Structure", 2 de diciembre de 2019. Disponible en https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3497089
- Alzard Cerezo, Dunia, "Los debates sobre la lactancia materna en el feminismo", *PeriFéricas*. Disponible en <https://perifericas.es/blogs/blog/los-debates-sobre-la-lactancia-materna-en-el-feminismo>
- Antonelli, Romy, "El monotributo social", *SerAutonomo.net*, 2011. Disponible en <https://www.serautonomo.net/argentina/el-monotributo-social.html>
- Billings, Deborah L., Francisco Rosas y Nadine Gasman Zylbermann, "En México, sí se pueden ofrecer servicios de anticoncepción a adolescentes. Normatividad nacional e internacional", Ipas México, Ciudad de México, 2004. Disponible en <http://>

¹²⁷ Para una discusión más detallada sobre la viabilidad y alternativas de financiamiento del modelo de seguridad social de la maternidad propuesto, ver Lourdes Jimenez Brito, *Maternidad y seguridad social*, op. cit. pág. 158.

- www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/En%20Mexico%20si%20se%20pueden%20ofrecer%20servicios%20de%20anticocepci%C3%B3n.pdf
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos, 2021. Disponible en <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpeum.htm>
- Castro, Roberto y Sonia M. Frías, "Violencia obstétrica en México: hallazgos de una encuesta nacional de violencia contra mujeres", en Patrizia Quattrocchi y Natalia Magnone (comps.), *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*, Universidad Nacional de Lanús, Lanús, 2020.
- CENETEC/Secretaría de Salud, "Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y posparto en el primero y segundo niveles de atención. Guía de referencia rápida", 2014. Disponible en http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-666-14-Depre-postparto/GRR_INTEGRACION_DPP_DEFINITIVA.pdf
- CISS, "Miembros", 2019. Disponible en <https://ciss-bienestar.org/miembros/>
- CNDH, *Diagnóstico de la violencia contra las mujeres a partir de las leyes federales y de las entidades federativas*, CNDH, Ciudad de México, 2016. Disponible en https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Informes/Especiales/Diagnostico-Violencia-_20161212.pdf
- , "Recomendación general no. 31/2017. Sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud", 31 de julio de 2017, CNDH, Ciudad de México. Disponible en https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-07/RecGral_031.pdf
- Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed), "Información sobre la Conamed para los profesionales de la salud", Conamed, Ciudad de México. Disponible en http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/funciones.pdf
- Díaz Langou, Gala y Florencia Caro Sachetti, "Más días para cuidar: una propuesta para modificar el régimen de licencias desde la equidad", Documentos de Políticas Públicas/Recomendación 193, CIPPEC, Buenos Aires, 2017.
- Dirección General de Epidemiología-Secretaría de Salud de México, "Información relevante muertes maternas", 2019. Disponible en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/432539/MM_2019_SE03.pdf
- Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología, "Pronunciamiento", 10 de junio de 2015, Ciudad de México. Disponible en <https://femecog.org.mx/docs/FEMECOG%20pronunciamiento.pdf>
- Garciamarín Hernández, Hugo, *Un ensayo sobre la felicidad y el bienestar*, CISS, Ciudad de México, en prensa.
- Gómez Dantés, Octavio, Sergio Sesma, Víctor M. Becerril, Felicia M. Knaul, Héctor Arreola y Julio Frenk, "Sistema de salud de México", *Salud Pública de México*, vol. 53, supl. 2, 2011, pp. 232-2011.
- Gómez Macfarland, Carla Angélica, "La lac-

- tancia materna en el marco jurídico nacional: una perspectiva de las madres", *Pluralidad y Consenso*, vol. 7, núm. 31, 2017.
- Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), "Omisión e indiferencia. Derechos reproductivos en México. Aborto/Anticoncepción/Mortalidad materna/Violencia obstétrica/Vida laboral y reproductiva/Reproducción asistida", GIRE, Ciudad de México, 2013.
- Human Reproduction Programme, "Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea", 2015. Disponible en https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf;jsessionid=-63F1572318EC41A4F721D3683D6AD-F4C?sequence=1
- IMSS, "El IMSS atiende recomendación general de la CNDH a diversas autoridades del sector salud de los tres niveles de gobierno, relacionada con el expediente clínico como parte del derecho a la información, núm. 036/2017", IMSS, Ciudad de México, 2017. Disponible en <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201702/036>
- INEGI, "Encuesta Nacional Sobre La Dinámica De Las Relaciones En Los Hogares ENDIREH 2016. Cuestionario para mujer casada o unida", INEGI, Ciudad de México, 2016. Disponible en https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2016/doc/endireh2016_cuestionario_a.pdf
- , *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016. Principales resultados*, INEGI, Ciudad de México, 2017. Disponible en [https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2016/doc/endireh2016_presentacion_ejecutiva.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2016/doc/endireh2016_doc/endireh2016_presentacion_ejecutiva.pdf)
- , *Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (ENESS) 2017. Principales resultados*, INEGI, Ciudad de México, 2017. Disponible en https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/eness/2017/doc/presentacion_eness_2017.pdf
- , *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica ENADID 2018. Principales resultados*, INEGI, Ciudad de México, 2019. Disponible en https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2018/doc/resultados_enadid18.pdf
- , *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018. Presentación de resultados*, INEGI, Ciudad de México, 2018.
- , "Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2018. Módulo para la mujer", *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica ENADID 2018*, INEGI, Ciudad de México, 2019. Disponible en https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2018/doc/mujer_enadid18.pdf
- , "Características de los nacimientos registrados en México durante 2019", comunicado de prensa núm. 429/20, 22 de septiembre de 2020, Ciudad de México.
- INEGI/Inmujeres, *Mujeres y hombres en México 2018*, INEGI, Aguascalientes, 2018.
- , *Mujeres y hombres en México 2019*, INEGI, Aguascalientes, 2019. Disponible en http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/MHM_2019.pdf
- INEGI/Inmujeres/ONU Mujeres/CEPAL, *Atlas de género*. Disponible en http://gaia.inegi.org.mx/atlas_genero/

- Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal, "La oms pide que se cuide la salud mental de las madres en la asistencia al parto", 24 de febrero de 2018. Disponible en <https://saludmentalperinatal.es/2018/02/24/oms-quiere-que-se-cuide-la-salud-mental-madres-atencion-parto/>
- Jimenez Brito, Lourdes, *Maternidad y seguridad social*, CISS, Ciudad de México, 2020. Disponible en <https://ciss-bienestar.org/cuadernos/pdf/maternidad-y-seguridad-social-v2.pdf>
- , *Maternidad y seguridad social en el Caribe*, Ciudad de México, 2020. Disponible en <https://ciss-bienestar.org/wp-content/uploads/2020/12/n11-maternidad-y-seguridad-social-en-el-caribe.pdf>
- Llanes Castillo, Arturo, Miriam Janet Cervantes López, Alma Alicia Peña Maldonado y Jaime Cruz Casados, "Maternidad en legislación mexicana: una visión desde los derechos laborales de la mujer", *Revista de Ciencias Sociales*, vol. 1, núm. 26, 2020, pp. 51-60.
- McKenna, Kathleen M. y Rani T. Shankar, "The Practice of Prelacteal Feeding to Newborns among Hindu and Muslim Families", *Journal of Midwifery and Womens Health*, vol. 54, núm. 1, 2009, pp. 78-81.
- Mendizábal Bermúdez, Gabriela, "Análisis comparativo de las prestaciones de seguridad social por maternidad", *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, vol. 39, núm. 116, 2006.
- Ministerio de Desarrollo Social de la Nación Argentina, "Monotributo social. Preguntas frecuentes". Disponible en <http://www.desarrollosocial.gob.ar/wp-content/uploads/2018/04/Preguntas-Frecuentes.pdf>
- Ministerio de Salud Pública/Ministerio de Educación/UNICEF, "Padre desde el principio", UNICEF. Disponible en <https://www.unicef.org/cuba/sites/unicef.org/cuba/files/2020-01/padre-desde-principio-cuba-2018.pdf>
- Morales-Andrade, Eduardo, María Isabel Ayala-Hernández, Héctor Fernando Morales-Valerdi, Myriam Astorga-Castañeda y Gustavo Adolfo Castro-Herrera, "Epidemiología de la muerte materna en México y el cumplimiento del Objetivo 5 del Desarrollo del Milenio, hacia los objetivos de desarrollo sostenible", *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, vol. 23, núm. 2, 2018.
- Muñoz García, Graciela Beatriz y Lina Rosa Berrio Palomo, "Violencias más allá del espacio clínico y rutas de la inconformidad: la violencia obstétrica e institucional en la vida de mujeres urbanas e indígenas en México", en Patrizia Quattrocchi y Natalia Magnone (comps.), *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*, Universidad Nacional de Lanús, Lanús, 2020.
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH), "Technical Guidance on the Application of a Human Rights-Based Approach to the Implementation of Policies and Programmes to Reduce Preventable Maternal Morbidity and Mortality", Ginebra, 2012.

- OIT, C003 - Convenio sobre la protección de la maternidad, 1919 (núm. 3).
- , C103 - Convenio sobre la protección de la maternidad (revisado), 1952 (núm. 103).
- , R191 - Recomendación sobre la protección de la maternidad, 2000 (núm. 191). Disponible en https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:R191
- , Ratifications of C183 - Convenio sobre la protección de la maternidad, 2000 (núm. 183).
- , C183 - Convenio sobre la protección de la maternidad, 2000 (núm. 183).
- , "Maternity Cash Benefits for Workers in the Informal Economy", 2016. Disponible en https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---asia/---ro-bangkok/---ilo-beijing/documents/publication/wcms_537934.pdf
- , "‘Mi familia también me necesita’. Protección de la maternidad y medidas de conciliación entre trabajo y vida familiar para las trabajadoras y los trabajadores domésticos", nota de información sobre Trabajo Doméstico, núm. 6, Ginebra.
- OMS, *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*, Décima Revisión, OMS/OPS, Washington, D. C., 1992.
- , "Salud materna". Disponible en https://www.who.int/topics/maternal_health/es/#:~:text=Cinco%20complicaciones%20directamente%20relacionadas%20son,embarazadas%20y%20a%20los%20reci%C3%A9n%20nacidos.
- , "Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo", 2018. Disponible en https://www.who.int/reproductive-health/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/es/
- ONU, "Objetivos de Desarrollo del Milenio". Disponible en <https://www.onu.org.mx/agenda-2030/objetivos-de-desarrollo-del-milenio/>
- , "Objetivos de Desarrollo Sostenible". Disponible en <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
- Presidencia de la República, Reglamento de la Ley General de Población, 2012. Disponible en http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGP.pdf
- , Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, 2015. Disponible en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209278/Ley_General_de_Acceso_de_las_Mujeres_a_una_Vida_Libre_de_Violencia.pdf
- , Ley General de Población, 2018. Disponible en http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/140_120718.pdf
- , Ley del Seguro Social, 2020. Disponible en <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/leyes/LSS.pdf>
- , Ley General de Salud, 2021. Disponible en http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf
- , Ley Federal del Trabajo, 2021. Disponible en http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/125_110121.pdf

- Quattrocchi, Patrizia y Natalia Magnone (comps.), *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*, Universidad Nacional de Lanús, Lanús, 2020.
- Ramos, Rebeca, "Estancias infantiles para todxs", *Animal Político*, 26 de octubre de 2020. Disponible en <https://www.animalpolitico.com/punto-gire/estancias-infantiles-para-todxs/>
- Sánchez-Belmont Montiel, Mariela, Miguel Ángel Ramírez Villela y Frida Romero Suárez, *Propuesta conceptual para el análisis de la seguridad social desde la Conferencia Interamericana de Seguridad Social*, CISS, Ciudad de México, 2019.
- Secretaría de Bienestar (México), "Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras", 2015. Disponible en <https://www.gob.mx/bienestar/acciones-y-programas/estancias-infantiles-para-apoyar-a-madres-trabajadoras>
- Secretaría de Salud, Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar", 1994.
- , Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, 1995. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>
- , "Guía de implantación. Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro", Secretaría de Salud-Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. Disponible en <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29343/GuiaImplantacion-ModeloParto.pdf>
- Secretaría de Salud de la Ciudad de México, "Interrupción Legal del Embarazo (ILE)", 2020. Disponible en <http://ile.salud.cdmx.gob.mx/wp-content/uploads/ILE-WEB-JULIO-2020.pdf>
- Secretaría del Trabajo y Previsión Social (México), "Guía de fomento de una cultura de lactancia materna en los centros de trabajo: instalación y funcionamiento de salas de lactancia", 2018.
- Sesia, Paola, "Violencia obstétrica en México: La consolidación disputada de un nuevo paradigma", en Patrizia Quattrocchi y Natalia Magnone (comps), *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*, compilado, Universidad Nacional de Lanús, Lanús, 2020.
- Sesia, Paola, Kimberli Keith-Brown, Lucille C. Atkin y Martha Rees, "El marco normativo de la atención obstétrica durante el parto fisiológico en México: un breve análisis crítico", *Género y Salud en Cifras*, vol. 17, núm. 3, 2019.
- Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica, "Razón de mortalidad materna (defunciones por cada 100 mil nacidos vivos)", *Catálogo Nacional de Indicadores*. Disponible en <https://www.snieg.mx/cni/escenario.aspx?idOrden=1.1&ind=63000000085&gen=178&d=n>

Turrent Hegewisch, Renata, *Aborto, maternidad y seguridad social*, CISS, Ciudad de México, 2019.

UNFPA, "Consecuencias socioeconómicas del embarazo en adolescentes en México", UNFPA, Ciudad de México, 2020. Disponible en <https://mexico.unfpa.org/es/publications/consecuencias-socioecon%C3%B3micas-del-embarazo-en-adolescentes-en-m%C3%A9xico>

UNICEF/OMS, "Capturar el momento. Inicio temprano de la lactancia materna. El mejor comienzo para cada recién nacido", UNICEF, Nueva York, 2018.

Villa Sánchez, Sughei, "Las políticas de cuidados en México: ¿quién cuida y cómo se cuida?", Friedrich-Ebert-Stiftung, Ciudad de México, 2019.

Vivas, Esther, *Mamá desobediente*, Capitán Swing, Madrid, 2019.



Las Notas Técnicas (año 2, número 18) son una publicación seriada de periodicidad irregular, editada por la Conferencia Interamericana de Seguridad Social. San Ramón s/n, Col. San Jerónimo Lídice, alcaldía Magdalena Contreras, C.P. 10100, Ciudad de México. Tel. (55) 5377 4700. <https://ciss-bienestar.org/>

Se permite la reproducción parcial o total de este documento siempre y cuando se cite debidamente la fuente.

Septiembre de 2022.

