

NIÑAS Y MUJERES SIN JUSTICIA

DERECHOS REPRODUCTIVOS EN MÉXICO

EQUIPO DE TRABAJO

DIRECCIÓN
REGINA TAMÉS

COORDINACIÓN
Y TEXTO
REBECA RAMOS
ISABEL FULDA

INVESTIGACIÓN
ALMA BELTRÁN Y PUGA
REBECA RAMOS
MARISOL ESCUDERO
ISABEL FULDA
ALEJANDRO GALLAND
VALENTINA GÓMEZ
KAREN LUNA
JIMENA SORIA
MARTÍN VERA

DOCUMENTACIÓN
Y LITIGIO DE CASOS
ALEX ALÍ MÉNDEZ
ALMA BELTRÁN Y PUGA
JACQUELINE ÁLVAREZ
OFELIA BASTIDA
LILIA ÍÑIGUEZ
SILVIA GARCÍA

ODRACIR ESPINOZA
JULIETA HERNÁNDEZ
SAÚL HERNÁNDEZ
YOLANDA MOLINA
AMELIA OJEDA
GABRIELA ROJO
de la Red de Abogadas
y Abogados por la Defensa
de la Reproducción
Elegida (RADAR 4º).

REGISTRO DE CASOS
ANA ÁVILA
DUNIA CAMPOS
OMAR FELICIANO
GEORGINA MONTALVO
MARIANA ROCA
BRENDA RODRÍGUEZ

CUIDADO EDITORIAL
MARIANA ROCA

DISEÑO
ELENA ROJAS

DISEÑO EDITORIAL
MARÍA CALDERÓN
MARÍA CARRAL

GRÁFICOS
DATA 4
MARÍA CARRAL

DISEÑO WEB
DATA 4

FOTOGRAFÍAS
ENRIQUE BOTELLO
FUNGIFILMS
VANNESA GARCÍA BLANCA
GRACE NAVARRO
HÉCTOR OSNAYA
TITO REYNOSO
MARCEL RIUS

IMAGEN DE PORTADA
SHUTTERSTOCK

DESARROLLO
INSTITUCIONAL
JENNIFER PAINE
JULIETA HERRERA
ANTONINA WEBER

ADMINISTRACIÓN
Y CONTABILIDAD
MARISOL GARCÍA
ROSA MARÍA ROSAS
ELBA ARAGÓN
ANTONIO BACA
ALFREDO CANCINO
MARGARITA GONZÁLEZ
SUSANA IBARREN
MARIO MACÍAS
MICAELA MACÍAS
KAREN MEDINA

Niñas y mujeres sin justicia.

Derechos reproductivos en México

© 2015 Grupo de Información

en Reproducción Elegida, A.C.

Coyoacán, C.P. 04100, México, D.F.

Teléfonos: 5658.6684 y 45

correo@giremx.org.mx

gire.org.mx / informe2015.gire.org.mx

f: GrupodelInformacionenReproduccionElegida

t: @GIRE_mx

AGRADECIMIENTOS

REVISIÓN DE CAPÍTULOS

LOURDES MOTTA

*Anticoncepción
y Reproducción asistida*

ROBERTO CASTRO

Violencia obstétrica

RAFFAELA SCHIAVON

Muerte materna

KARLA BERDICHEVSKY

Muerte materna

APOYO EN EL REGISTRO Y DOCUMENTACIÓN DE CASOS

AZALEA MARRUFO

PATROCINIA CARREÓN

ALIANZA NACIONAL

POR EL DERECHO A DECIDIR

(ANDAR)

RED POR LOS DERECHOS

SEXUALES

Y REPRODUCTIVOS

EN MÉXICO (ODESER)

RED DE ABOGADAS

Y ABOGADOS

POR LA DEFENSA

DE LA REPRODUCCIÓN

ELEGIDA (RADAR 4°).

CONSEJO DIRECTIVO DE GIRE

LUCERO GONZÁLEZ

MARTA LAMAS

MARÍA CONSUELO MEJÍA

PATRICIA MERCADO

SARA SEFCHOVICH

CONSEJO ASESOR DE GIRE

GERARDO BARROSO

LUISA CABAL

ROY CAMPOS

GENARO LOZANO

FRANCISCA POU

KARLA IBERIA SÁNCHEZ

MARÍA LUISA SÁNCHEZ FUENTES

CECILIA SUÁREZ

ROBERTO TAPIA

RODOLFO VÁZQUEZ

JOSÉ WOLDENBERG

El trabajo de GIRE, incluyendo este informe y las actividades relacionadas, cuenta con el apoyo de varios donantes individuales y de fundaciones, entre ellos: dos anónimos, la Fundación Banorte; la Fundación Erik E. and Edith H. Bergstrom; la Embajada del Reino de los Países Bajos en México; la Fundación Ford, Oficina para México y Centroamérica; la Fundación Angélica Fuentes; la Fundación William and Flora Hewlett; la Fundación W.K. Kellogg, la Fundación John D. and Catherine T. MacArthur; la Fundación Stewart R. Mott, y la Sigrid Rausing Trust.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

I. ANTICONCEPCIÓN

I. ANTICONCEPCIÓN FORZADA	17
---------------------------	----

I.1 ROSA MARÍA	17
----------------	----

DEFENSA DE GIRE EN EL CASO DE ROSA MARÍA

- A. Queja ante la Comisión Nacional de los Derechos Humanos
- B. Derechos violados

I.2 ANTICONCEPCIÓN FORZADA EN MÉXICO	22
--------------------------------------	----

2. ESTERILIZACIÓN FORZADA	27
---------------------------	----

2.1 MARCO NORMATIVO	29
---------------------	----

2.2 ACCESO A LA JUSTICIA	31
--------------------------	----

3. ACCESO A ANTICONCEPTIVOS	31
-----------------------------	----

3.1 PANORAMA EN MÉXICO	33
------------------------	----

- A. Cifras generales
- B. Adolescentes
- C. Personas indígenas

3.2 MARCO NORMATIVO	44
---------------------	----

3.3. POLÍTICAS PÚBLICAS	47
-------------------------	----

3.4 ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA	47
----------------------------------	----

4. CONCLUSIONES	48
-----------------	----

5. RECOMENDACIONES	49
--------------------	----

2. ABORTO LEGAL Y SEGURO

I. AMPLIACIÓN DE CAUSALES DE ABORTO	53
-------------------------------------	----

I.1 CAUSAL SALUD	53
------------------	----

DIANA

DEFENSA DE GIRE EN EL CASO DE DIANA

- A. Amparo
- B. Derechos violados

I.1.1 MARCO NORMATIVO	57
-----------------------	----

I.1.2 EXPERIENCIAS COMPARADAS	59
-------------------------------	----

I.2 OTRAS CAUSALES	61
--------------------	----

RECIENTE AMPLIACIÓN DE CAUSALES EN EL PAÍS

2. ACCESO A CAUSALES DE ABORTO LEGAL	66
2.1 CAUSAL VIOLACIÓN	66
ROSA	
DEFENSA DE GIRE EN EL CASO DE ROSA	
A. Amparo	
B. Derechos violados	
2.1.1 MARCO NORMATIVO Y POLÍTICAS PÚBLICAS	76
A. Ley General de Víctimas	
B. Requisitos de acceso	
C. Cifras de acceso	
D. Experiencias comparadas	
2.2 ACCESO A OTRAS CAUSALES	82
2.3 CASOS REGISTRADOS, DOCUMENTADOS Y LITIGADOS POR GIRE	82
3. DESPENALIZACIÓN DEL ABORTO	85
3.1 INICIATIVAS PARA DESPENALIZAR EL ABORTO	85
3.2 ILE EN EL DISTRITO FEDERAL	86
4. CRIMINALIZACIÓN	90
4.1 HILDA	90
DEFENSA DE GIRE EN EL CASO DE HILDA	
A. Apelación	
B. Derechos violados	
C. Fallo del Supremo Tribunal de Justicia de San Luis Potosí	
D. Recomendación de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de San Luis Potosí	
4.2 MARCO NORMATIVO	94
A. Constituciones locales que protegen la vida desde la concepción	
B. Sanciones	
4.3 CRIMINALIZACIÓN	102
A. Por el delito de aborto	
B. Por el delito de homicidio en razón de parentesco e infanticidio	
C. Casos registrados, documentados y litigados por GIRE	
5. CONCLUSIONES	113
6. RECOMENDACIONES	114

3. VIOLENCIA OBSTÉTRICA

I. NEGACIÓN DE ACCESO Y MALA ATENCIÓN DEL PARTO **119**

IRMA

LILIANA

DEFENSA DE GIRE EN LOS CASOS DE IRMA Y LILIANA

- A. Queja ante la Comisión Nacional de los Derechos Humanos
- B. Derechos violados

2. MARCO NORMATIVO **134**

- A. Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia
- B. Leyes locales de acceso a una vida libre de violencia
- C. Ley General de Salud
- D. Códigos penales

3. POLÍTICAS PÚBLICAS **140**

- A. NOM 007
- B. Programa de Acción Específico de Salud Materna y Perinatal

4. ACCESO A LA JUSTICIA **144**

- A. Comisiones de derechos humanos
- B. Casos registrados, documentados y litigados por GIRE

5. CONCLUSIONES **152**

6. RECOMENDACIONES **153**

4. MUERTE MATERNA

I. SUSANA **157**

DEFENSA DE GIRE EN EL CASO DE SUSANA

- A. Queja ante la Comisión Nacional de los Derechos Humanos
- B. Derechos violados
- C. Garantías de no repetición
- D. Reparación integral por violaciones a derechos humanos

2. MUERTE MATERNA EN MÉXICO **170**

- A. Cifras generales
- B. Perfil de las mujeres que mueren
- C. Causas de muerte materna

3. MARCO NORMATIVO Y POLÍTICAS PÚBLICAS	178
A. Ley General de Salud	
B. NOM 007	
C. Programa de Acción Específico de Salud Materna y Perinatal	
4. ACCESO A LA JUSTICIA	190
A. Quejas administrativas	
B. Comisiones de arbitraje médico	
C. Juicios penales	
D. Comisiones de derechos humanos	
E. Casos registrados y litigados por GIRE	
5. CONCLUSIONES	202
6. RECOMENDACIONES	203
<hr/>	
5. REPRODUCCIÓN ASISTIDA	
I. ACCESO A TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA	209
I.1 CECILIA	209
DEFENSA EN EL CASO DE CECILIA	
A. Amparo	
B. Derechos violados	
I.2 HOSPITALES QUE PRACTICAN TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA	218
I.3 PANORAMA EN EL MUNDO	222
I.4 FALTA DE REGULACIÓN EN MÉXICO	226
2. GESTACIÓN SUBROGADA	232
2.1 PANORAMA EN EL MUNDO	232
2.2 REGULACIÓN EN MÉXICO	233
A. Tabasco	
B. Sinaloa	
3. CONCLUSIONES	241
4. RECOMENDACIONES	242

6. VIDA LABORAL Y REPRODUCTIVA

I. GABRIELA, ANTONIO Y SU HIJO 247

DEFENSA DE GIRE EN EL CASO DE GABRIELA, ANTONIO Y SU HIJO

- A. Amparo
- B. Derechos violados

2. MARCO NORMATIVO Y POLÍTICAS PÚBLICAS 259

- A. Protección laboral de las mujeres embarazadas
- B. Estancias infantiles
- C. Licencias de maternidad y de paternidad
- D. Lactancia

3. ACCESO A LA JUSTICIA 278

- A. Juntas de conciliación y arbitraje
- B. Comisiones de derechos humanos
- C. Consejos para prevenir la discriminación

4. CONCLUSIONES 284

5. RECOMENDACIONES 285

ANEXO

SOLICITUDES DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA REALIZADAS POR GIRE 288

INTRODUCCIÓN

Los derechos reproductivos son derechos humanos. En México, se fundamentan en el artículo 4º constitucional, así como en las normas contenidas en los tratados internacionales ratificados por México y que, de acuerdo con el artículo 1º constitucional, hacen parte integral de la Constitución. Los derechos humanos limitan el poder del Estado frente a las personas, pero también lo obligan a elaborar e implementar políticas públicas, interpretar y aplicar normas jurídicas y elaborar leyes y reglamentos de acuerdo con estos principios.

La obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos supone el deber de asegurar que las personas puedan tomar decisiones libres con respecto a su reproducción. En la práctica, sin embargo, las mujeres en México enfrentan graves obstáculos para ejercer sus derechos reproductivos: se les imponen métodos anticonceptivos, son criminalizadas por interrumpir embarazos no deseados, son maltratadas en los servicios de salud obstétrica, mueren en el embarazo, parto y puerperio, son discriminadas al buscar acceder a técnicas de reproducción asistida y se enfrentan con barreras graves para hacer compatible su vida laboral y reproductiva.

El Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) es una asociación civil sin fines de lucro fundada en 1992 que desde sus inicios recopila, sistematiza y difunde información sobre derechos reproductivos. Durante este tiempo, GIRE ha observado con preocupación los obstáculos normativos y de implementación que existen en México para que las mujeres ejerzan sus derechos reproductivos. Estos obstáculos son particularmente graves en ciertas entidades federativas y para ciertas poblaciones, como las niñas y las mujeres indígenas. Con esto en mente, en 2008 se creó la Red Nacional de Abogadas y Abogados por la Defensa de la Reproducción Elegida (RADAR 4º), impulsada por GIRE, con la finalidad de revertir las barreras existentes e incidir en la protección de los derechos de las mujeres en todo el país.

Ante la ausencia de información actualizada, sistematizada y completa sobre derechos reproductivos en México, en 2013, GIRE y RADAR 4º publicaron el informe *Omisión e indiferencia* con la finalidad de mostrar una radiografía de la situación de los derechos reproductivos en México, así como coadyuvar en el diseño, elaboración y evaluación de cambios normativos y de políticas públicas que signifiquen una mayor protección de estos derechos. Con la publicación de este informe, por primera vez se mostró en un solo documento un análisis detallado de los avances, pendientes y retrocesos en la materia. *Omisión e indiferencia* ha servido como una herramienta de incidencia política y jurídica esencial para el trabajo que realizan GIRE y RADAR 4º, así como en un referente obligado de información sobre derechos reproductivos en México para tomadores de decisión, académicos, activistas y medios de comunicación.

En *Niñas y mujeres sin justicia. Derechos reproductivos en México* se pretende dar continuidad a la información presentada en *Omisión e indiferencia* mediante la actualización de cifras, estadísticas y casos registrados, documentados y litigados por GIRE e integrantes de RADAR 4º hasta mayo de 2015. El presente informe ofrece un enfoque más especializado de los seis temas que GIRE ha definido como prioritarios para su trabajo: anticoncepción, aborto legal y seguro, violencia obstétrica, muerte materna, reproducción asistida, y vida laboral y reproductiva. La realidad sobre la situación

de dichos temas se cuenta a partir de las historias de las niñas, mujeres y familias que GIRE ha representado y acompañado en la difícil búsqueda por el acceso a la justicia en México, y a quienes agradecemos la confianza depositada en nuestra labor. Son estos casos los que impulsan el trabajo diario y el compromiso de GIRE por los derechos reproductivos de las niñas y mujeres en el país.

Niñas y mujeres sin justicia busca contribuir a un cambio. Por ello, incluye recomendaciones para las distintas autoridades que, de ser atendidas, acercarían a México al cumplimiento de sus obligaciones en materia de derechos humanos, en particular con relación a la capacidad de las niñas y mujeres para tomar decisiones con respecto a su reproducción.

METODOLOGÍA

Para la elaboración de este informe se contó con fuentes documentales: instrumentos y resoluciones internacionales, leyes y normas administrativas federales y locales, casos documentados por GIRE, datos estadísticos e información pública obtenida a través de solicitudes de acceso a la información. Dicha documentación se sistematizó y analizó mediante cuadros, gráficas e infografías de normativa y datos específicos, correspondientes a cada uno de los seis capítulos del informe.

Una parte importante de la investigación aquí presentada se obtuvo por medio de solicitudes de acceso a la información pública dirigidas a las instituciones encargadas de implementar la normativa en materia de derechos reproductivos. Así, en un periodo de un año y medio, GIRE presentó casi dos mil solicitudes de acceso a la información dirigidas a autoridades de las dependencias federales y locales, por medio de las diversas plataformas informáticas o portales en línea creados para la consulta pública de información gubernamental.

El periodo de tiempo cubierto por dichas solicitudes abarca de agosto de 2012—fecha en que cierra *Omisión e indiferencia*— hasta diciembre de 2013. La recepción y sistematización de respuestas se llevaron a cabo hasta mayo de 2015. La información relativa a las cifras y estadísticas públicas, así como los casos que GIRE representa y acompaña, están actualizados hasta ese mismo mes.

BARRERAS EN EL ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA

Durante el proceso de envío, recepción y sistematización de solicitudes de acceso a la información pública, GIRE identificó un número importante de barreras para garantizar el acceso a la información, entre las que destacan la mala calidad de las respuestas entregadas y el escaso registro documental de los temas solicitados. A mayo de 2015, fecha de cierre del presente informe, un número importante de solicitudes no habían sido respondidas, entre las que destacan los casos de Tamaulipas, Colima, Guerrero, Yucatán y Puebla como las entidades con un mayor número de solicitudes sin responder.

No todas las entidades cuentan con la misma plataforma para realizar y dar seguimiento a las solicitudes, lo que dificulta el proceso de envío y recepción e impone una carga adicional a las personas para utilizar un sistema que no es homogéneo y que, en ocasiones, simplemente no funciona. En este sentido, destaca el caso de las comisiones de derechos humanos de Baja California, Baja California Sur, Campeche, Colima, Durango, Guerrero, Tabasco y Tamaulipas que no cuentan con el sistema INFOMEX para el envío de solicitudes y requieren que éstas se realicen por medio de correo electrónico.

SOLICITUDES PENDIENTES

ANTICONCEPCIÓN	ABORTO LEGAL Y SEGURO	VIOLENCIA OBSTÉTRICA	MUERTE MATERNA	VIDA LABORAL Y REPRODUCTIVA
Guerrero	Baja California Sur	Baja California	Guerrero	Baja California Sur
Yucatán	Colima	Baja California Sur	Jalisco	Colima
Tamaulipas	Guerrero	Campeche	Morelos	Puebla
	Nayarit	Colima	Puebla	Tabasco
	Quintana Roo	Guerrero	Sonora	Tamaulipas
	Michoacán	San Luis Potosí	Tlaxcala	Yucatán
	Yucatán	Jalisco	Tamaulipas	
	Puebla	Yucatán		
	Tabasco	Tamaulipas		
	Tamaulipas			

Cuando las solicitudes eran respondidas, las respuestas proporcionadas con frecuencia no atendían de manera completa a las preguntas formuladas o eran contradictorias y confusas. En ciertos casos, GIRE interpuso recursos de revisión frente a dichas respuestas, llevando a un total de 56 recursos interpuestos durante este periodo. Sin embargo, este mecanismo—diseñado para ser un medio de respuesta ante barreras en el acceso a la información— presenta a su vez obstáculos graves: el sistema no siempre proporciona información sobre cómo tramitar un recurso ni a quién debe dirigirse y, cuando es posible realizarlo, la tramitación del mismo tarda varios meses.

A pesar de que las respuestas a dichos recursos fueron escasas y poco efectivas, en el caso de un recurso interpuesto en contra de la Secretaría de Salud del estado de Guerrero, el Instituto de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Guerrero emitió una resolución en la que impuso una sanción económica a la autoridad, resaltando la violación cometida por dicha secretaría al no proporcionar información completa a la solicitud recibida.

ACCESO A LA INFORMACIÓN CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

La garantía del derecho a la información requiere que las autoridades de todos los niveles de gobierno cuenten con información pública y que ésta sea accesible para todas las personas. Dicho acceso representa un mecanismo fundamental para la rendición de cuentas.

Garantizar el acceso a la información con perspectiva de género supone asegurar la disponibilidad de información desagregada por sexo, además de que la información relativa a condiciones que sólo viven las mujeres —como el embarazo— se registre y sistematice por las diferentes autoridades encargadas del tema. En términos de derechos reproductivos, la existencia y accesibilidad de dicha información resulta esencial para conocer el nivel de cumplimiento del Estado mexicano de sus obligaciones constitucionales, los pendientes más urgentes y los posibles caminos para lograr un cambio en la vida de las niñas y mujeres en México.

1

ANTICONCEPCIÓN



ROSA MARÍA.

I. ANTICONCEPCIÓN FORZADA

1.1 Rosa María

(Distrito Federal)

Rosa María es cajera de un supermercado en el Distrito Federal, tiene 22 años y vive con su esposo en casa de su suegra. En el transcurso de su primer embarazo acudió regularmente a sus consultas prenatales programadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), de donde es derechohabiente.

Durante una de estas consultas, en agosto de 2014, el médico que la atendió le pidió que acudiera al área de planificación familiar para recibir información sobre métodos anticonceptivos. Ahí fue atendida por una trabajadora social que le preguntó qué método quería después del parto, sin darle opciones. Rosa María le respondió que no quería ninguno, que no lo había platicado con su pareja y que quería saber con cuál se sentiría mejor. En respuesta, la trabajadora social comenzó a regañarla, le dijo que no era posible que “siendo tan jóvenes sean tan inconscientes” y le preguntó sarcásticamente que si se quería “llenar de hijos” a esa edad. A manera de presión, le quitó su carnet del seguro y le dijo que debía decidir un método en ese momento y firmar una hoja de consentimiento informado. Nunca le proporcionó información sobre los diferentes métodos anticonceptivos disponibles. Rosa María firmó la hoja “aceptando” la colocación de un dispositivo intrauterino (DIU), porque se sintió presionada en ese momento y porque la trabajadora social le aseguró que podía cambiar de opinión al momento del parto.

El 16 diciembre de 2014 acudió al Hospital de Gineco Obstetricia Número 4 “Luis Castelazo Ayala” (perteneciente al IMSS) con contracciones. El personal del hospital confirmó que estaba iniciando el trabajo de parto y le pidió que regresara al día siguiente. Dos días más tarde, finalmente se le rompió la fuente y fue trasladada a la sala de expulsión del hospital.

Ahí, le dijeron que tenía cinco minutos para elegir un método anticonceptivo, que “ya hay muchos niños” y que no podría salir del hospital sin un método. La única “opción” que le ofrecieron fue un DIU. Ella no quería ponerse un DIU, pero en este contexto de presión se vio forzada a firmar un formato donde aceptaba el procedimiento.

Cabe mencionar que Rosa María había presentado infecciones recurrentes antes y durante el embarazo, situación que debió de ser tomada en cuenta y que, de haberse analizado, habría llevado a concluir que no resultaba médicamente aconsejable la colocación del DIU.

Ella recuerda que, el día de su parto, el personal de salud —en su mayoría residentes— se mostraba distraído con sus teléfonos celulares al momento de atenderla. Mientras esperaba a que evolucionara su parto, le realizaron diversos tactos vaginales, sin explicar por qué eran necesarios. Dio a luz a su hijo el 18 de diciembre y fue dada de alta dos días después.

Una semana más tarde tuvo que regresar al hospital porque comenzó a tener complicaciones derivadas de la episiotomía que le realizaron durante el parto. Por ello, tuvo que someterse a un segundo procedimiento de sutura. Después, Rosa María sentía mucho dolor y así lo expresó, pero fue dada de alta a pesar de las indicaciones del médico titular, quien decía que la iba a dar de alta hasta el lunes para mantenerla en observación. No recibió ningún analgésico al salir.

Pasó el tiempo y Rosa María sentía dolor y no se recuperaba. Al acudir a consulta el 14 de enero de 2015, su médico familiar le informó que sus molestias se debían a que la habían suturado mal y que el hilo utilizado estaba caduco. Además, le dijo que el DIU que la habían forzado a aceptar estaba mal colocado y le estaba provocando una infección.

Derivado de lo anterior, Rosa María fue hospitalizada por tercera ocasión del 14 al 26 de enero. En este tiempo, le retiraron el DIU. Pero su licencia de maternidad vencía el 29 de enero, por lo que tuvo que regresar a trabajar casi inmediatamente después de salir del hospital. La mala cirugía que le practicaron la obligó a tomar antibióticos que no le permitieron dar leche materna a su bebé. A pesar de que el IMSS le ha proporcionado fórmula láctea, ésta no es suficiente para alimentar a su hijo, a quien por meses no pudo cargar debido a los dolores en la espalda y en las piernas.

El caso de Rosa María es ilustrativo del conjunto de violaciones a derechos humanos que enfrentan las mujeres en México en relación con su reproducción. Si bien cada uno de los elementos de esta cadena de violaciones merece ser analizado de forma particular, en especial la violencia obstétrica de la que fue víctima, el presente capítulo se concentrará en el primer eslabón de la misma: la imposición de un método anticonceptivo.



Hospital de Gineco Obstetricia Núm. 4, Distrito Federal.

DEFENSA DE GIRE EN EL CASO DE ROSA MARÍA

A. QUEJA ANTE LA COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS

En el caso de Rosa María existió una clara negligencia por parte del personal de salud que la atendió, así como violaciones a sus derechos humanos. Las comisiones locales y nacional de derechos humanos no son instancias judiciales, por lo que el resultado de sus investigaciones concluye con la emisión de recomendaciones que no son de cumplimiento obligatorio y dependen, en última instancia, de la voluntad política de la institución pública correspondiente. Sin embargo, pueden ofrecer una vía de acceso a la justicia que permita la reparación integral a las víctimas de violaciones a derechos humanos, así como la implementación de garantías de no repetición que favorezcan cambios estructurales en las instituciones públicas.

Rosa María fue víctima de anticoncepción forzada, lo que representa una violación a sus derechos humanos, entre otros, a la información y a la vida privada. GIRE ofreció un acompañamiento a Rosa María en el que se documentó su caso y se le ofreció una revisión médica para ella y para su hijo, así como asistencia jurídica. Ella busca acceder a la justicia. En este sentido, está contemplando la presentación de una queja ante la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH).

B. DERECHOS VIOLADOS

DERECHO A LA INFORMACIÓN

El derecho a la información se encuentra protegido en el artículo 6 de la Constitución —recientemente reformado— según el cual “Toda persona tiene derecho al libre acceso a información plural y oportuna, así como a buscar, recibir y difundir información e ideas de toda índole por cualquier medio de expresión”, además de tratados internacionales de los que México es parte como el artículo 19 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el artículo 13 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos los cuales, con base en el artículo 1º constitucional, hacen parte del ordenamiento constitucional.

Para que este derecho se cumpla en relación con los métodos anticonceptivos, las personas deben de tener acceso a información veraz, objetiva, imparcial y libre de prejuicios acerca de las opciones anticonceptivas que tienen. Además, dicha información debe ser proporcionada en un lenguaje adecuado y comprensible, así como en un ambiente libre de presiones y coerción.

CASO A. S. VS. HUNGRÍA¹

A. S., mujer romaní de nacionalidad húngara y madre de tres hijos, se enteró de que estaba embarazada cuando se sometió a un procedimiento médico. El 2 de enero de 2001 acudió al hospital con contracciones y una hemorragia abundante. En el hospital, el médico que la atendió constató que el feto había muerto en el útero y le dijo que había que realizar una cesárea inmediatamente. Mientras A. S. estaba en la mesa de operaciones, se le pidió que firmara un formulario de consentimiento para la cesárea, junto con una nota poco legible que había sido escrita a mano por el médico y añadida al pie del formulario.

Antes de irse del hospital, A. S. pidió al médico que le informara sobre su estado de salud y sobre cuándo podría intentar tener otro bebé. En ese momento se enteró del significado de la palabra “esterilización”, para la cual supuestamente había otorgado su consentimiento mediante la firma del documento. A.S. nunca hubiera aceptado la esterilización si hubiera entendido de qué se trataba.

El caso fue sometido al Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Comité CEDAW) en 2004 por el Centro Europeo de Derechos de los Romaníes y la Oficina de Defensa Jurídica de las Minorías Nacionales y Étnicas, en representación de A. S. El Comité CEDAW emitió su opinión sobre el caso en agosto de 2006, cuando determinó que el Estado húngaro había violado los derechos humanos de A.S. a la salud y a la libertad. El Comité consideró que A.S. tenía un derecho, tutelado en el artículo 10 de la Convención sobre la Eliminación de toda forma de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), a recibir información específica sobre la esterilización y otros procedimientos alternativos de planificación familiar a fin de evitar que se realizara una intervención de este tipo sin que ella hubiera tomado una decisión con pleno conocimiento de causa. Además, observó que, dado su precario estado de salud, se encontraba en condiciones estresantes y totalmente inapropiadas para emitir un consentimiento informado, lo que representa una violación al artículo 12 de la CEDAW.

Por lo tanto, el Comité llamó al Estado húngaro a tomar nuevas medidas para asegurarse de que todo el personal competente de los centros sanitarios públicos y privados conozca y aplique tanto la CEDAW como sus recomendaciones generales relativas a los derechos y la salud reproductiva de las mujeres, así como revisar la legislación nacional relativa al consentimiento informado en los casos de esterilización para asegurarse de su conformidad con los derechos humanos y normas médicas internacionales, como las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Desde entonces, *A.S. vs. Hungría* se ha convertido en un antecedente esencial para la interpretación del concepto de consentimiento informado en contextos reproductivos.

El acceso a la información en materia de anticoncepción supone que ésta se provea de una manera que permita ejercer el consentimiento informado. Sobre ello, el caso *A.S. vs. Hungría*, resuelto por el Comité CEDAW, ha contribuido a dar contenido a los elementos que deben estar presentes al solicitar el consentimiento de una mujer para la adopción de métodos permanentes (como la salpingoclasia) y métodos anticonceptivos reversibles de larga duración, como el DIU.

Así, el concepto de consentimiento informado ha evolucionado para incorporar la comprensión sustantiva del procedimiento ofrecido y no sólo la aceptación formal del mismo. **Los proveedores de servicios tienen la responsabilidad de proporcionar información clara y precisa, utilizando lenguaje y métodos comprensibles para la persona usuaria, y facilitar un proceso de decisión**

1. Naciones Unidas, Comité CEDAW, (Caso *A.S. vs. Hungría*) Opinión: Comunicación No. 4/2004, [CEDAW/C/36/DJ/4/2004], 36º periodo de sesiones (2006). Disponible en <<http://bit.ly/1e18baa>> [consulta: 8 de julio de 2015].

completo, libre e informado. La información proporcionada debe enfatizar las ventajas y desventajas de cada método, los beneficios a la salud, así como los riesgos y potenciales efectos secundarios; todo ello, con el propósito de permitir la comparación entre diferentes métodos. Censurar, retener o distorsionar intencionalmente la información es una violación al derecho humano al acceso a la información.²

De acuerdo con la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), el consentimiento informado es un proceso de comunicación entre un proveedor de salud y un usuario, que no se agota con la firma de un documento. Para que un consentimiento se considere informado, se debe otorgar de manera libre y voluntaria, después de que la persona usuaria reciba información acerca de los riesgos y beneficios del procedimiento, que esté consciente de que existen otras alternativas que pueden ser igualmente efectivas y sin que esté sujeta a ningún tipo de discriminación, amenazas, ni presiones.³

En este sentido, los proveedores de salud deben asegurarse de que ninguna mujer sea coaccionada o presionada para aceptar un procedimiento de este tipo y que la decisión no se tome en un momento apresurado o de crisis, como puede ser un proceso de parto. En el caso de Rosa María, la firma de consentimiento informado que realizó al momento de su parto se efectuó sin información adecuada acerca del método ofrecido, sin una posibilidad de elegir otro, sin considerar su estado de salud y los riesgos vinculados al uso del DIU en una mujer que ha presentado infecciones y, más importante aún, bajo la amenaza de que no podría salir del hospital si no lo aceptaba. El Estado, a través del Hospital Gineco 4, violó el derecho de acceso a la información de Rosa María.

DERECHO A LA VIDA PRIVADA

El derecho a la vida privada se encuentra reconocido por diversos tratados, como el artículo 11 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y el artículo 17 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. En términos generales, se refiere a la garantía de que no existan injerencias arbitrarias en la vida privada de una persona o de su familia. En el contexto reproductivo, esto implica el derecho de las personas a tomar decisiones sobre su procreación (autonomía reproductiva) —incluyendo el uso o no de métodos anticonceptivos—, derecho protegido, además, de forma explícita en el artículo 4 de la Constitución.

Con base en el artículo 11 de la Convención Americana, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CoIDH) ha sostenido que el ámbito de la privacidad se caracteriza por quedar exento e inmune a las invasiones o agresiones abusivas o arbitrarias por parte de terceros o de la autoridad pública.⁴ De acuerdo con la Corte, el concepto de vida privada comprende entre otros ámbitos protegidos, la vida sexual y las relaciones familiares, por lo que la injerencia del Estado en la capacidad de las personas para elegir el uso de un método anticonceptivo resulta violatorio de este derecho.⁵

2. OMS, *Framework for ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services*, Ginebra, 2014. Disponible en <<http://bit.ly/1QPypcs>> [consulta: 21 de abril de 2015].

3. FIGO, *Recomendaciones sobre temas de ética en obstetricia y ginecología hechas por el Comité Para El Estudio de los Aspectos Éticos de la Reproducción Humana*, Londres, 2012. p. 317.

4. Corte IDH, *Caso Atala Riffo y Niñas vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de febrero de 2012. Serie C. No. 239*, párrafo 164. Disponible en <<http://bit.ly/1fB6mue>> [consulta: 27 de abril de 2015].

5. Corte IDH, *Caso Rosendo Cantú y otra vs. México. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 31 de agosto de 2010 Serie C No. 216*, párrafo 119. Disponible en <<http://bit.ly/1cJdDuB>> [consulta: 27 de abril de 2015]. *Caso Fernández Ortega y otros vs. México. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 30 de agosto de 2010 Serie C No. 215*, párrafo 129. Disponible en <<http://bit.ly/1IVMRv4>> [consulta: 27 de abril de 2015].

El Comité CEDAW, en su Recomendación General 19 sobre violencia contra la mujer, señaló la necesidad de prevenir actos de coerción respecto de la fertilidad y la reproducción de las mujeres.⁶ Uno de estos actos es precisamente la anticoncepción forzada, como en el caso de Rosa María. Así, la imposición de un método de anticoncepción, particularmente en un momento como un proceso de parto o cesárea, es una violación al derecho a la vida privada de las mujeres.

1.2 ANTICONCEPCIÓN FORZADA EN MÉXICO

Debido al riesgo a la vida y la salud de las mujeres que suponen los embarazos sin espaciamiento (embarazos con un tiempo intergenésico corto), la Secretaría de Salud federal ha buscado el incremento en los porcentajes de aceptantes de anticoncepción posterior a un evento obstétrico (APEO) como parte de las estrategias para disminuir la mortalidad materna en México. De acuerdo con datos de la Secretaría de Salud, las aceptantes de APEO en las instituciones públicas de salud pasaron de 928,500 en 2006 a 1.26 millones en 2012, lo que representó un incremento de 36% en dicho periodo.⁷

La siguiente gráfica muestra la información obtenida por medio de solicitudes de acceso a la información pública realizadas por GIRE a las 32 secretarías de salud locales, así como al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), al IMSS y a la Secretaría de Salud federal respecto al porcentaje de aceptantes de anticoncepción posterior a un parto y a un aborto en el periodo que comprende del 1 de agosto de 2012 al 31 de diciembre de 2013. La información muestra una variación importante entre entidades federativas en el porcentaje de aceptantes de APEO. Sin embargo, la escasa información proporcionada —que no incluye variables básicas como edad, tipo de método proporcionado o condición de hablante de idioma indígena— no permite formular diagnósticos acerca de las razones que expliquen esta variación o las barreras que ciertos grupos específicos como las mujeres indígenas y las adolescentes enfrentan en este sentido.

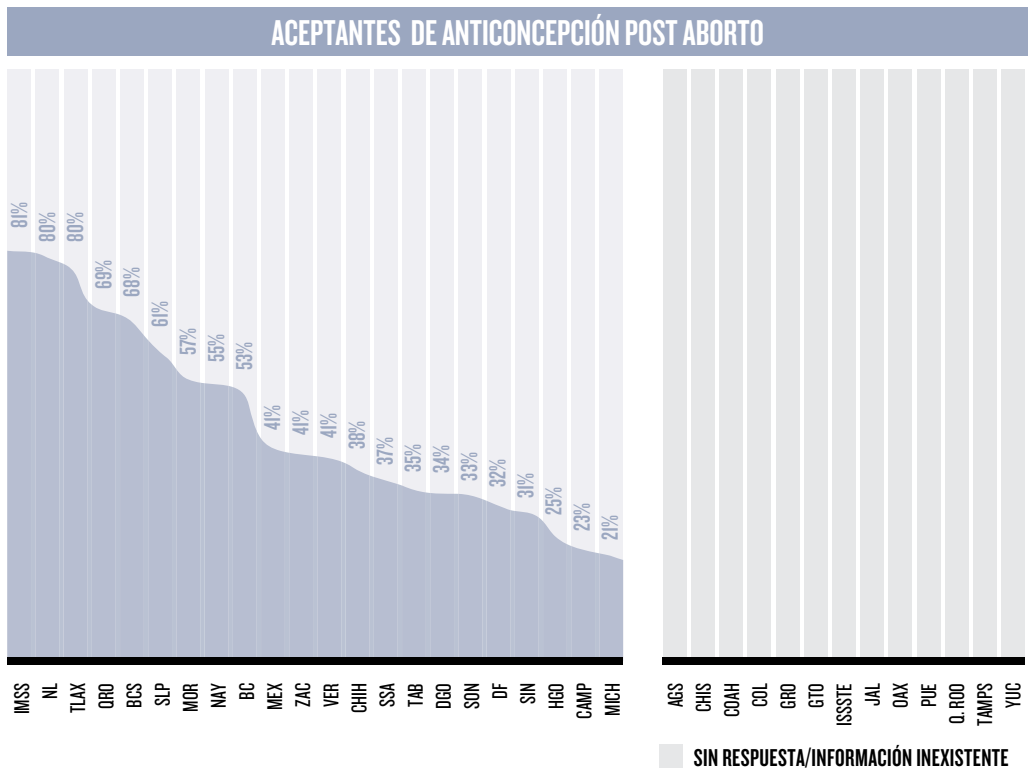
Además, es esencial reconocer que, si bien la provisión de consejería e información acerca de métodos anticonceptivos a lo largo del embarazo puede resultar esencial para contribuir a la disminución de la muerte materna, el simple aumento del porcentaje de aceptación anticonceptiva post evento obstétrico no se debe plantear como un objetivo en sí mismo. Es decir, el establecimiento de una meta absoluta de número de aceptantes de APEO por institución de salud merma la capacidad de las mujeres para tomar las decisiones que consideren más apropiadas tras un evento obstétrico. Esto, aunado al contexto de discriminación y violencia que enfrentan muchas mujeres al acudir a los servicios públicos de salud, favorece la aparición de presiones y amenazas en contextos obstétricos, pudiendo dar pie a la anticoncepción forzada.

6. Naciones Unidas, Comité CEDAW, *Recomendación General 19. La violencia contra la mujer*, 11º periodo de sesiones (1992), párrafo 24. Disponible en <<http://bit.ly/WAF1QA>> [consulta: 5 de marzo de 2015].

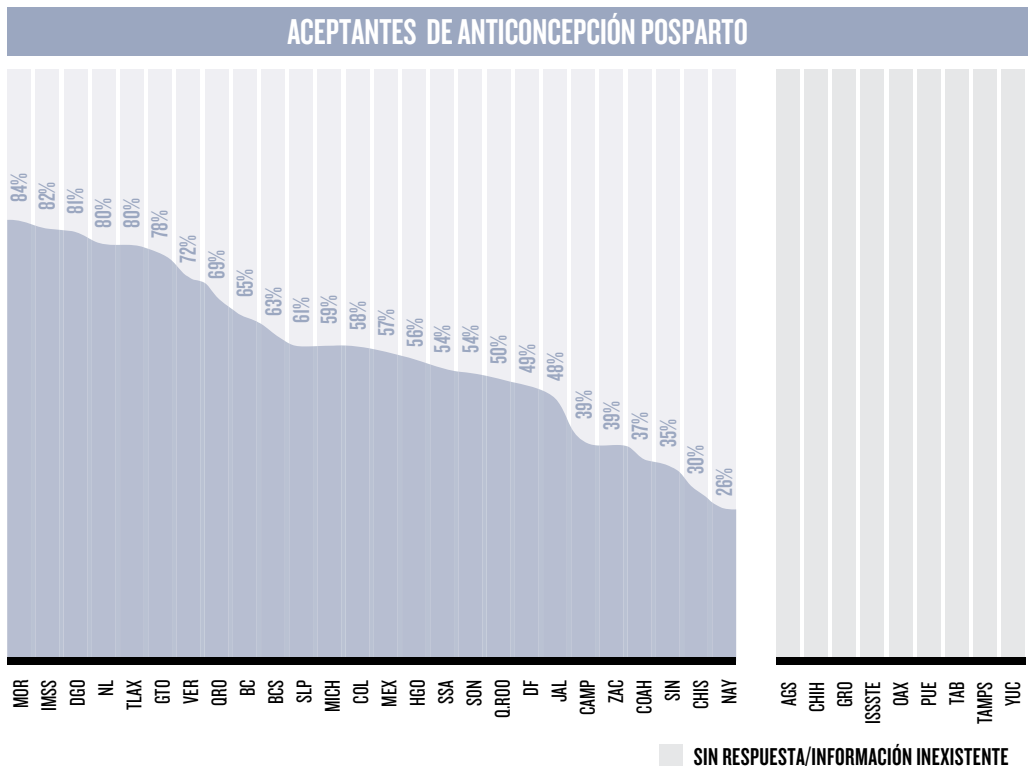
7. Secretaría de Salud, *Programa de Acción Específico: Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018*, México, 2014. Disponible en <<http://bit.ly/1MvDa9U>> [consulta: 29 de abril de 2015].

ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO

AGOSTO 2012-DICIEMBRE 2013



Fuente: Elaboración de GIRE con base en datos obtenidos mediante solicitudes de acceso a la información pública.



CONSENTIMIENTO INFORMADO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO: EL CASO DE NAMIBIA⁸

En noviembre de 2014, la Corte Suprema de Namibia emitió una sentencia sobre el caso de tres mujeres esterilizadas durante procedimientos de cesárea.

En el primer caso, la mujer acudió al hospital con un dolor intenso y, justo antes de que se le practicara una cesárea, le solicitaron firmar un formato de consentimiento para extraerle el útero. Más tarde, la mujer declaró que ella no había entendido el contenido de los documentos firmados y, cuando regresó al hospital para recibir la atención posnatal y solicitar anticonceptivos, le explicaron lo que significaba la esterilización y entendió lo que había sucedido.

En el segundo caso, la mujer —una persona VIH positiva— se sometió a una cesárea en la que, minutos antes de la cirugía, el médico le informó que la “cerrarían” y nunca volvería a tener hijos o hijas. Al revisarse el caso, la mujer testificó que el personal de salud no le había otorgado el tiempo suficiente para leer los formatos de consentimiento, que la habían amenazado con no llevarla a la sala de operaciones si no los firmaba y que nunca le informaron que podía optar por no hacerlo. La tercera mujer testificó que, al acudir al hospital en trabajo de parto por su octavo embarazo, las enfermeras se comunicaron con ella sólo en inglés, idioma que no comprendía, por lo que no entendió las formas de consentimiento que firmó ni las explicaciones del personal de salud sobre el procedimiento que le realizarían.

Después de examinar cada caso y concluir que en ninguno se cumplió con la obligación de obtener un consentimiento informado para la esterilización, la Corte Suprema remitió el caso al Tribunal Superior para que se determinen daños y perjuicios para las peticionarias. En su fallo, la Corte sostuvo que el trabajo de parto no es una situación idónea para que una mujer emita un consentimiento informado para un procedimiento de esterilización; en particular, resaltó el carácter urgente de una cesárea de emergencia frente a una situación que ameritaría una decisión tranquila e informada como lo es una esterilización, dada la naturaleza particularmente invasiva y potencialmente permanente de este procedimiento.

8. Corte Suprema de Namibia, *Case SA 49/2012. In the matter between Government of the Republic of Namibia and LM, NI y NH. 3 de noviembre de 2014*. Disponible en <<http://bit.ly/1epPUDK>> [consulta: 28 de mayo de 2015].

Sin duda, la anticoncepción forzada representa una violación a los derechos humanos. En palabras del entonces Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la salud, Anand Grover, “la libertad en materia de reproducción no debería ser coartada nunca por ninguna persona o por ningún Estado como método de planificación de la familia, de prevención del VIH o en el marco de cualquier otro programa de salud pública”.⁹ Además, es importante tomar en cuenta que la anticoncepción forzada no sólo se efectúa en contextos hospitalarios posteriores a eventos obstétricos, sino que es una realidad también para mujeres en otras situaciones de vulnerabilidad, como la pobreza, la reclusión o la discapacidad.

De acuerdo con una investigación llevada a cabo por la organización Asistencia Legal por los Derechos Humanos (Asilegal) en Centros de Readaptación Social (Ceresos) en los estados de Guanajuato, Guerrero, Puebla y Querétaro, las mujeres privadas de la libertad en México enfrentan situaciones de anticoncepción forzada en las que se condiciona su acceso a visitas conyugales a la aceptación de un método anticonceptivo. De las mujeres entrevistadas, 17% reportaron haberse sometido a métodos anticonceptivos por obligación y no por deseo propio, lo que habla de un problema grave de contracepción forzada en los centros de reclusión.¹⁰

Disability Rights International, por su parte, ha documentado casos de anticoncepción forzada en mujeres con discapacidad en México. De acuerdo con un informe presentado por la organización en conjunto con el Colectivo Chuhcan, más de 40% de las mujeres entrevistadas reportaron que se les han prescrito anticonceptivos sin proporcionarles información acerca de alternativas existentes o de los potenciales efectos secundarios.¹¹ Además, en la mitad de los casos en los que se les prescribió un método anticonceptivo, alguien más tomó la decisión por ellas. Lo anterior muestra una situación generalizada de discriminación y violaciones a derechos humanos en los que las mujeres con discapacidad no son tomadas en cuenta en el proceso de toma de decisiones con respecto a su fertilidad y, por tanto, se convierten en víctimas de anticoncepción forzada. **En su reciente revisión del 4° y 5° Informe de México sobre el cumplimiento de la Convención de los Derechos del Niño, el Comité de los Derechos del Niño expresó su preocupación sobre esta situación y recomendó al Estado mexicano supervisar a las instituciones donde residen niñas con discapacidad para prevenir, investigar y sancionar casos de esterilización y anticoncepción forzada.**¹²

Adicionalmente, un informe elaborado por Balance Promoción para el Desarrollo y la Juventud sobre derechos reproductivos de mujeres viviendo con VIH en Mesoamérica indicó que 22% de las mujeres entrevistadas en México reporta haber sido presionada para esterilizarse.¹³

En el año 2002, la CNDH emitió la Recomendación General 4 donde advirtió acerca de una práctica generalizada de anticoncepción forzada en contra de personas indígenas en México en el marco de programas sociales.¹⁴ Entre estas prácticas, la CNDH identificó que el personal médico de las clínicas rurales de las instituciones de salud pública obligaba a las mujeres que acudían a consulta a utilizar el DIU, bajo la amenaza de que si no aceptaban, podían perder apoyos de programas gubernamentales.

9. Naciones Unidas, Asamblea General, *Derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Nota del Secretario General [A/64/272]*, 64° periodo de sesiones (2009), párrafo 58. Disponible en <<http://bit.ly/1Hjcdqy>> [consulta: 29 de abril de 2015].

10. Gutiérrez Román, José Luis (coord.), *Mujeres privadas de libertad ¿Mujeres sin derechos? Diagnóstico sobre la situación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres privadas de libertad en los estados de Guanajuato, Guerrero, Puebla y Querétaro*, México, ASI Legal, Instituto de Derechos Humanos Ignacio Ellacuría SJ, 2011.

11. Disability Rights International y El Colectivo Chuhcan, *Abuso y negación de derechos sexuales y reproductivos a mujeres con discapacidad psicosocial en México*, México, 2015. Disponible en <<http://bit.ly/17YY9TQ>> [consulta: 27 de marzo de 2015].

12. Naciones Unidas, Comité de los Derechos del Niño, *Concluding observations on the combined fourth and fifth periodic reports of Mexico [CRC/C/MEX/CO/4-5]*, 69° periodo de sesiones (2015), párrafo 46. Disponible en <<http://bit.ly/1L1JnNn>> [consulta: 10 de julio de 2015].

13. Kendall, T., Ávalos, J. y López, E., *Estudio técnico sobre violaciones a los derechos reproductivos de Mesoamérica*, México, Balance: Promoción para el Desarrollo y Juventud, 2013.

14. CNDH, *Recomendación General 4. Derivada de las prácticas administrativas que constituyen violaciones a los derechos humanos de los miembros de las comunidades indígenas respecto de la obtención de consentimiento libre e informado para la adopción de métodos de planificación familiar*, México, 2002. Disponible en <<http://bit.ly/1MOVz25>> [consulta: 18 de abril de 2015].

Asimismo, la CNDH documentó la presión ejercida por parte de personal de las brigadas de salud comunitaria tanto del IMSS, como de la Secretaría de Salud y secretarías de salud locales que dan atención en zonas con población indígena, para la realización de vasectomías, mediante la promesa de recursos económicos o bajo la amenaza de excluirlos de programas asistenciales.

En 2004 la Comisión de Defensa de los Derechos Humanos del Estado de Guerrero (CODDEHUM) emitió la Recomendación 35/2004 dirigida a la Secretaría de Salud del estado de Guerrero por un caso de esterilización forzada.¹⁵ El caso se refiere a un expediente de queja abierto en 1998 con relación a una visita realizada por la Brigada de Salud Número 3 de la Secretaría de Salud del estado a la comunidad El Camalote, en la Costa Chica de Guerrero, para “ofrecer” una vasectomía a los hombres que tuvieran más de cuatro hijos. En su investigación sobre el caso, la CODDEHUM encontró que los procedimientos se habían realizado bajo presión, con la amenaza de que sus esposas podrían perder el apoyo social que recibían si no aceptaban el procedimiento y que, de hacerlo, les construirían una clínica de salud en la comunidad. Además, se constató que los formatos de consentimiento utilizados no se encontraban elaborados en idioma tlapaneca ni se tuvo la presencia de un intérprete que garantizara un verdadero consentimiento informado por parte de las personas a las que se les realizó el procedimiento.

Así, el 16 de agosto de 2004, la CODDEHUM acreditó las violaciones a los derechos sexuales y reproductivos llevadas a cabo por personal de salud en contra de 14 hombres indígenas y emitió una recomendación dirigida a la Secretaría de Salud del estado de Guerrero consistente en iniciar un procedimiento administrativo en contra de los miembros de la brigada médica en cuestión, otorgar una indemnización a las víctimas y, por último, garantizar el cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993 y el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo sobre información de programas de salud a los pueblos indígenas. Esta recomendación, sin embargo, no fue aceptada por la Secretaría de Salud del estado, por lo que se interpuso un recurso de impugnación ante la CNDH que, tres años después, concluyó con la Recomendación 66/2007, en la que la CNDH ratificó el contenido de la recomendación emitida por la CODDEHUM e instruyó al gobernador del estado que girara sus instrucciones a efecto de que se cumpliera en sus términos.¹⁶

El 4 de agosto de 2014, mujeres na savi de la comunidad de Tlapa en la montaña de Guerrero denunciaron ante los medios de comunicación ser obligadas a inyectarse un anticonceptivo a cambio de no ser expulsadas del programa de ayuda social Oportunidades.¹⁷ Más tarde, estas mismas mujeres afirmaron haber sido hostigadas por personal de la unidad de planificación familiar y de la Jurisdicción Sanitaria 4 de la Secretaría de Salud estatal acerca de sus declaraciones anteriores.¹⁸ Sin embargo, aunque en las leyes locales de salud de cinco estados —Aguascalientes, Guanajuato, Morelos, Nayarit y Oaxaca— se sanciona de manera explícita la anticoncepción forzada, no existe información acerca de los mecanismos de acceso a la justicia en estos casos, ni si efectivamente se han aplicado dichas sanciones y se ha reparado de forma integral a las víctimas.

15. Comisión de Defensa de los Derechos Humanos del Estado de Guerrero, *Recomendación 35/2004 dirigida a la Secretaría de Salud del Estado [sobre esterilización forzada]*, México, 2004. Disponible en <<http://bit.ly/1Ohhyj7>> [consulta: 2 de julio de 2015].

16. CNDH, *Recomendación 66/2007. Sobre el recurso de impugnación de los habitantes de la comunidad indígena de el Camalote, municipio de Ayutla de los Libres, Guerrero*, México, 2007. Disponible en <http://bit.ly/1CG4RNJ> [consulta: 27 de mayo de 2015].

17. Ferrer, Sergio, “Obligan a indígenas a inyectarse anticonceptivos para recibir apoyos” en *Quadratin Guerrero*, 5 de agosto de 2014. Disponible en <<http://bit.ly/1S81Viw>> [consulta: 28 de mayo de 2015].

18. Cisneros Silva, Salvador, “Hostigan a las mujeres que denunciaron esterilizaciones forzadas en Metlatónoc” en *La Jornada Guerrero*, 2 de septiembre de 2014. Disponible en <<http://bit.ly/1FVOQ0A>> [consulta: 28 de mayo de 2015].

2. ESTERILIZACIÓN FORZADA

La esterilización forzada viola los derechos humanos a la salud, a la igualdad y a la no discriminación y a la vida privada (autonomía reproductiva); todos ellos reconocidos en la Constitución y en los tratados internacionales de los que México es parte. El Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas ha indicado que esta práctica infringe el artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.¹⁹ En 2013, el Relator Especial de las Naciones Unidas sobre la Tortura concluyó que la esterilización forzada puede constituir una violación a la prohibición absoluta de la tortura. Además, recordó que esta práctica cometida como un acto sistemático o generalizado contra una población civil constituye un delito de lesa humanidad.²⁰

Históricamente, en América Latina se han documentado casos de esterilizaciones forzadas dirigidas de manera particular a mujeres indígenas con el objetivo de controlar el crecimiento poblacional, constituyendo a todas luces actos discriminatorios y violatorios de los derechos humanos. En la esfera internacional, se han presentado casos de esterilización forzada ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), tales como *F.C. vs. Chile*, relativo a la esterilización de mujeres con VIH y *María Mamérta vs. Perú*, sobre la esterilización de una mujer indígena durante el régimen de Alberto Fujimori.

A pesar de estos precedentes, en la actualidad se siguen documentando casos de esterilización forzada, particularmente en ciertas poblaciones como las mujeres indígenas o de escasos recursos, mujeres con alguna discapacidad o mujeres con VIH/SIDA. Esta práctica, además, se realiza en contextos en los que las mujeres no se encuentran en condiciones idóneas para otorgar su consentimiento informado, ya sea porque están en situaciones de presión, urgencias médicas o falta de información acerca de las alternativas existentes. Como ha advertido el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) “el carácter permanente de la esterilización quirúrgica obliga a que se tome un especial cuidado para asegurar que cada mujer realice una elección voluntaria e informada de método”.²¹

19. Naciones Unidas, Comité de Derechos Humanos, *Observación General No. 28, Comentarios generales adoptados por el Comité de los Derechos Humanos, Artículo 3 - La igualdad de derechos entre hombres y mujeres* [U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.7], 68º periodo de sesiones (2000). Disponible en <<http://bit.ly/1Qj4ApN>> [consulta: 29 de abril de 2015].

20. Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos, *Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos y degradantes Juan Méndez* [A/HRC/22/53], 28º periodo de sesiones (2014). Disponible en <<http://bit.ly/1Htfm4D>> [consulta: 29 de abril de 2015].

21. UNFPA, *Sexual and reproductive health of women living with HIV/AIDS: Guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource constrained settings*, Ginebra, 2006, p. 23. Disponible en <<http://bit.ly/1dzoScD>> [consulta: 10 de mayo de 2015].

MARÍA MAMÉRITA VS. PERÚ²²

María Mamérita vs. Perú es el caso de una mujer campesina de 33 años de edad, madre de siete hijos, que fue sometida a una esterilización forzada que ocasionó su muerte.

De acuerdo con la petición presentada ante la CIDH por las organizaciones Estudio para la Defensa de la Mujer (DEMUS), el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos Humanos de la Mujer (CLADEM) y la Asociación Pro Derechos Humanos (APRODEH), las cuales acreditaron posteriormente como copeticionarias al Center for Reproductive Rights (CRR) y al Centro para la Justicia y el Derecho Internacional (CEJIL), María fue objeto de acoso por parte del Centro de Salud del Distrito de La Encañada desde 1996 para acceder a una esterilización. Durante este tiempo, el personal de salud se encargó de amenazar tanto a ella como a su esposo diciéndoles que, si no accedían al procedimiento, serían denunciados ante la policía, fundamentándose en la existencia de una ley que sancionaba a las personas que tuvieran más de cinco hijos.

En este contexto de coerción, María finalmente firmó una forma de consentimiento para una salpingoclasia que se efectuó sin análisis médicos previos. Tras la intervención, fue dada de alta del hospital, a pesar de que presentaba vómito e intensos dolores de cabeza. Durante los días siguientes su salud siguió empeorando. Su esposo notificó al hospital de estos síntomas, pero le dijeron que eran efectos normales relacionados con la anestesia. Unos días después, María falleció en su casa. Un médico del Centro de Salud ofreció dinero a su esposo para dar por concluido el asunto.

En junio de 1999 se presentó el caso ante la CIDH por las violaciones a los derechos a la vida, a la integridad personal y a la igualdad protegidos por la Convención Americana, así como por la violación de diversos artículos de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención Belém do Pará), la CEDAW y el Protocolo Adicional a la Convención Americana en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador). Además, las organizaciones peticionarias buscaron enmarcar el caso de María Mamérita en un contexto generalizado de esterilizaciones forzadas en Perú, como parte de una política gubernamental sistemática y masiva de utilizar la esterilización como método de control poblacional, dirigido de manera particular a mujeres pobres, indígenas y de zonas rurales.

Finalmente, la CIDH promovió un acuerdo de solución amistosa entre las partes, donde el Estado peruano admitió su responsabilidad internacional por los hechos descritos y se comprometió a adoptar medidas de reparación material y moral por el daño sufrido e impulsar una exhaustiva investigación de los hechos, así como a adoptar garantías de no repetición. Los términos de este acuerdo fueron firmados por las partes el 26 de agosto de 2003.

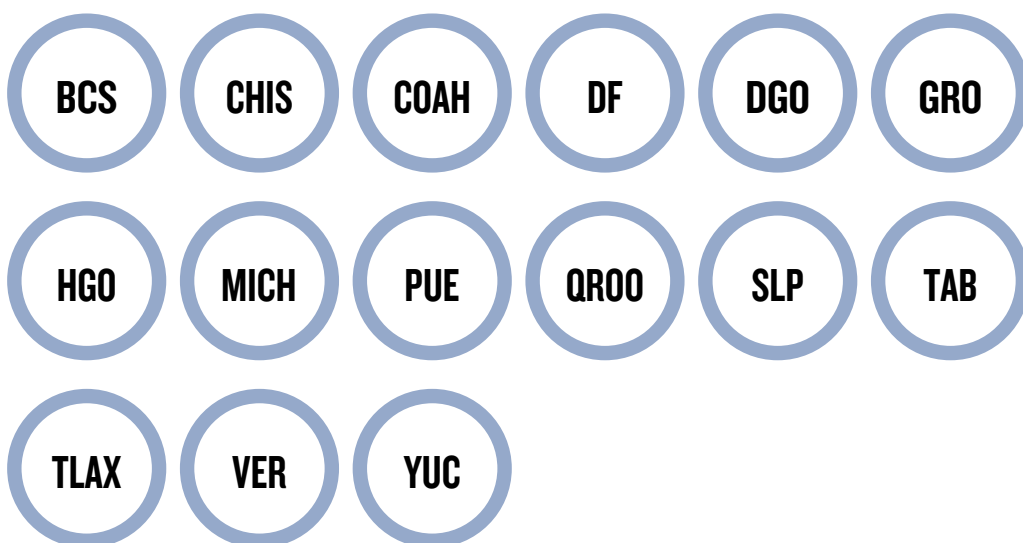
22. CIDH, *Informe No 71/03: Petición 12.191. Solución amistosa María Mamérita Mestanza Chávez vs. Perú, 10 de octubre de 2003*. Disponible en <<http://bit.ly/1L0mqHg>> [consulta: 7 de mayo de 2015].

2.1 MARCO NORMATIVO

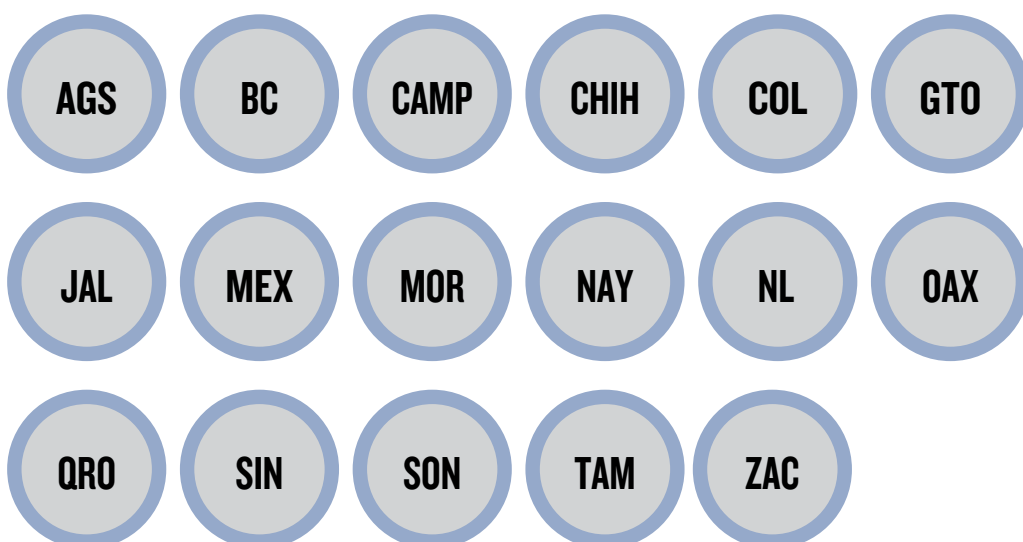
La esterilización forzada se encuentra tipificada como un delito en el Código Penal Federal, así como en los códigos penales de 15 entidades federativas, en términos similares y con penas que varían desde la reparación de los daños y perjuicios, hasta 70 días de multa y entre cuatro y siete años de prisión, además de la suspensión del empleo o profesión temporal o definitiva.

ESTERILIZACIÓN FORZADA EN CÓDIGOS PENALES

CONSIDERA LA ESTERILIZACIÓN FORZADA COMO DELITO



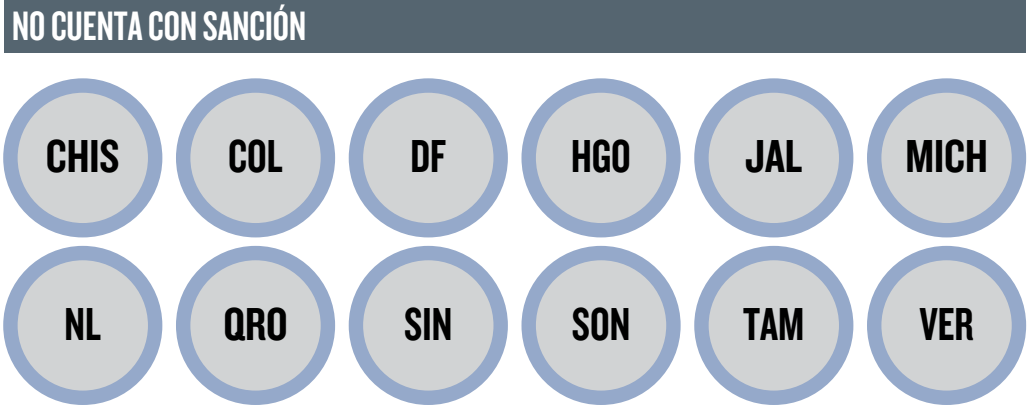
NO CONSIDERA LA ESTERILIZACIÓN FORZADA COMO DELITO



Fuente: GIRE, mayo 2015.

Asimismo, la Ley General de Salud (LGS) establece en su artículo 67 que “Quienes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita serán sancionados conforme a las disposiciones de esta Ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran”. Las sanciones a las que hace referencia la LGS consisten en una multa equivalente de seis mil hasta doce mil veces el salario mínimo. Sólo en las leyes de salud de 19 entidades federativas se incluyen artículos para sancionar la esterilización forzada en los mismos términos que la LGS.

ESTERILIZACIÓN FORZADA EN LEYES DE SALUD



Fuente: GIRE, mayo 2015.

2.2 ACCESO A LA JUSTICIA

Los mecanismos administrativos y penales para sancionar la anticoncepción y la esterilización forzada proveen poca información con respecto a la capacidad efectiva que tienen las personas víctimas de esta práctica para acceder a la justicia, así como el uso de los mecanismos de denuncia existentes.

Por ello, GIRE realizó solicitudes de acceso a la información a las procuradurías de justicia y poderes judiciales locales que tienen tipificado el delito²³ de esterilización forzada para conocer el número de denuncias, juicios penales y sentencias por este delito en el periodo comprendido entre agosto de 2012 y diciembre de 2013, obteniendo como respuesta que en ningún caso se encontró información al respecto. Sin embargo, al cuestionar a los servicios de salud públicos, tanto locales como federales, acerca del número de quejas recibidas por casos de esterilización forzada en el mismo periodo, se obtuvo información de una queja resuelta mediante conciliación en la Comisión de Arbitraje Médico del estado de Hidalgo, así como una queja en los servicios de salud públicos de Morelos y dos en el estado de Veracruz. Pero no se tiene información acerca de la resolución de dichas quejas ni si existen mecanismos de reparación integrales para las víctimas, lo cual resulta preocupante.

3. ACCESO A ANTICONCEPTIVOS

El acceso a métodos anticonceptivos es un componente esencial para el ejercicio de los derechos humanos. El Comité CEDAW en su Recomendación General 24 sobre la Mujer y la Salud estableció que los Estados deben emprender acciones para abordar todos los aspectos de la atención a la salud para mujeres y niñas, incluido el acceso a anticoncepción y recursos de planificación familiar.²⁴ Tanto ese Comité como el de Derechos Humanos han reconocido la necesidad del acceso a anticonceptivos para las mujeres como una forma de proteger su vida.²⁵

En ese contexto, no sólo es necesario que la adopción de métodos permanentes o temporales de anticoncepción no se lleve a cabo de manera forzada, sino también que se garantice su acceso sin discriminación para quienes desean utilizarlos. A pesar de que han existido avances muy importantes en este respecto, es lamentable que persistan retos graves; en particular cuando se habla de no discriminación a ciertos grupos poblacionales.

De acuerdo con la OMS, un marco de derechos humanos para la provisión de información y servicios de anticoncepción debe incluir los siguientes componentes:²⁶

23. Debido a que en los casos de Michoacán, Tabasco, Tlaxcala y Yucatán se reformaron los códigos penales para incluir el delito de esterilización forzada en el año 2014 y el periodo comprendido por las solicitudes de acceso a la información realizadas por GIRE para este informe es de agosto 2012 a diciembre 2013, no se cuestionó a dichos estados acerca de este delito.

24. Naciones Unidas, Comité CEDAW, *Recomendación General 24. Artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer - La mujer y la salud*, 20º periodo de sesiones (1999), párrafo 17. Disponible en <<http://bit.ly/opp1tq>> [consulta: 15 de mayo de 2015].

25. Naciones Unidas, Comité CEDAW, *Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: Jamaica [CEDAW/C/JAM/CO/5]*, 36º periodo de sesiones (2006), párrafo 35. Disponible en <<http://bit.ly/WAKve9>> [consulta: 8 de mayo de 2015]. Naciones Unidas, Comité de Derechos Humanos, *Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos: República Democrática del Congo [CCPR/C/COD/CO/3]*, 86º periodo de sesiones (2006), párrafo 14. Disponible en <<http://bit.ly/V24Bgs>> [consulta: 18 de mayo de 2015].

26. Véase *supra*, nota 2.

1. **NO DISCRIMINACIÓN:** acceso para todas las personas sin discriminación de ningún tipo, con un énfasis especial en grupos tradicionalmente discriminados, como las personas indígenas, las personas con discapacidad y las niñas, niños y adolescentes.
2. **DISPONIBILIDAD:** asegurar la disponibilidad de servicios, productos y programas en cantidades suficientes; esto incluye asegurar que la lista modelo de medicinas esenciales de la OMS —que incluye métodos anticonceptivos— se encuentre disponible en el país.
3. **ACCESIBILIDAD:** eliminar barreras al acceso a servicios, incluyendo física y económica, así como garantizar el acceso a información y métodos sin necesidad de autorización de terceras personas, como parejas o padres.
4. **ACEPTABILIDAD:** garantizar la provisión de información y servicios respetuosos de la ética médica, así como de la cultura de las personas usuarias, con perspectiva de género y un diseño que respete la confidencialidad y favorezca una visión integral de la salud.
5. **CALIDAD:** garantizar que los servicios de salud sean médica y científicamente apropiados y de calidad; esto requiere, entre otros, personal calificado, infraestructura adecuada y equipo aprobado científicamente
6. **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** los proveedores de servicios tienen la responsabilidad de otorgar información clara y precisa, utilizando lenguaje y métodos comprensibles para la persona usuaria para facilitar un proceso de decisión completo, libre e informado. La información proporcionada debe enfatizar las ventajas y desventajas de cada método, los beneficios, riesgos y efectos secundarios y debe permitir la comparación entre diferentes métodos.
7. **CONFIDENCIALIDAD:** las personas no deben enfrentar injerencias arbitrarias en su vida privada, lo que implica la obligación del personal de salud de salvaguardar la información médica que reciben por parte de sus pacientes. Se debe otorgar un especial énfasis en este aspecto a grupos tradicionalmente estigmatizados como las personas con VIH, los adolescentes y las trabajadoras sexuales.
8. **PARTICIPACIÓN:** las personas deben ser consideradas como agentes activas que participan en las decisiones que afectan su salud sexual y reproductiva; en este sentido, se deben promover diferentes formas de participación en la elaboración de políticas, normas y programas, así como transparentar y someter a escrutinio público la evidencia y criterios para priorizar acciones.
9. **RENDICIÓN DE CUENTAS:** requiere que las personas, familias y grupos tengan conocimiento sobre sus derechos y mecanismos efectivos para exigirlos. El Derecho Internacional de los Derechos Humanos obliga a los Estados a garantizar mecanismos de rendición de cuentas, incluidos de evaluación y monitoreo, así como procesos efectivos de denuncia y acceso a la justicia.

¿PLANIFICACIÓN FAMILIAR O ANTICONCEPCIÓN?

Durante las décadas de 1970 y 1980, el auge de las políticas públicas de control poblacional fomentó una importante discusión acerca del uso de métodos anticonceptivos. Sin embargo, estas políticas se centraban en objetivos demográficos y no en los derechos de las personas para decidir acerca de su reproducción. A partir de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, llevada cabo en El Cairo en 1994, la comunidad internacional se comprometió a desarrollar políticas de población que tuvieran como eje central los derechos reproductivos de las mujeres.²⁷ Así, se comenzó a cambiar el foco de la discusión sobre métodos anticonceptivos hacia el reconocimiento de derechos humanos y el ejercicio de una maternidad libre y voluntaria, en lugar del control poblacional. Lamentablemente, en los últimos años han resurgido algunas tendencias a nivel mundial que buscan rescatar el enfoque del control poblacional,

en lugar de abordar el tema del acceso a métodos anticonceptivos como un aspecto esencial del derecho a la vida privada (autonomía reproductiva).

Es por ello que desde una perspectiva feminista y de derechos humanos se ha buscado hablar de derechos sexuales y reproductivos al referirse a la anticoncepción.

En este sentido, resulta esencial que el concepto de planificación familiar presente en leyes, reglamentos y programas sea interpretado de conformidad con las normas de derechos humanos reconocidas por el Estado mexicano, reconociendo que incluye tanto a los servicios de anticoncepción, como a los de reproducción humana asistida, sin que en ninguno de los dos casos se requiera para su ejercicio contar con una pareja.

3.1 PANORAMA EN MÉXICO

A. CIFRAS GENERALES

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, 90% de la población de 12 a 19 años de edad a nivel nacional reportó conocer o haber escuchado hablar de algún método anticonceptivo. Esta cifra muestra un avance significativo respecto a lo reportado en la ENSANUT 2006 (de 82%) y en la ENSANUT 2000 (de 69%).²⁸ Pareciera entonces que **en los últimos años se ha ampliado de manera considerable el conocimiento que tienen las personas sobre la existencia de métodos anticonceptivos.**

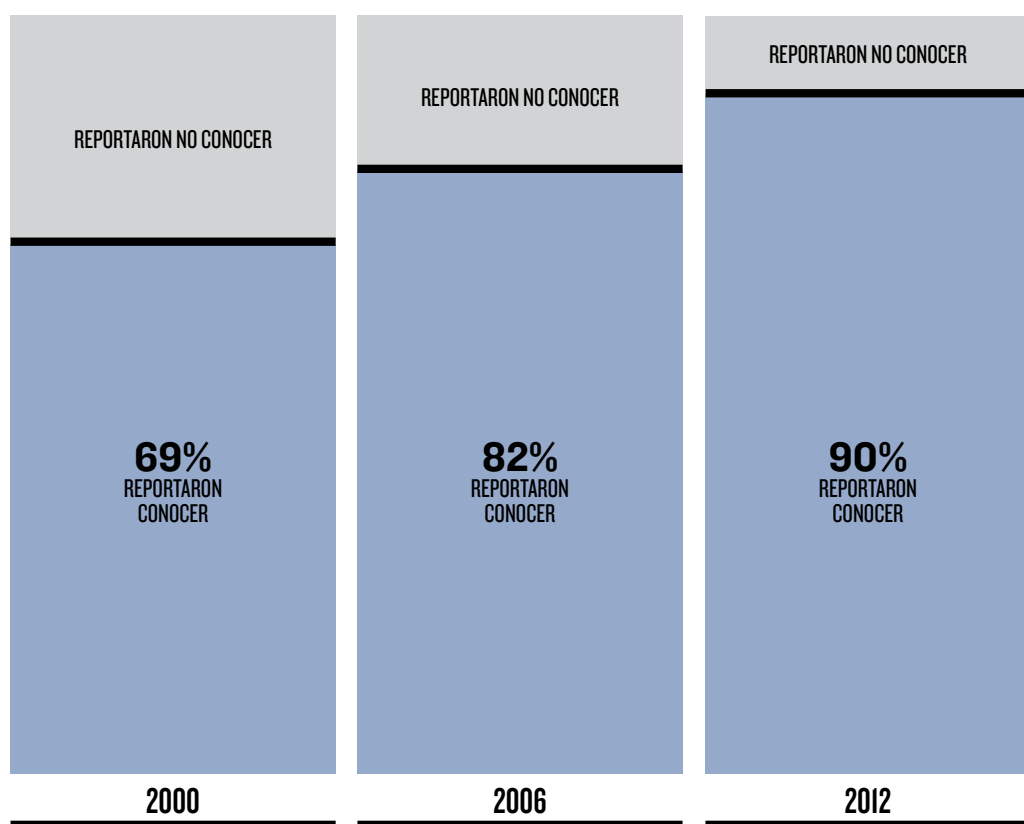
Sin embargo, esta cifra no garantiza que las personas tengan información completa ni correcta sobre dichos métodos. Por ejemplo, ante la pregunta de cuántas veces se puede usar un condón masculino, 15.5% de las personas encuestadas respondieron de manera incorrecta, con un porcentaje mayor de mujeres que de hombres, lo cual habla también de un problema de discriminación de género. Además, el conocimiento acerca de la existencia y el correcto uso de métodos anticonceptivos no garantiza que éstos sean efectivamente accesibles o utilizados. **Del total de adolescentes sexualmente activos reportados por la ENSANUT 2012, 14.7% de los hombres y 33.4% de las mujeres afirmaron no haber utilizado algún método anticonceptivo en su primera relación sexual.**²⁹

27. UNFPA, *Programa de Acción de la Conferencia Internacional Sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, Egipto, 5 al 13 de septiembre de 1994*. Disponible en <<http://bit.ly/1FVZyEB>> [consulta: 18 de mayo de 2015].

28. Gutiérrez, J., et al. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2012.

29. *Ibid.*

ADOLESCENTES QUE REPORTARON CONOCER ALGÚN METODO ANTICONCEPTIVO



Fuente: ENSANUT 2000, 2006 y 2012.

Asimismo, el conocimiento y prevalencia sobre métodos anticonceptivos no es homogéneo en todo el país. En 2009, la prevalencia de uso de anticonceptivos en Nuevo León, Sinaloa, Sonora y el Distrito Federal era superior a 79.6%. En contraste, los estados de Chiapas, Guerrero, Michoacán y Oaxaca presentaron el mismo año una prevalencia por debajo de 61.4%, lo que indica que dichas entidades presentan un rezago de aproximadamente 17 años con respecto al promedio del país.³⁰ Esta diferencia regional se mantiene al analizar la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos,³¹ que en términos generales disminuyó en 15.1% durante el periodo de 1987 a 2009, pero que se presenta principalmente en los estados de Chiapas, Guerrero, Michoacán y Oaxaca.³²

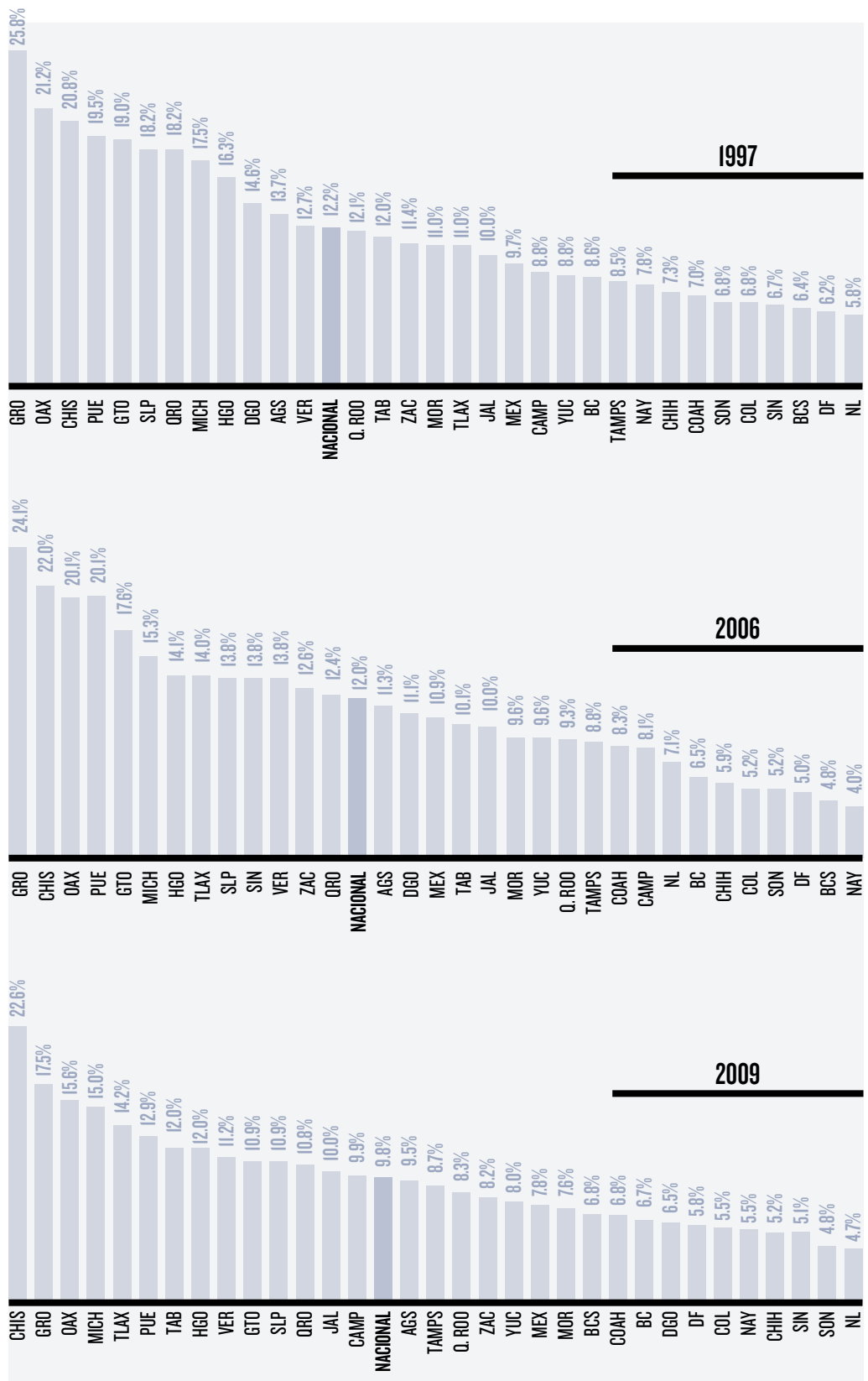
30. INEGI, *Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica 2009: panorama sociodemográfico de México: principales resultados*, México, CONAPO, INEGI, 2011

31. La demanda insatisfecha se mide por la proporción de mujeres con vida sexual activa que manifiestan un deseo expreso de no embarazarse, pero que no usan anticonceptivos.

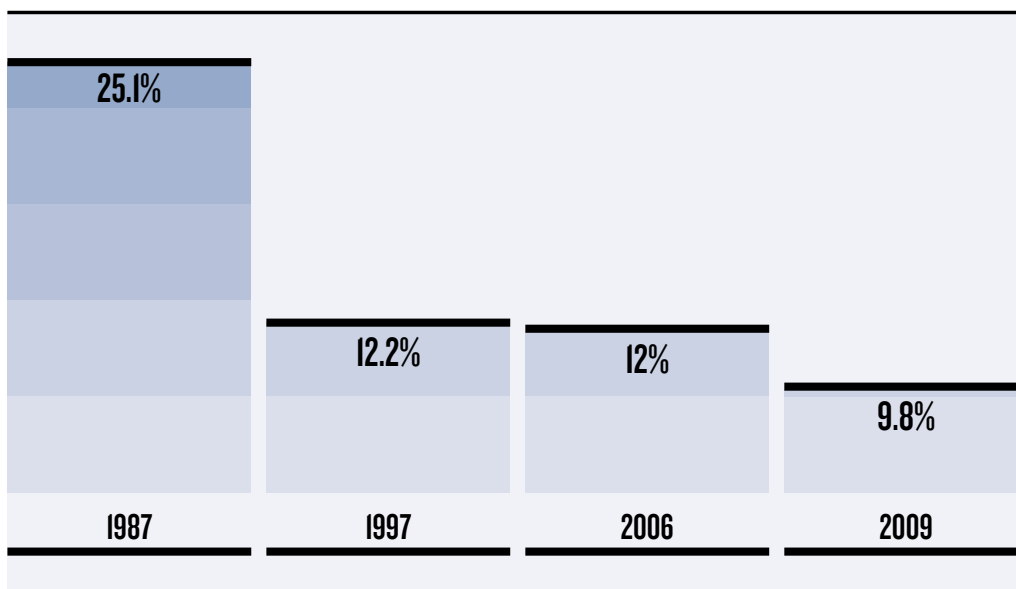
32. Secretaría de Salud, *Programa de Acción Específico: Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018*, op. cit.

NECESIDAD INSATISFECHA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Fuente: CONAPO con base en la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987 y la ENADID 1997, 2006 y 2009.



NECESIDAD INSATISFECHA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN MÉXICO



Fuente: CONAPO con base en la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987 y la ENADID 1997, 2006 y 2009.

Es importante reconocer que, a pesar del aumento generalizado en la información y acceso a métodos anticonceptivos en México, persisten rezagos importantes en ciertos grupos poblacionales, en particular las personas adolescentes y las mujeres indígenas. En este sentido, los artículos 14 y 16 de la CEDAW hacen referencia explícita a que debe garantizarse el acceso a la información en materia de anticoncepción, especialmente para las adolescentes y las mujeres indígenas, que frecuentemente encuentran mayores restricciones para cumplir con este acceso.

B. ADOLESCENTES

La cifra de embarazos adolescentes en México es alta y va en aumento. De los países que conforman la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), México tiene la tasa de natalidad más alta entre mujeres de 15 a 19 años, con 64.2 nacimientos por cada mil.³³ De acuerdo con las cifras públicas oficiales, de cada diez adolescentes entre 15 y 19 años, dos han estado embarazadas más de una vez.³⁴ Asimismo, se estima que 17.4% de los nacimientos totales corresponden a mujeres menores de 20 años.³⁵ El embarazo adolescente es un problema multifactorial que requiere legislación y políticas públicas dirigidas no sólo a promover y garantizar el acceso a métodos anticonceptivos con consejería amigable y sin discriminación, sino también la atención urgente del Estado para prevenir y atender la violencia sexual, evitar el matrimonio infantil, impartir educación sexual integral, dar acceso a la interrupción legal del embarazo y garantizar una atención médica especializada, entre otros.

33. UNFPA, *Maternidad en la niñez: enfrentar el reto del embarazo adolescente: informe de la población mundial 2013*, Nueva York, 2013. Disponible en <<http://bit.ly/1e8sAuW>> [consulta 12 de noviembre de 2014].

34. INEGI, *Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica 2009: panorama sociodemográfico de México: principales resultados*, México, CONAPO, INEGI, 2011, p. 22.

35. Secretaría de Salud, *Sistema Nacional de Información en Salud, Certificado de nacimiento-nacimientos ocurridos 2013*, México, SINAIS, 2013. Disponible en <<http://bit.ly/1Fy26Nj>> [consulta: 29 de abril de 2015].

INICIATIVA PENDIENTE: PRESCRIPCIÓN DE ANTICONCEPTIVOS CON BASE EN HISTORIAL CLÍNICO

En tiempos recientes se aprobó en el Senado de la República —y en la actualidad se analiza en la Cámara de Diputados— una iniciativa para reformar el artículo 68 de la Ley General de Salud en materia de planificación familiar para quedar como sigue:

Artículo 68. Los servicios de planificación familiar comprenden:

- I. ...
- II. La atención y vigilancia de los aceptantes y usuarios de servicios de planificación familiar, así como la prescripción del método anticonceptivo adecuado, con base en su historial clínico;

La oferta de métodos anticonceptivos con base en el historial clínico de las personas usuarias debe tomar en cuenta no sólo su expediente médico, sino también sus circunstancias personales, antecedentes familiares y preferencias. Más allá de la aprobación de esta reforma —que será discutida en el próximo periodo legislativo—, resulta esencial que, en la práctica, los servidores de salud que otorguen consejería para la elección de un método anticonceptivo entiendan y apliquen este concepto de historial clínico, que otorga preeminencia a las preferencias de las personas usuarias.

PROPUESTAS PARA PREVENIR Y ATENDER EL EMBARAZO ADOLESCENTE EN LA CAMPAÑA “RECUPERA UNA OPORTUNIDAD” DE GIRE, AFLUENTES Y MEXFAM

PREVENIR Y ATENDER LA VIOLENCIA SEXUAL

Promover una cultura de la igualdad de género que reconozca y condene todas las formas de violencia sexual hacia niñas y adolescentes.

Capacitar a impartidores de justicia y profesionales de salud para atender los casos de violencia sexual contra niñas y adolescentes.

Garantizar el acceso a los servicios de interrupción legal del embarazo por violación a las niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual.

Proveer información y acceso a anticoncepción de emergencia a las víctimas de violencia sexual.

GARANTIZAR ACCESO A MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Garantizar la existencia en instituciones públicas de salud de todos los métodos anticonceptivos en cantidades adecuadas, condiciones óptimas para su uso y disponibles en el momento en que son requeridos.

Aumentar los puntos de acceso a métodos anticonceptivos (escuelas, centros deportivos, centros, restaurantes, centros comerciales, transporte público, entre otros).

Proporcionar una correcta información anticonceptiva, la cual debe ser oportuna, eficaz, verdadera, completa y basada en evidencia científica.

EVITAR LA DESERCIÓN ESCOLAR

Evitar que las niñas y adolescentes embarazadas abandonen sus estudios a través de programas de apoyo educativo y becas para fortalecer su permanencia en la escuela.

Favorecer esquemas flexibles de atención educativa para niñas y adolescentes embarazadas o madres.

PROVEER SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y POSTPARTO

Prestar servicios de salud sensibles, especializados y de calidad que atiendan las necesidades físicas y psicológicas de las niñas y adolescentes embarazadas durante el embarazo, parto y postparto, considerando el riesgo particularmente alto al que se enfrentan.

ELIMINAR EL MATRIMONIO INFANTIL

Realizar las reformas legislativas necesarias a efecto de garantizar que la edad mínima para contraer matrimonio sea de 18 años tanto para hombres como para mujeres.

IMPARTIR EDUCACIÓN SEXUAL

Garantizar que las materias de salud sexual y reproductiva sean impartidas en las escuelas del país.

Impartir educación para la preservación de la salud, el conocimiento integral de la sexualidad y la planificación familiar, así como la paternidad/maternidad responsables.

Formar al personal docente en las materias de salud sexual y reproductiva.

Promover y ofrecer talleres para padres en materia de salud sexual y reproductiva de las personas adolescentes.

BRINDAR CONSEJERÍA AMIGABLE

Garantizar un ambiente de confidencialidad durante la prestación de los servicios de consejería para jóvenes.

Brindar consejería sobre anticoncepción y riesgo de embarazo temprano, a través de personal debidamente capacitado, libre de prejuicios y con absoluto respeto al derecho a decidir sobre su conducta sexual y reproductiva y al ejercicio del consentimiento informado en la prescripción de métodos anticonceptivos.

Facilitar la identificación de los lugares en donde se brinden los servicios de consejería amigables para jóvenes.

GARANTIZAR EL ACCESO A LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO

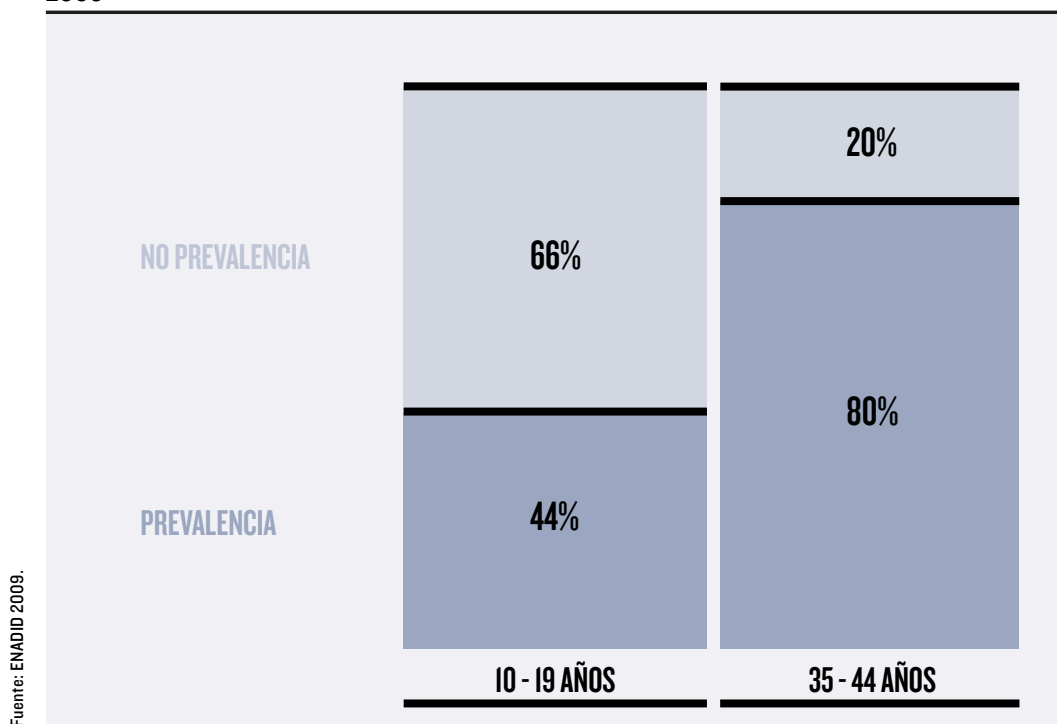
Reconocer e implementar la salud en todas las entidades del país.

Reconocer el derecho de las niñas y adolescentes a interrumpir su embarazo por los riesgos a su salud y vida que representa un embarazo temprano.

Sin duda, el embarazo adolescente es un fenómeno complejo en el que intervienen factores sociales, económicos y culturales. Su disminución depende de acciones coordinadas e integrales a desarrollar por parte de diversas instancias gubernamentales: las secretarías de salud federal y locales, las secretarías de educación pública federal y locales, así como los órganos legislativos, entre otros. Sin embargo, la falta de acceso a información y servicios de anticoncepción constituye un factor fundamental en la materia. La Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sobre el Derecho al Disfrute al Más Alto Nivel Posible de Salud establece que “El ejercicio del derecho a la salud de los adolescentes depende de una atención respetuosa de la salud de los jóvenes que tome en cuenta la confidencialidad y la vida privada, y prevea el establecimiento de servicios adecuados de salud sexual y reproductiva”.³⁶

En 2009 la prevalencia más baja de anticoncepción, de 44%, se observó en adolescentes. En contraste, las personas de 35 a 44 años reportaron una prevalencia de cerca de 80%.³⁷ Las cifras de acceso a métodos anticonceptivos dan cuenta de un problema particular en la población adolescente, con mayores índices de necesidad insatisfecha de métodos, menor conocimiento sobre éstos y altos índices de embarazo, lo que obliga a tratar de identificar los obstáculos que enfrenta esta población en particular con respecto al acceso a información y servicios anticonceptivos. Esto, aunado a los índices de violencia sexual en la infancia, la muerte materna en niñas y adolescentes y la necesidad de actuar de acuerdo con el interés superior de la infancia, obliga a poner un especial énfasis en el acceso sin discriminación a métodos anticonceptivos para este grupo poblacional.

PREVALENCIA DE USO DE ANTICONCEPTIVOS 2009



36. Naciones Unidas, Comité DESC, *Observación General N° 14 (2000): El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)* [E/C.12/2000/4], 22° periodo de sesiones (2000), párrafo 23. Disponible en <<http://bit.ly/1Tem8RK>> [consulta: 18 de mayo de 2015].

37. INEGI, *Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica 2009*, op. cit.

Para tratar de identificar estas barreras, GIRE realizó solicitudes de acceso a la información a los servicios de salud pública locales y federales acerca del número de anticonceptivos otorgados a personas menores de 18 años de agosto de 2012 a diciembre de 2013. Sin embargo, en todos los casos — excepto Hidalgo y Michoacán — se respondió que los datos agregados no distinguen esta información y sólo desagregan por mayor o menor de 20 años. **Estas respuestas permiten distinguir un problema importante: la manera en la que las instituciones de salud sistematizan la información no contribuye a la identificación de los patrones de discriminación que enfrentan las personas adolescentes cuando acuden a los servicios de salud para solicitar asesoría y métodos anticonceptivos.**

El 15 de junio de 2014 la Secretaría de Salud federal presentó el Proyecto de Norma Oficial Mexicana *NOM-047-SSA2-2014, Para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años de edad* (NOM 047), con el objeto de “establecer los criterios que deben seguirse para brindar la atención integral a la salud, la prevención y el control de las enfermedades prevalentes en el grupo etario y la promoción de la salud, con perspectiva de género, pertinencia cultural y respeto a sus derechos fundamentales”.³⁸

Como parte del proceso de consulta pública, GIRE envió el 28 de agosto de 2014 comentarios al Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades (CENNPE) en donde expresó la necesidad de mejorar la argumentación del apartado de “Considerandos” para enfatizar la importancia de respetar el derecho a la vida privada de las personas adolescentes e incluir expresamente la obligación de los prestadores de servicios de salud de proporcionar la Pastilla de Anticoncepción de Emergencia (PAE) durante la atención a víctimas de violencia sexual, así como una referencia a la Ley General de Víctimas en relación con este mismo tema.

Asimismo, se propuso revisar el numeral 5.6 incluido en el proyecto de norma que establecía la necesidad de la presencia de un integrante más del personal de salud para la consejería anticonceptiva y, tratándose de menores de edad, la participación de quien lo represente legalmente. GIRE propuso que era necesario considerar la voluntad de la persona usuaria de los servicios respecto de la presencia de sus padres o tutores en los servicios de consejería, así como priorizar el interés superior de la infancia para la provisión de estos servicios de conformidad con su edad, madurez y desarrollo.

Sin embargo, la Secretaría de Salud respondió a este comentario argumentando que, “de acuerdo con el Código Civil Federal, los menores de edad son incapaces y ejercen sus derechos a través de quien ejerce la patria potestad”, concepto contrario a la perspectiva de derechos humanos y que hace evidente la ignorancia de las autoridades respecto a las obligaciones del Estado mexicano con respecto a los derechos de la infancia.

38. México, Secretaría de Salud, “Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-047-SSA2-2014, Para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años de edad” en *Diario Oficial de la Federación*, México, 15 de julio de 2014. Disponible en <<http://bit.ly/1HskkB0>> [consulta: 10 de junio de 2015].

Con base en el derecho a la igualdad y a la no discriminación, así como los principios de interés superior de la infancia y de capacidad evolutiva de los niños, niñas y adolescentes, se debe reiterar la importancia de reconocer el derecho de las personas adolescentes a recibir consejería y servicios de salud sexual y reproductiva, por lo que no debería haber necesidad de la presencia de otro prestador de servicios de salud en la consejería si no hay acompañamiento de los padres o tutores. La patria potestad no debe ser un impedimento para que las personas adolescentes puedan ejercer sus derechos humanos, entre los cuales se encuentra tener acceso a los servicios de salud reproductiva. **A pesar de haberse aprobado el 20 de febrero de 2015 en sesión del CNNPCE, a mayo de 2015, la NOM 047 no se ha publicado en el Diario Oficial de la Federación.**

En el ámbito internacional, el Comité de los Derechos del Niño ha recomendado a los Estados eliminar la exigencia de consentimiento de los padres en el acceso a los métodos anticonceptivos³⁹ y el Comité CEDAW ha señalado la importancia de garantizar el acceso universal a servicios de salud, información y educación sobre derechos sexuales y reproductivos, a fin de prevenir los embarazos no deseados en adolescentes.⁴⁰ **En su reciente revisión relativa al cumplimiento de México de la Convención de los Derechos del Niño en mayo de 2015, el Comité de los Derechos del Niño recomendó al Estado mexicano asegurar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva confidenciales y adecuados para niños y niñas, incluyendo el acceso a anticonceptivos.**⁴¹

C. PERSONAS INDÍGENAS

El acceso sin discriminación a información y servicios de anticoncepción para personas indígenas representa un reto fundamental del Estado mexicano en materia de derechos humanos. Las personas indígenas en México —las mujeres, en particular— han enfrentado violaciones graves y sistemáticas a sus derechos reproductivos que van desde esterilizaciones forzadas, hasta malos tratos en servicios de salud y falta de acceso a información en su idioma. En este sentido, la Recomendación General 4 emitida por la CNDH en 2002 citada anteriormente hace referencia a la ausencia de formas de consentimiento informadas adecuadas para personas indígenas, particularmente para la adopción de métodos anticonceptivos permanentes y de larga duración.⁴²

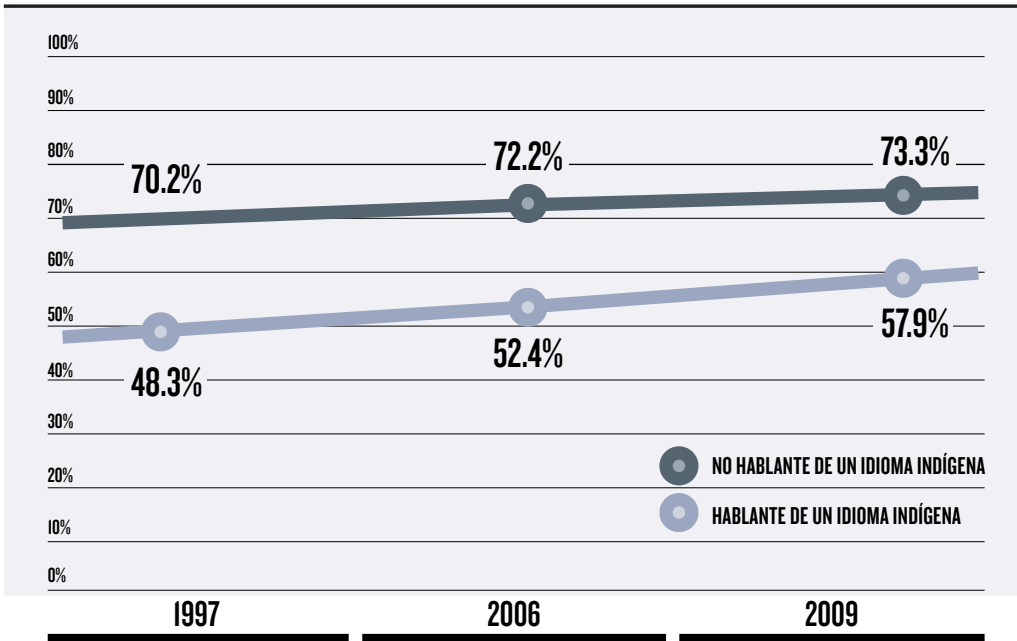
39. Naciones Unidas, Comité de los Derechos del Niño, *Observaciones finales del Comité de los Derechos del Niño: Guatemala [CRC/C/15/Add.154]*, 27º periodo de sesiones (2001), párrafo 45. Disponible en <<http://bit.ly/10z0jq1>> [consulta: 18 de mayo de 2015].

40. Naciones Unidas, Comité CEDAW, *Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: México [CEDAW/C/MEX/CO7-8]*, 52º periodo de sesiones (2012), párrafo 31. Disponible en <<http://bit.ly/1hhCf09>> [consulta: 29 de abril de 2015].

41. Ver *supra*, nota 12.

42. Ver *supra*, nota 14.

MUJERES UNIDAS QUE USAN ANTICONCEPTIVOS



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en las Encuestas Nacionales Demográficas.

Por tanto, GIRE realizó solicitudes de acceso a la información a las secretarías de salud federal y locales acerca de la presencia en los centros de salud de personas capacitadas para proveer de consejería e información anticonceptiva a personas de habla indígena, así como la existencia de folletos o material audiovisual en sus idiomas. A pesar de que en ciertos casos se afirmó contar con la presencia de intérpretes, se especificó que se contaba con uno o dos para toda la entidad o no se proporcionó información acerca del número y distribución de éstos, por lo que resulta imposible inferir si son suficientes. **Lo anterior hace evidente una realidad alarmante: la garantía del derecho a la información sobre anticonceptivos no está disponible para una parte importante de las personas en el país, lo que constituye una grave situación de discriminación.**

En otros casos, las autoridades respondieron que las personas indígenas, en caso de no hablar español, llegaban al centro de salud con sus propios intérpretes, familiares o líderes comunitarios. Esta afirmación evidencia un problema muy grave en los servicios de salud públicos, que trasladan su responsabilidad de garantizar un acceso libre de discriminación a estos servicios, en lugar de asumir que es el Estado quien está obligado a garantizar dicho acceso.

ACCESO A CONSEJERÍA SOBRE ANTICONCEPCIÓN PARA PERSONAS HABLANTES DE IDIOMA INDÍGENA

SÍ
 NO
 SIN RESPUESTA/
 INFORMACIÓN INEXISTENTE

CUENTAN CON INTÉRPRETES PARA PROVEER CONSEJERÍA SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

BC	CHIS	CHIH	HGO	AGS	BCS	CAMP	COAH
JAL	MICH	PUE	QRO	COL	DF	DGO	GRO
Q. ROO	TAB	TLAX	YUC	GTO	MEX	NAY	NL
IMSS				OAX	SLP	SON	TAMPS
MOR	SIN	VER	SSA	ZAC	ISSSTE		

CUENTAN CON UN MANUAL PARA PERSONAL QUE PROVEERÁ CONSEJERÍA A PERSONAS INDÍGENAS

CHIH	COL	MOR	OAX	AGS	BC	BCS	CAMP
PUE	IMSS			CHIS	COAH	DF	DGO
SIN	VER	YUC		GTO	GRO	HGO	JAL
				MEX	MICH	NAY	NL
				QRO	Q. ROO	SLP	SON
				TAB	TAMPS	TLAX	ZAC
				ISSSTE	SSA		

CUENTAN CON MATERIAL AUDIOVISUAL PARA PERSONAS DE HABLA INDÍGENA Y CON DEBILIDAD VISUAL

BC	CHIH	COL	HGO	AGS	BCS	CAMP	CHIS
YUC				COAH	DF	DGO	GRO
GTO	MOR	SIN	VER	JAL	MEX	MICH	NAY
				NL	OAX	PUE	QRO
				Q. ROO	SLP	SON	TAB
				TAMPS	TLAX	ZAC	IMSS
				ISSSTE	SSA		

Fuente: Elaboración de GIRE con base en datos obtenidos mediante solicitudes de acceso a la información pública.

A lo anterior se suman los casos de Aguascalientes, Tamaulipas y Zacatecas que respondieron no tener intérpretes ya que “no se cuenta con población indígena en la entidad”, a pesar de que, de acuerdo con información del censo realizado en el año 2010 por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), la población indígena corresponde a 2 436 personas en el estado de Aguascalientes, 23 296 en el estado de Tamaulipas y 4 924 en el caso de Zacatecas.⁴³ **Destaca además el caso de Guerrero, con una alta proporción de población indígena, que respondió no contar con intérpretes en sus instituciones de salud.**

Además, en la mayoría de los casos no se cuenta con material audiovisual para proveer información anticonceptiva, lo cual podría facilitar el acceso a la información sobre este tema no sólo a personas indígenas, sino también a personas analfabetas o con debilidades visuales.

3.2 MARCO NORMATIVO

En México el acceso a información y servicios de anticoncepción se regula por medio de la Ley General de Salud y la Ley General de Población, así como sus reglamentos y las normas oficiales mexicanas que derivan de la primera. Es decir, en México, las políticas públicas en materia de información y acceso a servicios de anticoncepción se insertan tanto en las políticas de población como en las de salud. En el caso de la normativa de salud, por tratarse de una facultad concurrente, cada entidad federativa cuenta con una ley local. Además, se cuenta con una Norma Oficial Mexicana específica sobre la materia: la NOM-005-SSA2-1993, *De los servicios de planificación familiar* (NOM 005).

De acuerdo con el artículo 3º de la Ley General de Población, “la Secretaría de Gobernación dictará y ejecutará o en su caso promoverá ante las dependencias competentes 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 y preserven la dignidad de las familias, con 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”.

Este artículo expresa de forma especialmente grave la perspectiva de control poblacional aún presente en la normativa mexicana con respecto a los servicios de anticoncepción, con la pretensión explícita de controlar “racionalmente” el crecimiento de la población y no de garantizar el ejercicio de los derechos humanos, como es obligación del Estado mexicano. A pesar de que el reglamento de la citada ley define a la planificación familiar como el “ejercicio del derecho de toda persona a decidir, de manera libre, responsable e informada, sobre el número y espaciamiento de sus hijos y a obtener la información especializada y los servicios idóneos”, reconociendo éste como un tema de derechos, resulta alarmante que se continúe sosteniendo una visión de control poblacional en la Ley General de Población.

Por su parte, la Ley General de Salud en su artículo 3º señala que la planificación familiar es materia de salubridad general, y en sus artículos 67 a 71 incluye diversas disposiciones que le otorgan carácter prioritario a la planificación familiar y establecen la facultad de la Secretaría de Salud federal para coordinar las actividades de las dependencias y entidades del Sector Salud para instrumentar y operar las acciones de planificación familiar. En este caso, de nuevo, se hace referencia al concepto de planificación familiar, lo que desdibuja de manera importante el ejercicio de los derechos reproductivos de las personas independientemente de sus planes de vida.

43. INEGI, *Censo de Población y Vivienda (2010): panorama sociodemográfico de México*, México, 2011. Disponible en <<http://bit.ly/1kYsgAz>> [consulta: 29 de marzo de 2015].

INICIATIVA PENDIENTE: SALUD REPRODUCTIVA EN LA LEY GENERAL DE SALUD

La diputada Martha Lucía Mícher y otros legisladores presentaron el 13 de agosto de 2014 una iniciativa para reformar y adicionar diversas disposiciones de la Ley General de Salud en materia de salud reproductiva.

En esta iniciativa se plantea reconocer expresamente el derecho a la salud reproductiva en el contenido de la Ley General de Salud, con el objetivo de que sea asumido como un derecho de todas las personas de acuerdo con una perspectiva de derechos humanos.

Asimismo, propone un listado de los servicios a los cuales las personas tienen derecho en el ámbito de la salud reproductiva que incluye la planificación familiar y la anticoncepción, entendidas como el acceso a métodos anticonceptivos y a servicios de reproducción humana asistida y establece la obligación del Estado mexicano de garantizar el acceso a información completa, comprensible, veraz, oportuna y basada en evidencia científica, que permita a las personas tomar decisiones libres, informadas y responsables en materia de anticoncepción. Además, elimina barreras del acceso al derecho a la salud vinculadas con la edad, al establecer que el consentimiento informado de las personas adolescentes tendrá relevancia jurídica para efectos de la prestación de servicios de salud reproductiva, tomando en consideración su interés superior y los criterios de madurez y desarrollo. Así, en materia de anticoncepción, la iniciativa propone:

Artículo 60 Bis 2. La prestación de los servicios de salud reproductiva es de carácter prioritario y tiene la finalidad de garantizar el acceso a los servicios de salud esenciales para el ejercicio de la libertad sexual y reproductiva.

Los servicios de salud reproductiva comprenden:

...

iii. Planificación familiar y anticoncepción, que incluye el acceso a métodos anticonceptivos modernos y eficaces y servicios de reproducción humana, de acuerdo con las necesidades específicas de las personas.

Artículo 67. La prestación de los servicios de planificación familiar y anticoncepción tienen como objetivo contribuir a la prevención de los embarazos, no planeados y no deseados, la transmisión sexual y vertical de enfermedades, especialmente de las personas adolescentes, así como servicios de reproducción humana, incluyendo la asistida. Asimismo, para disminuir los riesgos reproductivos, se debe informar a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años o bien después de los 35, así como la conveniencia de decidir sobre el número y espaciamento de los embarazos, todo ello, mediante una correcta información anticonceptiva y reproductiva, la cual debe ser oportuna, eficaz, completa y basada en evidencia para todas las personas.

Los servicios de planificación familiar y **anticoncepción** constituyen un medio para el ejercicio del derecho constitucional de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamento de sus hijas e hijos con pleno respeto a su dignidad.

Hasta ahora dicha iniciativa no se ha dictaminado, por lo que queda pendiente para su discusión en la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados en el próximo periodo legislativo.

ESTRATEGIA NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE⁴⁴

El 23 de enero de 2015, el Presidente Enrique Peña Nieto presentó públicamente la Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes que plantea como objetivos principales para 2030 disminuir en 50% los embarazos en adolescentes de entre 15 y 19 años de edad y erradicar los embarazos en niñas menores de 15 años.

Para ello, la Estrategia propone cinco objetivos específicos, 19 líneas de acción y 91 actividades, cuya implementación estará a cargo de un Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes integrado por la Secretaría General del Consejo Nacional de Población (CONAPO) como coordinadora, la Presidenta del Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) como secretaria técnica, así como por servidores públicos de varias secretarías y dependencias de la Administración Pública Federal, invitados de la sociedad civil, organismos internacionales e integrantes de la Academia como vocales.

Uno de los aspectos más importantes de esta Estrategia es que el Estado mexicano públicamente reconoce a las personas adolescentes como sujetos titulares de derechos humanos, en particular de derechos reproductivos. Reconoce además el impacto negativo que un embarazo a temprana edad tiene en su desarrollo físico y psicológico y en su proyecto de vida. En este sentido, la Estrategia contempla la promoción de programas de educación sexual y reproductiva, la garantía del acceso a métodos anticonceptivos sin la necesidad de contar con la presen-

cia o autorización de los padres o tutores y el incremento de la edad mínima para contraer matrimonio a 18 años.

Sin embargo, aunque la Estrategia reconoce la gravedad de la violencia sexual cometida en contra de niñas y adolescentes en México, no contempla como acción prioritaria garantizar el acceso a las víctimas de violencia sexual a servicios de salud como el suministro de la Pastilla de Anticoncepción de Emergencia (PAE) o el acceso a servicios de aborto legal por violación contemplados en la Ley General de Víctimas y en la NOM 046 en materia de violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Asimismo, a pesar de que la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas es la dependencia federal encargada del desarrollo de políticas públicas en materia de atención y protección a las víctimas de delitos y violaciones a derechos humanos en México, no fue considerada dentro de la Estrategia como una de las insituciones clave para su implementación.

Por otra parte, la Estrategia no considera la implementación de servicios de salud especializados para niñas y adolescentes embarazadas, quienes corren un alto riesgo de muerte o de afectaciones graves a su salud.

Por último, resulta preocupante que la Estrategia no señale la fuente de los recursos necesarios para su implementación. Sin presupuesto asignado, difícilmente podrá cumplir sus objetivos.

44. Gobierno de la República, *Estrategia Nacional para la Prevención y Atención del Embarazo Adolescente*, México, 2015. Disponible en <<http://bit.ly/1FOMY11>> [consulta: 28 de mayo de 2015].

3.3 POLÍTICAS PÚBLICAS

Los programas de acción específicos determinan la política pública de la administración actual con respecto a los diferentes sectores, en relación con los programas sectoriales y, de manera general, con el Plan Nacional de Desarrollo. En relación con la información y servicios de anticoncepción, la Secretaría de Salud cuenta con dos programas particulares: el Programa de Acción Específico de Planificación Familiar y Anticoncepción y el de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes.

Si bien identifican problemas y barreras graves, los datos y estadísticas de ambos programas muestran información de acceso e información sobre anticonceptivos de mujeres en edad fértil unidas (MEFU), incluso en el caso de adolescentes y niñas. **Lo anterior es alarmante debido a que excluye a todas las personas no unidas de los programas de política pública de la administración actual con respecto a la anticoncepción, alejándose de una perspectiva de derechos humanos.**

En este sentido, el Programa de Acción Específico de Planificación Familiar y Anticoncepción utiliza como indicador de éxito del Programa la disminución de la necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos de las MEFU, sin considerar a aquellas mujeres que sin estar en algún tipo de unión requieren servicios de anticoncepción. Por su parte, el Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes, al utilizar como indicador de éxito la reducción del embarazo adolescente en personas de 15 a 19 años de edad, excluye a las niñas menores de 15 años, que también están expuestas al riesgo de un embarazo no deseado y que deben ser consideradas para efecto de la medición real de los casos de embarazo adolescente y su prevención.

3.4 ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

En México, la anticoncepción de emergencia se ha incluido de manera progresiva en diversos ordenamientos de carácter general y obligatorio emitidos por la Secretaría de Salud y, con ello, los servicios de salud de todos los ámbitos, deben cumplir con las indicaciones de esas normativas y proporcionar información y servicios de anticoncepción de emergencia. Desde enero de 2004, la anticoncepción de emergencia está incluida en la NOM 005 para los casos de relaciones sexuales voluntarias sin protección anticonceptiva, cuando se use un método y se presuma su falla y para casos de violación. En julio de 2005 se incluyó por primera vez un producto dedicado a la anticoncepción de emergencia en el Cuadro Básico de Medicamentos del Sector Salud.

Por su parte, la NOM-046-SSA2-2005, *Violencia familiar, sexual y contra las mujeres* (NOM 046) se publicó en abril de 2009 con el fin de establecer criterios para la detección, prevención y atención médica de personas en situaciones de violencia sexual o familiar, lo cual incluye el acceso a la PAE. La NOM 046 establece la obligación del personal de salud de proporcionar anticoncepción de emergencia hasta en un máximo de 120 horas de ocurrido el evento a las víctimas de violación sexual, además de otorgar profilaxis post-exposición para prevenir la infección por VIH, e información sobre las alternativas para la interrupción legal del embarazo.

El 9 de enero de 2013 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Ley General de Víctimas (LGV), cuyo artículo 39 reconoce el derecho de las mujeres víctimas de violación sexual a acceder a la anticoncepción de emergencia, además de establecer que cada una de las entidades públicas que brinden servicios, asistencia y atención a las víctimas cuenten con personal capacitado en el tratamiento de la violencia sexual con un enfoque transversal de género. **La armonización de las leyes locales de atención a víctimas con la LGV, así como la implementación efectiva del acceso a la PAE en casos de violación sexual, es un pendiente urgente del Estado con las niñas y mujeres en México.**

4. CONCLUSIONES

El caso de Rosa María permite ilustrar algunas de las violaciones a derechos humanos a las que se enfrentan las mujeres en México al acudir a una institución de salud en busca de atención obstétrica; en específico, la imposición de un método anticonceptivo, práctica que también ocurre en contextos tales como la reclusión, las instituciones psiquiátricas y los programas de ayuda social.

La legislación penal y administrativa en materia de esterilización forzada da muestra de la necesidad de adaptar la normativa para proteger a las mujeres de esta grave violación a derechos humanos, así como proveer mecanismos efectivos de acceso a la justicia.

Por otro lado, las cifras actuales muestran que, a pesar de los avances, México está lejos de cumplir con sus obligaciones en materia de derechos humanos y persisten rezagos importantes en el acceso a información y métodos anticonceptivos; en particular para ciertos grupos poblacionales, como las personas adolescentes y las mujeres indígenas. Para ello, resulta esencial modificar el concepto de control poblacional, a uno de anticoncepción, con una perspectiva de derechos humanos que reconozca la titularidad de las personas —en particular las adolescentes— sobre sus derechos. Asimismo, es urgente que las instituciones de salud que proveen consejería e información sobre métodos anticonceptivos a poblaciones indígenas cuenten con intérpretes y material apropiado que permitan el acceso a dichos métodos sin discriminación y desde una perspectiva intercultural.

5. RECOMENDACIONES

NORMATIVAS

A LOS CONGRESOS DE AGUASCALIENTES, BAJA CALIFORNIA, CAMPECHE, CHIHUAHUA, COLIMA, GUANAJUATO, JALISCO, MÉXICO, MORELOS, NAYARIT, NUEVO LEÓN, OAXACA, QUERÉTARO, SINALOA, SONORA, TAMAULIPAS Y ZACATECAS: Reformar sus códigos penales para incluir el delito de esterilización forzada.

A LA SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL: Publicar la *NOM-047 PROY-SSA2-2014, Para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años de edad.*

IMPLEMENTACIÓN DE LA NORMATIVA

A LA SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL, AL IMSS, AL ISSSTE Y A LAS SECRETARÍAS DE SALUD LOCALES: Garantizar que no se condicione la atención médica durante el parto, ni ningún otro servicio o el acceso a un programa social, a la adopción de un método anticonceptivo.

Garantizar la presencia de intérpretes y material apropiado para personas indígenas en los servicios de salud públicos para proveer consejería e información sobre métodos anticonceptivos.

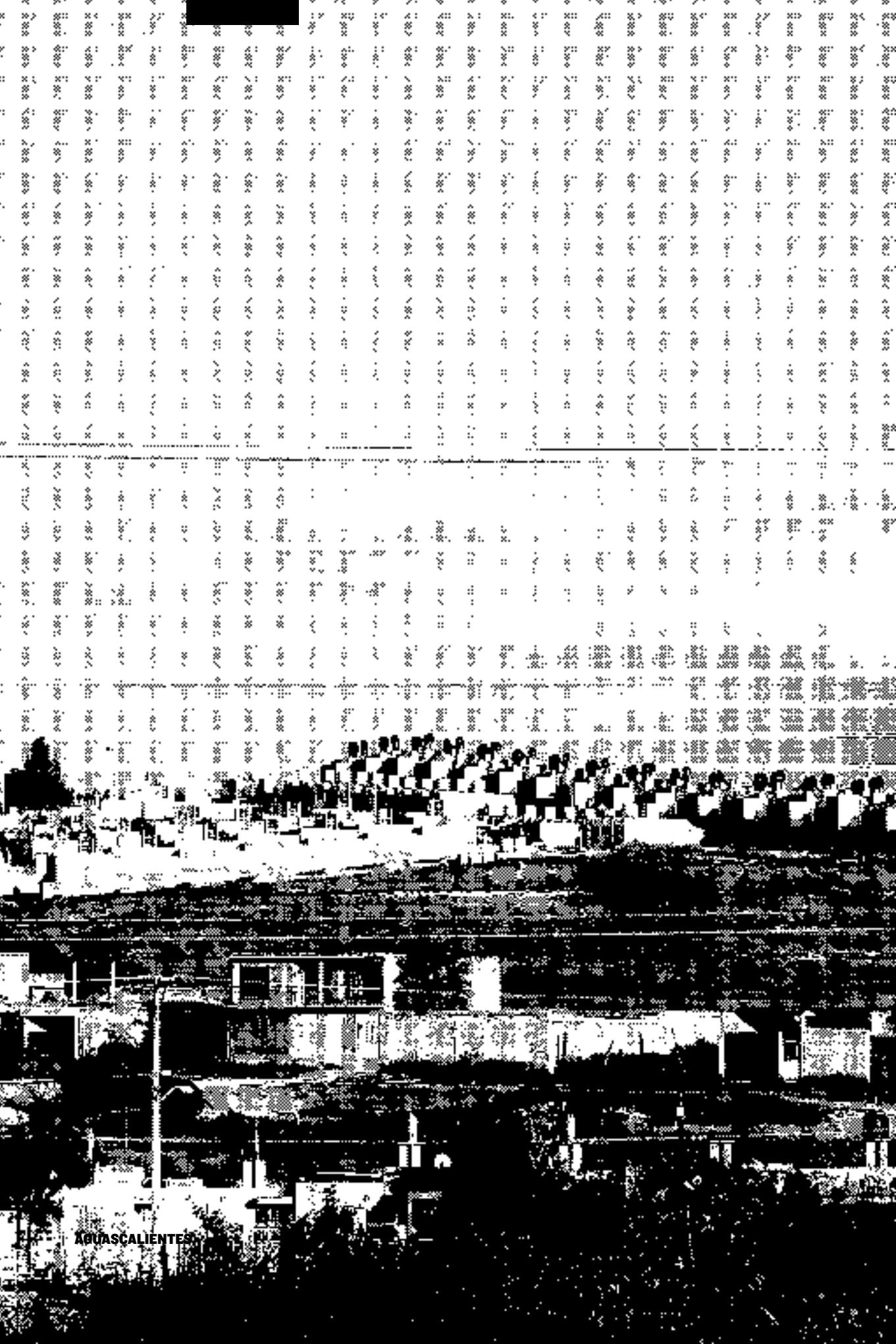
A LA SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL, AL IMSS, AL ISSSTE, A LAS SECRETARÍAS DE SALUD LOCALES Y A LAS PROCURADURÍAS DE JUSTICIA: Garantizar el acceso a la PAE, en particular para mujeres víctimas de violación sexual, de acuerdo con la Ley General de Víctimas.

ACCESO A LA JUSTICIA

A LA CNDH, A LAS COMISIONES LOCALES DE DERECHOS HUMANOS, A LOS TRIBUNALES DE JUSTICIA: Garantizar la reparación integral a las víctimas de violación a derechos humanos por casos de falta de acceso a anticoncepción, anticoncepción forzada y de esterilización forzada de acuerdo con los estándares más altos de derechos humanos y que tomen en cuenta las peticiones de las víctimas, dando seguimiento al cumplimiento de dichas recomendaciones.

2

ABORTO LEGAL Y SEGURO



AGUASCALIENTES

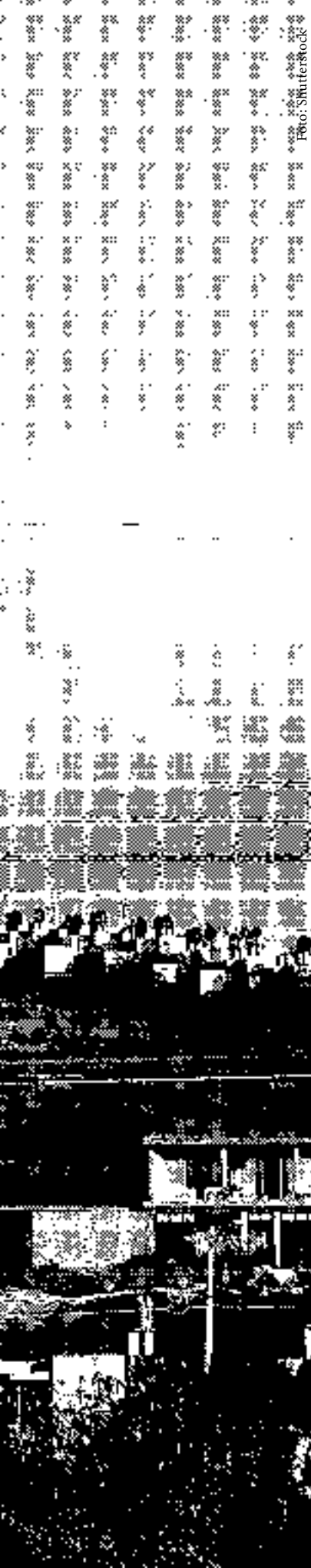


Foto: Shutterstock

I. AMPLIACIÓN DE CAUSALES DE ABORTO

I.1 CAUSAL SALUD

Diana¹

(Aguascalientes)

Diana nació en Aguascalientes, está casada con Paco, tiene 42 años y dos hijas de 10 y 17 años de edad. Diana enfrentó serios problemas de salud en ambos embarazos, los cuales derivaron en nacimientos prematuros: presión alta, problemas renales y cardíacos, pérdida de visión, preeclampsia y eclampsia que provocaron sufrimiento fetal y resultaron en la parálisis cerebral que padecen ambas niñas. Diana no puede trabajar fuera de casa. No puede más que dedicarse de tiempo completo a sus hijas.

Cuando Diana sintió un malestar en el vientre y la espalda, imaginó que era algo relacionado con los problemas renales vinculados con sus embarazos y que padece desde entonces. Pero la ausencia de su periodo menstrual la hizo sospechar que podría estar embarazada. Confirmó su estado con una prueba sanguínea y entonces acudió al Hospital de la Mujer de Aguascalientes, donde le practicaron un ultrasonido y determinaron que tenía seis semanas de gestación. Al realizar su historia clínica, constataron los riesgos que el embarazo representaba para su salud, debido a sus antecedentes médicos. La edad de Diana agravaba los riesgos que un tercer embarazo implicaría a su salud. Más aún, el embarazo representaba un riesgo a su salud física y afectaba también su salud mental: sentía mucho miedo por su vida, por el cuidado de sus hijas y cómo su ausencia las afectaría pues dependen totalmente de sus cuidados.

Ante este panorama, Diana buscó interrumpir su embarazo. Sin embargo, el personal de salud del Hospital de la Mujer le explicó que esto no era posible pues la legislación de Aguascalientes no lo permite, incluso cuando el embarazo implica un riesgo para la salud de la mujer. En efecto, el artículo 103 del Código Penal del estado de Aguascalientes establece las causales en las que el delito de aborto doloso no es punible: a) grave peligro de muerte, y b) cuando el embarazo haya sido producto de una violación.

1. El nombre ha sido cambiado por respeto a su privacidad.

Un embarazo suponía graves riesgos para la salud física de Diana, además de una angustia mental grave relacionada con la dependencia de sus hijas a sus cuidados. La falta de acceso a una Interrupción Legal del Embarazo (ILE) ante afectaciones a la salud es una muestra del incumplimiento de las autoridades con su obligación de garantizar a las mujeres el derecho a la salud. Estas obligaciones hacen necesaria la modificación de los códigos penales locales que no contemplan la causal salud y asegurar que aquellos que lo hacen garanticen un acceso efectivo a las mujeres que la soliciten.

Finalmente, gracias al acompañamiento de Fondo María,² Diana pudo trasladarse al Distrito Federal, acompañada de una amiga, para interrumpir su embarazo. Ahora está tranquila, en un mejor estado emocional, recuperada físicamente y con fuerzas para cuidar de sus hijas.

Pero las mujeres no tendrían que trasladarse. La ausencia de la causal salud para interrumpir un embarazo afecta a miles de mujeres, no sólo en Aguascalientes, sino en todas las entidades que no contemplan esta causal de aborto.

El caso de Diana ejemplifica una grave situación en la que las restricciones normativas en materia de aborto violan sistemáticamente los derechos humanos de las mujeres en México. Diana tuvo la posibilidad de contar con el apoyo de Fondo María para viajar al Distrito Federal y realizar la interrupción de su embarazo, pero muchas mujeres que viven en entidades federativas con legislación restrictiva en materia de aborto no tienen la misma oportunidad. Estas restricciones y la falta de acceso en las causales legales —en las entidades donde existen— orillan a muchas mujeres a recurrir a abortos inseguros que ponen en riesgo su salud y su vida. Así, la falta de acceso al aborto legal y seguro es una violación a los derechos reproductivos de las mujeres y tiene un impacto negativo en el ejercicio de sus derechos humanos, sus oportunidades de vida y su futuro.

2. Fondo de Aborto para la Justicia Social María otorga acompañamiento y apoyo financiero a mujeres que no cuentan con suficientes recursos para acceder a una ILE. Disponible en <<http://www.redbalance.org/maria>> [consulta: 29 de mayo de 2015].

DEFENSA DE GIRE EN EL CASO DE DIANA

A. AMPARO

Diana, con el acompañamiento de GIRE, optó por la presentación de un juicio de amparo para buscar la reparación integral de sus derechos violados. Además de constituir la medida por excelencia de protección de los derechos humanos, el carácter vinculante y la posibilidad de crear precedentes fueron elementos que se tomaron en consideración para optar por esta vía.

Así, se presentó una demanda de amparo con base en interés legítimo, cuestionando la constitucionalidad de las normas del Código Penal del estado de Aguascalientes, que no contemplan el riesgo a la salud de la mujer dentro de las causales de exclusión de responsabilidad del delito de aborto.

B. DERECHOS VIOLADOS

DERECHO A LA SALUD

La negación de los servicios de salud —basada en la falta de la causal salud en el Código Penal de Aguascalientes— que Diana requería en virtud del riesgo físico y mental grave que enfrentaba con su embarazo representa una violación a su derecho humano a la salud. Así, la ausencia de una causal en el Código Penal de Aguascalientes que no criminalice la interrupción del embarazo cuando se relacione con una afectación grave a la salud de la mujer representa una falta de cumplimiento de las obligaciones del Estado en materia de derechos humanos.

El derecho a la salud es un derecho constitucional, reconocido tanto en el tercer párrafo del artículo 4° de la Constitución, como en las normas contenidas en los tratados internacionales que México ha suscrito y que, de acuerdo con el artículo 1° de la misma, hacen parte integral del ordenamiento constitucional, como el artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador), el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) y el artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW).

Es importante resaltar que el concepto de salud al que se refiere este derecho debe entenderse en un sentido integral; esto es, acorde con la definición establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS): el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades. Este concepto de salud ha sido retomado por diferentes organismos internacionales de derechos humanos y debe guiar la interpretación que los jueces, legisladores y funcionarios públicos en general hagan de la protección del derecho a la salud establecido en la Constitución.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC) ha interpretado en su Observación General 14 que el derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano, sino que implica también la creación de un sistema de protección que brinde a las personas las mismas oportunidades para disfrutar del más alto nivel posible de salud.

Las obligaciones del Estado con respecto al derecho a la salud implican tomar las medidas administrativas, legislativas, judiciales y presupuestales necesarias para proteger la salud —entendida desde una visión integral— de las personas. También, reconocer la interdependencia entre el derecho a la salud y otros derechos humanos, como el derecho a la vida, el derecho a la vida privada (autonomía reproductiva) y el derecho a una vida libre de violencia. En materia específica de aborto, la protección al derecho

a la salud implica permitir el acceso a la ILE por peligro de grave daño a la salud de la mujer, así como interpretar otras causales existentes como peligro de muerte y violación sexual conforme a los estándares más altos de protección. La manera en la que se interpreten estos casos debe tomar en cuenta siempre la dimensión integral del concepto de salud y no limitarse a su aspecto físico. Por lo tanto, las normas que regulan el acceso al aborto deben estar armonizadas con los estándares más altos de protección a derechos humanos y, en caso de que no lo estuvieran, la interpretación y aplicación que de ellas hagan las autoridades judiciales y administrativas deberán aplicar estos estándares.

Un caso de aborto revisado por el Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas sirve para ilustrar este tema:

K. L. VS. PERÚ. COMITÉ DE DERECHOS HUMANOS³

En noviembre de 2005 el Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas resolvió un caso de aborto. El caso concierne a K. L., una mujer peruana de 17 años que quedó embarazada y, tras un examen médico, descubrió que gestaba un producto anencefálico.⁴ El médico que la atendió le informó que el producto no tendría posibilidades de sobrevivir, le comunicó los riesgos para su vida y su salud de continuar con el embarazo y le informó de su posibilidad de realizar una interrupción. K. L. entonces solicitó interrumpir su embarazo y realizó los exámenes correspondientes.

Sin embargo, el médico del hospital que debía emitir la autorización se negó a hacerlo, alegando que el embarazo no suponía un riesgo inminente para su vida y, por lo tanto, no entraba dentro del supuesto legal de aborto establecido en el Código Penal de Perú. Así, K. L. fue obligada a llevar el embarazo a término, parió a una bebé con anencefalia que vivió cuatro días y fue obligada a amamantarla durante ese tiempo. Tras este evento, su-

frío una profunda depresión, así como repercusiones físicas en su salud.

K. L., representada por las organizaciones DEMUS Estudio para la Defensa de los Derechos de la Mujer, Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM) y el Center for Reproductive Rights (CRR), llevó su caso ante el Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas, quien determinó que Perú había violado sus derechos humanos a la vida privada y a la salud. Además, el Estado había fallado en proporcionarle la especial protección que requería dada su minoría de edad. El Comité concluyó que el acceso al derecho a la salud supone la necesidad de permitir el aborto legal y seguro al menos en las ocasiones en que la salud y la vida de la mujer estén en riesgo, entendiendo el concepto de salud desde un punto de vista integral que comprenda su dimensión mental, emocional y social, y no sólo su aspecto físico.

A pesar de que estos precedentes indican la necesidad de asegurar el acceso de Diana a una interrupción del embarazo por riesgo a la salud, la demanda de amparo interpuesta por GIRE en representación de Diana fue sobreesidida debido a que el Juez Segundo de Distrito en el estado de Aguascalientes no reconoció el interés legítimo de Diana, argumentando que, por haber interrumpido su embarazo, la legislación ya no la perjudicaba. En respuesta, se interpuso un recurso de queja. Sin embargo, el Segundo Tribunal Colegiado de Circuito en Aguascalientes confirmó la decisión del Juez, eliminando la posibilidad de continuar el caso por medio de recursos internos.

3. Naciones Unidas, Comité de Derechos Humanos, [*Caso K.L. vs. Perú*] *Dictamen: Comunicación No. 1153/2003*, [CCPR/C/85/D/1153/2003], 85º periodo de sesiones (2005). Disponible en <<http://bit.ly/1RYwb0e>> [consulta: 24 de julio de 2015].

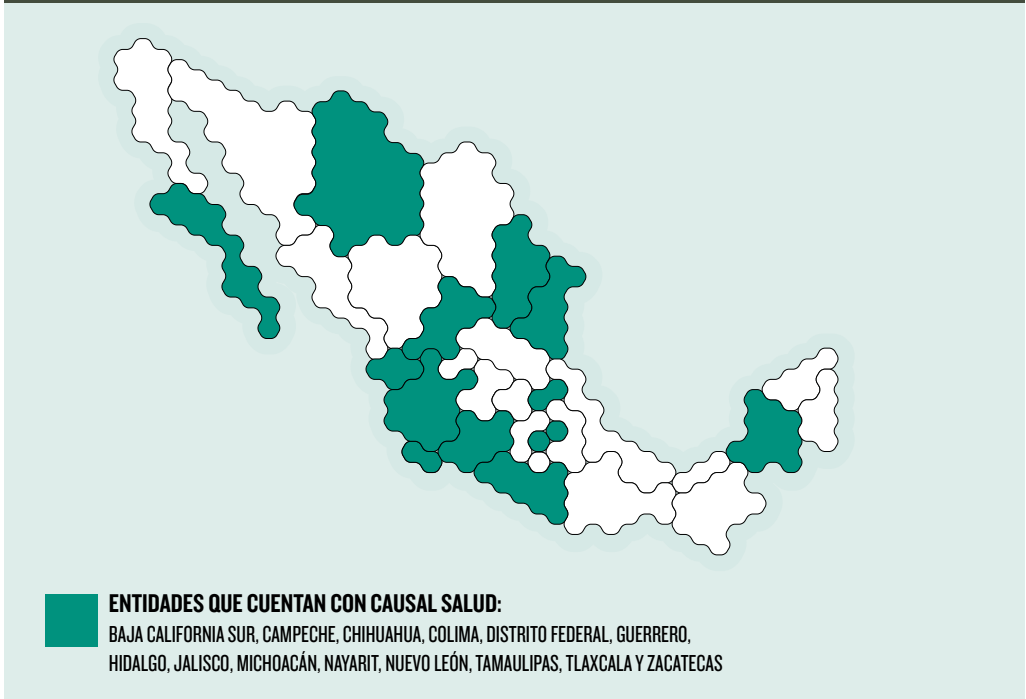
4. La anencefalia es una anomalía del tubo neural, para la cual no existe tratamiento, en la que un feto se desarrolla sin un cráneo y parte del cerebro, provocando su muerte al poco tiempo de nacido. Véase Kaneshiro, Neil K., "Anencefalia" en *Medline Plus* [web site], enero de 2011. Disponible en <<http://1.usa.gov/1IP1G7g>> [consulta: 25 de febrero de 2015].

1.1.1 MARCO NORMATIVO

En México el aborto es un delito con causales de exclusión de responsabilidad penal o de no punibilidad. Su regulación varía de entidad a entidad; es decir, cada entidad federativa establece cuándo el aborto es delito o no, qué procedimientos debe seguir una mujer para solicitar una ILE y cómo debe prestarse el servicio en las instituciones de salud. Esto provoca una situación de discriminación jurídica, ya que las mujeres tienen más o menos derecho a interrumpir un embarazo dependiendo de su lugar de residencia.

CAUSAL SALUD EN CÓDIGOS PENALES

CÓDIGO PENAL FEDERAL: NO SE CUENTA CON CAUSAL SALUD



Fuente: GIRE, mayo 2015.

La causal salud se encuentra contemplada en 14 entidades federativas: Baja California Sur, Campeche, Chihuahua, Colima, Distrito Federal, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Nayarit, Nuevo León, Tamaulipas, Tlaxcala y Zacatecas. A pesar de que cada código penal regula los requisitos de acceso a esta causal, todas las regulaciones se encuentran definidas en términos muy similares: “Cuando la mujer embarazada corra peligro de afectación grave a su salud a juicio del médico que la asista, quien deberá oír previamente el dictamen de otro médico, siempre que esto fuere posible y no sea peligrosa la demora”. Así, se establece la necesidad de una opinión médica para sustentar el riesgo a la salud que supone el embarazo y, en caso de no provocar una demora que cause peligro para la mujer, el dictamen de un segundo médico. Este requisito puede constituir un obstáculo para el ejercicio del derecho a la vida privada y la salud las mujeres. **La mujer es la única que puede decidir cuánta afectación o cuánto riesgo de afectación de la salud está dispuesta a asumir y no puede ser obligada a soportar cargas desproporcionadas que no desea.**

AMPARO COLECTIVO EN GUERRERO

La Alianza Nacional por el Derecho a Decidir,⁵ la red DDESER⁶ en Guerrero y un grupo de mujeres guerrerenses presentaron en junio de 2014 un amparo colectivo para hacer cumplir su derecho a la salud, a través del reconocimiento del riesgo a la salud y peligro de vida como causales de aborto en el Código Penal del estado de Guerrero. Dicho amparo fue sobreesido por el Juez Primero de Distrito en el estado de Guerrero por considerar que no había un acto de aplicación por las normas impugnadas frente a lo que se presentó un recurso de revisión mismo que está pendiente de resolverse por un Tribunal Colegiado.

Dada la criminalización del aborto en los casos en que la vida y la salud de las mujeres estén en riesgo, las proponentes consideraron que existe una restricción injustificada en el marco legal del estado de Guerrero que vulnera los derechos a la vida y la salud, al restringir a las mujeres el acceso a servicios seguros de interrupción del embarazo. En efecto, las condiciones en que las mujeres guerrerenses se realizan un aborto son particularmente inseguras. De acuerdo con datos de IPAS,⁷ entre 2000 y 2011 Guerrero fue la entidad con el primer lugar a nivel nacional de letalidad de mujeres por aborto, casi tres veces más alta que el promedio nacional.⁸

El objetivo del amparo era que el Congreso local reformara el Código Penal para incluir la afectación a la salud y el peligro de vida como causales legales para acceder a la interrupción legal del embarazo y garantizar así el acceso a estos servicios en las instituciones públicas de salud.

En el marco de este proceso de amparo, el 1 de agosto de 2014 se publicó en el *Periódico Oficial* del estado de Guerrero un nuevo código penal, que entró en vigor el 29 de noviembre del mismo año. En éste, se contempló como excluyente de responsabilidad del delito de aborto el peligro de una afectación grave a la salud de la mujer. Se estableció, además, que en estos supuestos los médicos deberán dar información veraz y oportuna a las mujeres para que tomen una decisión libre e informada. La publicación de este código no incluye la causal de peligro de muerte y, por lo tanto, hace necesaria la continuación del juicio de amparo. Sin embargo, representa una importante victoria para las mujeres de la entidad, pues no serán criminalizadas por interrumpir un embarazo cuando su salud se encuentre en riesgo.

5. Desde su formación en el año 2000, la Alianza Nacional por el Derecho a Decidir busca posicionar los derechos reproductivos en la agenda pública con el propósito de mejorar las condiciones del acceso al aborto legal y seguro para las mujeres en México. La Alianza se encuentra compuesta por cinco organizaciones líderes en el campo de los derechos sexuales y reproductivos: Católicas por el Derecho a Decidir; Equidad de Género: Ciudadanía, Trabajo y Familia; Ipas Mexico; Population Council Mexico, y GIRE.
6. La Red por los Derechos Sexuales y Reproductivos en México (DDESER) tiene como objetivo la promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, las y los jóvenes en México. Disponible en <<http://www.ddeser.org>> [consulta: 29 de mayo de 2015].
7. Fundada en 1973, Ipas es una organización internacional no gubernamental dedicada a eliminar las muertes y discapacidades evitables atribuibles al aborto inseguro. Para más información véase <<http://www.ipas.org/es-MX.aspx>> [consulta 29 de mayo de 2015].
8. Schiavon Ermani, Raffaella, *Aportaciones para el debate sobre la despenalización del aborto en el Estado de Guerrero: argumentos desde la salud pública y la justicia reproductiva*, México, IPAS, 2014. Disponible en <<http://bit.ly/1Ueuuu>> [consulta: 26 de febrero de 2015].

I.1.2 EXPERIENCIAS COMPARADAS SOBRE ABORTO POR RIESGO A LA SALUD DE LA MUJER

La protección del derecho a la salud requiere que exista la posibilidad de interrumpir legalmente un embarazo si éste supone un riesgo a la salud de la mujer. Además, de acuerdo con los estándares internacionales, los requisitos de acceso a la causal salud no deben incluir una lista cerrada de afectaciones a la salud física o mental. En cambio, la interpretación de esta causal debe ser acorde con una visión integral de la salud basada en las recomendaciones y sentencias emitidas por los órganos internacionales. La evaluación del riesgo a la salud que corre una mujer por un embarazo debe considerar criterios científicos, pero también elementos subjetivos que son particulares a cada mujer y para los que sólo ella tendrá una opinión informada. La mujer es la única que puede decidir cuánta afectación o cuánto riesgo de afectación de la salud está dispuesta a asumir y no puede ser obligada a soportar cargas desproporcionadas que no desea.⁹ Un precedente internacional importante en este sentido es el caso de *Tysiacy vs. Polonia*, resuelto por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos.

PRECEDENTE INTERNACIONAL SOBRE CAUSAL SALUD: TYSIAC VS. POLONIA¹⁰

El caso concierne a Alicja Tysiacy, ciudadana polaca que desde los seis años fue diagnosticada con miopía grave. A sus 29 años, Alicja recibió de parte de un panel médico estatal un certificado de “discapacidad media” a causa de los problemas en su visión. Ella tenía dos hijos. Poco tiempo después, se embarazó y acudió a una revisión médica preocupada por el efecto que el embarazo podría tener en su salud. Alicja recibió el dictamen de tres oftalmólogos, que concluyeron que el embarazo suponía un riesgo grave para su visión, pero se negaron a recomendar una interrupción del embarazo con fines terapéuticos.

Más tarde, un médico general le otorgó un certificado de riesgo y una recomendación para interrumpir su embarazo, tanto por el grave riesgo a su visión, como por un posible daño al útero relacionado con sus embarazos previos. Sin embargo, el gineco-obstetra que finalmente revisó su caso determinó que no existían elementos para autorizar una interrupción del embarazo y Alicja dio a luz por cesá-

rea en noviembre de 2000. Tras el nacimiento, su visión se deterioró gravemente. Desde entonces se encuentra criando a sus tres hijos sola y prácticamente ciega.

Alicja, representada por dos abogadas particulares, así como por la organización internacional Interights, Londres, presentó su caso ante el Tribunal Europeo de Derechos Humanos en enero de 2003. La sentencia del tribunal, emitida el 20 de marzo de 2007, determinó que el Estado polaco violó el derecho a su vida privada y afectó de manera significativa su capacidad para cuidar a sus hijos, para lo cual estableció el pago de una indemnización por el daño ocasionado. Este caso es importante pues analiza la circunstancia en la que no exista un consenso unánime entre el personal médico que atiende a una mujer con respecto a los riesgos que enfrenta por un embarazo, así como la relevancia de escuchar y permitir la participación de la mujer en el proceso de discusión sobre su propia salud.

9. González Vélez, Ana (coord.), *Causal salud: interrupción legal del embarazo, ética y derechos humanos*, Montevideo, Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, Alianza Nacional por el Derecho a Decidir, 2008, p. 76.

10. Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Case of Tysiacy v. Poland*, Application no. 5410/03: Judgment Final, 24 de septiembre de 2007. Disponible en <<http://bit.ly/1O6BNzc>> [consulta: 29 de mayo de 2015].

En este sentido, para identificar el riesgo que un embarazo supone para una mujer, quienes participan en la aplicación de la causal salud deben tener en cuenta: a) cómo afecta a su salud en términos de pérdida de bienestar, pérdida de calidad de vida y años de vida saludable; b) que los riesgos para la salud de las mujeres son complejos e implican diversos factores y dimensiones de la salud; c) que estos riesgos dependen también del momento de la vida por el que cada mujer atraviesa.¹¹ En los casos en los que existan varias causales aplicables, se debe aplicar aquella cuyos requisitos sean menos gravosos o exijan menos trámites para la mujer.

MALENA¹² (DISTRITO FEDERAL)

Malena tenía 40 años, vivía en el Distrito Federal y era derechohabiente del ISSSTE. Estaba embarazada, pero pronto se enteró de que su embarazo era de alto riesgo debido a una combinación de factores: su edad, un problema de obesidad y una cirugía previa de bypass gástrico. Además, en un control médico durante su embarazo, diagnosticaron al producto con el síndrome de Klinefelter.¹³

Ante estas circunstancias, decidió solicitar a los servicios de salud del ISSSTE una ILE por riesgo a la salud. Ahí le negaron el servicio bajo el argumento de que el Código Penal Federal no contempla esa causal de aborto.

Tras la negativa, Malena acudió a una clínica privada para la interrupción de su embarazo. Después de realizado el procedimiento, presentó una demanda de amparo con el acompañamiento de GIRE alegando la inconstitucionalidad de los artículos 333 y 334 del Código Penal Federal, por considerar que la restricción a que las mujeres puedan interrumpir su embarazo por motivos de salud o cuando se encuentre en riesgo su vida es una violación al derecho a la salud, a la integridad física y a la no discriminación, entre otros.

El Juez Décimo de Distrito en Materia Penal en el Distrito Federal decidió sobreseer el juicio de amparo por considerar que, al haberse realizado la interrupción, ya no había materia sobre la cual pronunciarse, además de que no era posible “restituir” los derechos violados. Contra esta determinación se interpuso un recurso de revisión señalando que, independientemente de la interrupción del embarazo, es necesario que haya un pronunciamiento respecto de la constitucionalidad de los artículos impugnados del Código Penal Federal. Dicho recurso se encuentra en estudio.

11. González Vélez, Ana (coord.), *Op. cit.*, p. 125

12. El nombre ha sido cambiado por respeto a su privacidad.

13. El síndrome de Klinefelter se presenta en productos del sexo masculino que se desarrollan con al menos un cromosoma X de más. Esto puede inhibir el desarrollo sexual en la pubertad y provocar infertilidad, entre otras cosas. Véase Haldeman-Englert, Chad, “Síndrome de Klinefelter” en *Medline Plus* [sitio web], febrero de 2012. Disponible en <<http://1.usa.gov/1TuORIC>> [consulta: 25 de mayo de 2015].

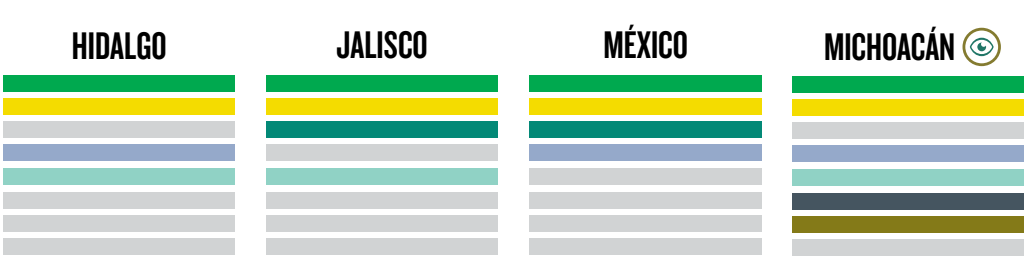
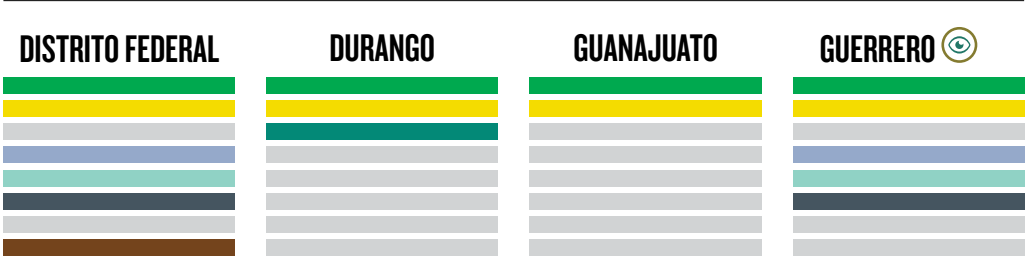
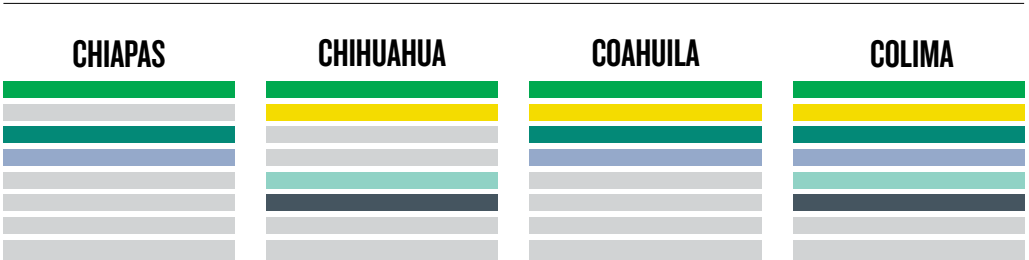
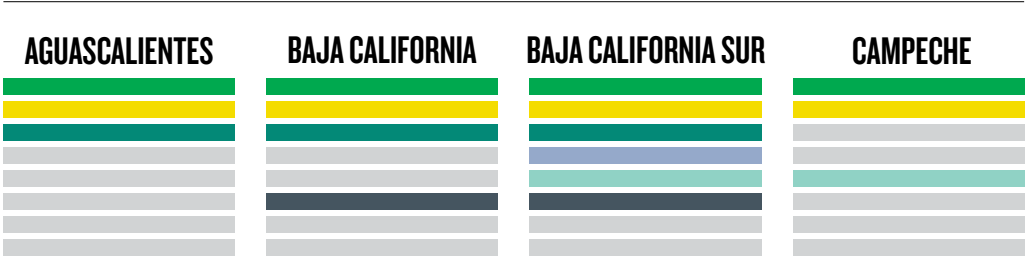
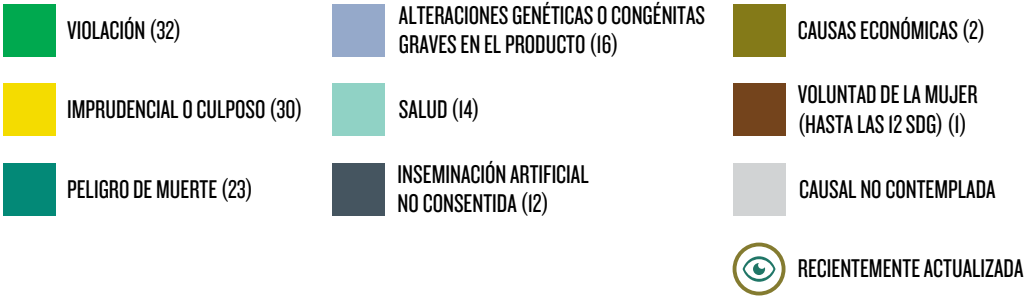
1.2 OTRAS CAUSALES

Las regulaciones en materia de aborto en México, en general, son restrictivas, excepto en el Distrito Federal, donde el aborto está permitido por voluntad de la mujer en las primeras 12 semanas de gestación. El aborto en casos en los que el embarazo es producto de una violación sexual es la única causal legal que existe en todo el país. En el resto de las entidades federativas existen otras causales de no punibilidad de aborto o de exclusión de responsabilidad: riesgo grave para la vida, alteraciones genéticas en el producto, inseminación artificial no consentida y situación económica.

Foto: Shutterstock



CAUSALES DE ABORTO EN CÓDIGOS PENALES

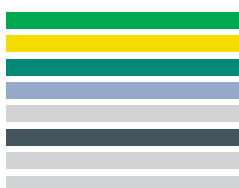


Fuente: GIRE, mayo 2015.

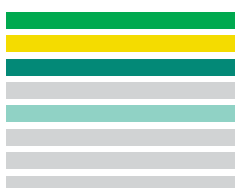
FEDERAL



MORELOS



NAYARIT



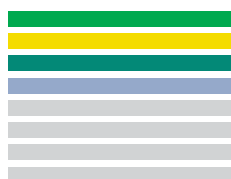
NUEVO LEÓN



OAXACA



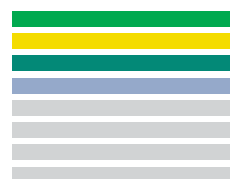
PUEBLA



QUERÉTARO



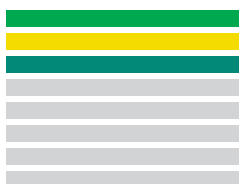
QUINTANA ROO



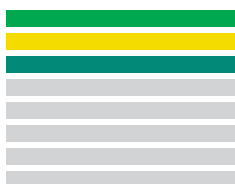
SAN LUIS POTOSÍ



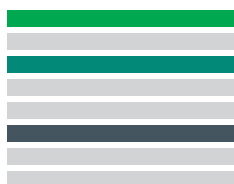
SINALOA



SONORA



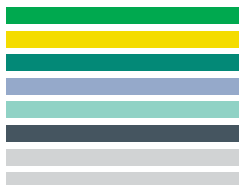
TABASCO



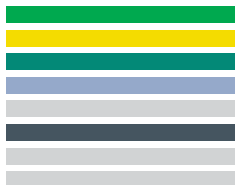
TAMAULIPAS



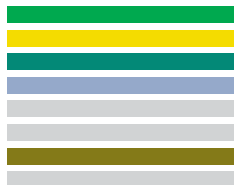
TLAXCALA 



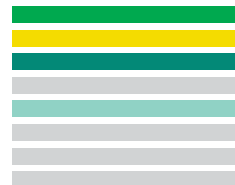
VERACRUZ



YUCATÁN



ZACATECAS



RECIENTE AMPLIACIÓN DE CAUSALES EN EL PAÍS

Desde abril de 2013, fecha de la publicación del informe de GIRE *Omisión e indiferencia. Derechos reproductivos en México*, hasta mayo de 2015, se modificó la legislación penal en materia de aborto en tres estados: Guerrero, Michoacán y Tlaxcala. Como se describió anteriormente, en noviembre de 2014 en el caso de Guerrero se expidió un nuevo código penal que incluye como excluyente de responsabilidad del delito de aborto el riesgo grave a la salud de la mujer. En Michoacán un nuevo código penal publicado el 17 de diciembre de 2014 agregó nuevas causales de exclusión para el delito de aborto: malformaciones genéticas en el producto, inseminación artificial no consentida y situación económica precaria. Por último, en el marco de una inminente discusión en la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) sobre la constitucionalidad de las modificaciones a la normativa sobre aborto en la entidad, el Congreso del estado de Tlaxcala reformó su Código Penal para incluir las malformaciones graves en el producto como excluyente de responsabilidad del delito de aborto.

TLAXCALA: LA COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS FRENTE A LA DEROGACIÓN DE CAUSALES

El 31 de mayo de 2013 se publicó en la Gaceta Oficial del estado de Tlaxcala el nuevo Código Penal de la entidad, en el cual se reformó la regulación del aborto en materia de causales: se eliminó la de grave daño a la salud de la mujer y se agregó la de alteraciones genéticas en el producto. Debido a la eliminación de la causal salud y, con fundamento en las obligaciones de las autoridades de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con el principio de progresividad, el presidente de la Comisión Estatal de Derechos Humanos (CEDH) de Tlaxcala, Francisco Mixcoatl Antonio, interpuso una acción de inconstitucionalidad ante la SCJN en contra del nuevo Código Penal.

Como consecuencia de lo anterior, y previo a la discusión en la SCJN sobre esta acción de inconstitucionalidad, el Congreso del estado reformó de nuevo su Código Penal. La reforma, publicada el 5 de diciembre de 2013 modificaba los artículos 241, 242 y 243 del Código Penal para incluir la inseminación artificial no consentida como excluyente de responsabilidad del delito de aborto y regresaba la causal salud, antes eliminada. Con esta regulación se eliminaron modificaciones benéficas para el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres que habían sido aprobadas anteriormente: la causal de alteraciones genéticas y/o congénitas del producto y la denominación de excluyentes de responsabilidad penal de todas las causales,¹⁴ motivo por el cual el Presidente de la CEDH presentó de nueva cuenta una acción de inconstitucionalidad.

A unos días de la discusión en la SCJN sobre dicha acción de inconstitucionalidad, el 23 de abril de 2015 el Congreso del estado de Tlaxcala aprobó una nueva reforma a su Código Penal en el que se incluye la causal de alteraciones graves en el producto y se establece que esa y las causales anteriores son excluyentes de responsabilidad, en lugar de causales de no punibilidad. Es decir, en esos casos, el aborto no es un delito.

14. Al denominar ciertas causales como excluyentes de responsabilidad, el aborto deja de ser un delito en esos casos. En contraste, cuando las causales se denominan como de no punibilidad, el aborto continúa siendo un delito, pero que no se sanciona en esas circunstancias.

MICHOACÁN

El 17 de diciembre de 2014 se publicó en el Periódico Oficial del estado de Michoacán un nuevo código penal en virtud del cual se incluyeron nuevas causales de exclusión de responsabilidad para el delito de aborto: inseminación y procreación no consentida, precaria situación económica y malformaciones graves del producto de la concepción; además de modificar la sanción penal para las mujeres que se realicen un aborto voluntario, la cual consistirá en trabajo a favor de la comunidad, entre seis meses y un año.

A pesar de que estas modificaciones son positivas, ya que amplían los supuestos en que las mujeres pueden acceder a los servicios de interrupción del embarazo, la reforma fue omisa en modificar la ley de salud local para garantizar el acceso a dichos servicios, además de que en las causales de violación, inseminación no consentida, procreación no consentida y precaria situación económica se permite sólo hasta las 12 primeras semanas de gestación y con la “debida justificación”, sin establecerse cuáles son los elementos de ésta ni la justificación del plazo. **Más importante aún, la reforma eliminó la causal de peligro de muerte incluida en la versión anterior del código, lo que representa un grave retroceso en el acceso de las mujeres a una interrupción del embarazo en el estado de Michoacán y una violación a su derecho a la vida.**

Foto: Shutterstock



2. ACCESO A CAUSALES DE ABORTO LEGAL

2.1 CAUSAL VIOLACIÓN

Rosa¹⁵

(Estado de México)

Rosa es la segunda de cuatro hijos, tiene 14 años de edad y vive en Tlalnepantla, estado de México. Durante casi un año fue violada por su padre quien, además, la tuvo amenazada con hacerle daño a su mamá si decía algo. Al tratarse de un hombre violento, Rosa prefirió no denunciar lo que había sucedido. Empezaba el tercer año de secundaria, pero no tenía ganas de ir a la escuela, ni de salir a la calle siquiera. El 6 de octubre de 2014 su madre, al darse cuenta de los cambios en la conducta de Rosa, le preguntó si sucedía algo y le pidió a su madrina que la llevara al médico. En la clínica, la doctora la envió a realizarse un ultrasonido, en donde se reveló que cursaba un embarazo de aproximadamente 16 semanas.

Rosa le contó a su mamá lo que había pasado y, al día siguiente, acudieron juntas al Ministerio Público a presentar una denuncia por violación sexual en contra de su padre. Ahí les dijeron que, por lo avanzado del embarazo, ya no procedía interrumpirlo, y les dieron la dirección de algunos lugares que podrían atenderla para continuar con el embarazo. En efecto, el artículo 151 del Código de Procedimientos Penales del Estado de México advierte que el juez de control puede autorizar una interrupción del embarazo producto de una violación siempre y cuando éste no rebase las 12 semanas. El personal del Ministerio Público le ofreció asistencia psicológica y médica; sin embargo, en palabras de Rosa: “yo no quiero ir, lo único que quiero es ya no estar embarazada para poder volver a hacer mi vida normal”.

Rosa quería interrumpir su embarazo, pero superaba los límites establecidos por la norma. El límite de tiempo impuesto en el Código de Procedimientos Penales hizo inaccesible la interrupción de su embarazo y violó, entre otros, su derecho a la salud y a una vida libre de violencia.

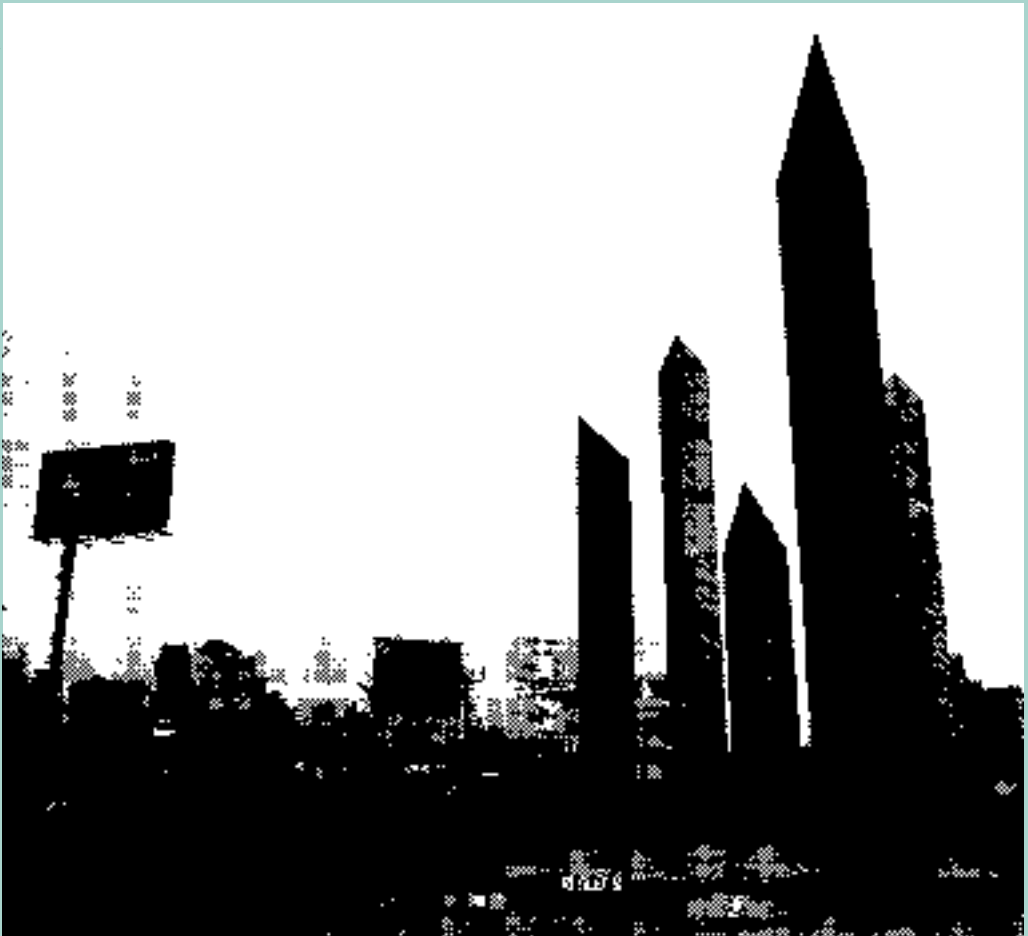
Finalmente, Rosa se trasladó al Distrito Federal con el acompañamiento de DDSER y GIRE. Ahí se determinó que el embarazo implicaba un alto riesgo a su salud¹⁶ y pudo interrumpirlo. Gracias a las terapias psicológicas ha podido vencer su miedo de salir de casa, a pesar de que su agresor sigue en libertad, y gracias al apoyo de la secundaria técnica a la que asiste pudo retomar sus estudios y terminar la secundaria.

15. El nombre ha sido cambiado por respeto a su privacidad.

De acuerdo con la oms, las niñas embarazadas menores de 16 años corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años, y la tasa de mortalidad de sus neonatos es aproximadamente 50 por ciento superior.¹⁷ A pesar de que logró interrumpir su embarazo, tanto la actuación de las autoridades de justicia como las disposiciones del Código de Procedimientos Penales del Estado de México violaron los derechos humanos de Rosa, situación que se agrava por tratarse de una niña.

El caso de Rosa no es único. Las estimaciones de aborto por edad muestran que la tasa más elevada se observa entre las mujeres de 20 a 24 años —de 55 abortos por cada mil mujeres— y desciende gradualmente con la edad. Sin embargo, las niñas y adolescentes presentan la segunda tasa más alta: 44 por cada mil mujeres.¹⁸ A pesar de ser la única causal de aborto contemplada en todas las entidades federativas del país, el aborto por violación es de difícil acceso. Las víctimas de violencia enfrentan maltrato, falta de información y requisitos sin sustento al acudir al sistema de justicia. Las autoridades incumplen su deber de prevenir la violencia de género y no acogen sus obligaciones de atención. La existencia de plazos y otras barreras para acceder al aborto por violación no son exclusivas del estado de México, también las hay en otras entidades federativas, como se verá más adelante.

Foto: Tito Reynoso



16. De acuerdo con el artículo 148, fracción II del Código Penal del Distrito Federal, es causal excluyente de responsabilidad penal del delito de aborto en dicha entidad, y se cuenta con un plazo de 20 semanas de gestación para llevarse a cabo. Véase “Acuerdo que reforma, adiciona y deroga diversos puntos de la Circular/GDF-SSDF-01/06 que contiene los Lineamientos Generales de Organización y Operación de los Servicios de Salud relacionados con la interrupción legal del embarazo en el Distrito Federal publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 15 de noviembre de 2006: Tercero, punto I” en *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, 17ª época, núm. 1377, 20 de junio de 2012. Disponible en <<http://bit.ly/1gKnfIs>> [consulta: 20 de febrero de 2015].
17. OMS, “Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo” en *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, vol. 87, junio 2009, p. 405-484. Disponible en <<http://bit.ly/1iuHrwl>> [consulta: 25 de febrero de 2015].
18. Juárez F., et al., *Embarazo no planeado y aborto inducido en México: causas y consecuencias*, Nueva York, Guttmacher Institute, 2013, p. 21.

DEFENSA DE GIRE EN EL CASO DE ROSA

A. AMPARO

Ante la falta de acceso a una ILE, Rosa decidió presentar, acompañada por GIRE, una demanda de amparo en la que se reclamó la violación de sus derechos a la salud, a la igualdad y a la no discriminación, a la integridad personal y a la vida privada, de conformidad con el principio de interés superior de la niñez; violaciones cometidas en virtud de la normativa del estado de México, en específico el artículo 151 del Código de Procedimientos Penales.

Dada la necesidad de lograr el acceso a los servicios de ILE por causal violación reconocido en la Ley General de Víctimas (LGV) y en el Código Penal del Estado de México, Rosa decidió optar por el amparo como mecanismo jurisdiccional de protección de los derechos humanos.

Además de constituir la medida por excelencia de protección de los derechos humanos, el carácter vinculante y la posibilidad de crear precedentes fueron elementos que se tomaron en consideración para optar por esta vía como medida para lograr que se ordenara la realización de la interrupción del embarazo de Rosa, inaplicando así en el caso específico la norma que establece la necesidad de cumplir con un plazo para acceder al aborto por causal violación en el estado de México.

B. DERECHOS VIOLADOS

DERECHO A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA

El caso de Rosa es representativo de diversas violaciones a los derechos humanos, entre los que destaca el derecho a una vida libre de violencia, que el Estado está obligado a respetar, garantizar y proteger.

El derecho a una vida libre de violencia está reconocido en el artículo 1º de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención Belém do Pará) que define la violencia contra las mujeres como cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado, y establece en su artículo 7º la obligación de debida diligencia del Estado para investigarla y sancionarla:

ARTÍCULO 7. Los Estados Partes condenan todas las formas de violencia contra la mujer y convienen en adoptar, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar dicha violencia y en llevar a cabo lo siguiente: [...]

- c. incluir en su legislación interna normas penales, civiles y administrativas, así como las de otra naturaleza que sean necesarias para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer y adoptar las medidas administrativas apropiadas que sean del caso; [...]

Al interpretar el artículo 7º de la Convención Belém do Pará, en la sentencia del caso *Campo Algodonero vs. México*, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CoIDH) ha considerado que el Estado tiene un deber estricto de prevenir, sancionar e investigar la violencia contra las mujeres y que debe adoptar las medidas necesarias para actuar con la debida diligencia en estos casos.¹⁹

En su Recomendación General 19 “La violencia contra la mujer”, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Comité CEDAW) instó a los Estados a proporcionar protección y apoyo apropiados a las víctimas de violación sexual; capacitar a los funcionarios judiciales, los agentes del orden público y otros funcionarios para aplicar la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), tomar medidas para impedir la coacción con respecto a la reproducción para que las mujeres no se vean obligadas a buscar procedimientos médicos riesgosos, como abortos inseguros por falta de servicios apropiados en las instituciones de salud. Este Comité también recomendó a los Estados garantizar que en las zonas rurales los servicios para víctimas de violencia sean asequibles a las mujeres.²⁰

El caso de Rosa es representativo de la alta prevalencia de violencia sexual en contra de niñas y adolescentes en México, así como de la omisión por parte de las autoridades para prevenir y atender este fenómeno. La atención integral a las víctimas de violencia sexual —que incluye el acceso a la ILE por violación— representa un componente esencial para garantizar el derecho a una vida libre de violencia. A pesar de existir una causal de no punibilidad de aborto por violación en la normativa estatal, el hecho de que se establezca un plazo de 12 semanas de gestación impidió que Rosa accediera a este servicio, provocando que se violara su derecho a una vida libre de violencia, además de un riesgo a su salud relacionado con su corta edad.

En el caso de Rosa las autoridades tenían un deber especial de protección debido a su condición de niña, que debió tomarse en cuenta por la vulnerabilidad que esto le implica y el riesgo particular a su salud por un embarazo. Este deber especial de protección hacia la infancia se encuentra establecido de manera clara en instrumentos de derechos humanos como la Convención de los Derechos del Niño, la Convención Belém do Pará y el artículo 1º constitucional. Un caso resuelto por el Comité CEDAW con respecto al acceso al aborto para una niña víctima de abuso sexual sirve para ilustrar estas obligaciones.

19. Corte IDH, *Caso González y otras (“Campo Algodonero”) vs. México. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 16 de noviembre de 2009*. Serie C. No.205, párrafo 450. Disponible en <<http://bit.ly/1kho5vc>> [consulta: 6 de junio de 2015].

20. Naciones Unidas, Comité CEDAW, *Recomendación General 19. La violencia contra la mujer*. 11º periodo de sesiones (1992). Disponible en <<http://bit.ly/VoLxjn>> [consulta: 25 de julio de 2015].

L. C. VS PERÚ: COMITÉ CEDAW²¹

El caso concierne a L. C., una niña peruana de 13 años que resultó embarazada producto de una violación sexual. En un estado de depresión consecuencia de su embarazo y del continuo abuso sexual que sufrió, L. C. trató de suicidarse saltando de un edificio, lo que le causó un daño grave a la columna que debía ser atendido inmediatamente para evitar una parálisis irreversible. Sin embargo, los médicos que la atendieron se negaron a realizar la cirugía porque estaba embarazada. L. C. y su madre solicitaron una interrupción del embarazo, de conformidad con el Código Penal de Perú que permite el aborto terapéutico. A pesar de los dictámenes médicos que certificaban el riesgo a la salud física y mental de L. C. de continuar con el embarazo, las autoridades se negaron a autorizar el aborto por considerar que su vida no corría un grave peligro. Unos meses después, L. C. tuvo un aborto espontáneo y finalmente recibió la operación que había sido recomendada con urgencia, pero ya era demasiado tarde. L. C. quedó en estado parapléjico y tuvo que abandonar sus estudios.

El caso fue llevado al Comité CEDAW en 2009 por la madre de L.C, representada por el Center for Reproductive Rights (CRR) y el Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos. El 17 de octubre de 2011 el Comité CEDAW resolvió que el Estado peruano había violado los derechos de L. C. protegidos por el artículo 12 de la CEDAW relativos a la no discriminación en el acceso a servicios médicos y el artículo 5, al perpetuar estereotipos de género que otorgan una mayor protección al feto que a la vida y la salud de la mujer. El Comité recomendó al Estado peruano efectuar medidas para asegurar el acceso al aborto terapéutico permitido por su legislación, así como asegurarse que las unidades de salud actúen conforme a la Recomendación 24 del Comité sobre la salud de las mujeres. Finalmente, recomendó al Estado la despenalización del aborto en casos de violación sexual.

En el caso *L. C. vs. Perú*, el Comité CEDAW recomendó al Estado peruano despenalizar el aborto en casos de violación sexual. A pesar de que en México la causal de violación sexual se encuentra contemplada en todas las entidades federativas, las recomendaciones del Comité CEDAW obligan a asegurarse no sólo de que normativamente existe esta posibilidad, sino que de hecho se pueda acceder a ésta, eliminando obstáculos injustificados, como el plazo en el caso de Rosa. En este sentido el Comité de Derechos del Niño recomendó en mayo de 2015 a México:

- c) Revisar y armonizar la legislación federal y estatal con miras a despenalizar el aborto y asegurar el acceso al aborto legal al menos en los casos de violación, incesto y peligro para la vida y salud de las niñas, y que ese acceso al aborto legal no requiera de autorización especial por parte de un juez o un ministerio público. El Estado parte deberá asegurar el acceso a servicios de cuidado post aborto, independientemente de que el aborto haya sido legal. Asimismo deberá garantizar el interés superior de las adolescentes embarazadas y asegurar que sus puntos de vista sean siempre escuchados y respetados por el personal de salud en la decisión sobre el aborto.²²

21. Naciones Unidas, Comité CEDAW, [*Caso L.C. vs. Perú*] Comunicación No. 22/2009, [CEDAW/C/50/D/22/2009], 50º periodo de sesiones (2011). Disponible en <<http://bit.ly/1CziiP9>> [consulta: 29 de mayo de 2015].

22. Naciones Unidas, Comité de los Derechos del Niño, *Concluding observations on the combined fourth and fifth periodic reports of Mexico* [CRC/C/MEX/CO/4-5], 69º periodo de sesiones (2015), párrafo 50 (c). Disponible en <<http://bit.ly/1L1jnNn>> [consulta: 10 de julio de 2015]. (Traducción elaborada por GIRE)

En marzo de 2014, México aceptó la recomendación del Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas con motivo de la segunda evaluación del mecanismo de Examen Periódico Universal²³ consistente en:

Fortalecer los servicios de salud sexual y reproductiva para garantizar que las mujeres que reúnen los requisitos para practicarse un aborto legal puedan acceder a servicios seguros, oportunos, de calidad y gratuitos en todos los estados del país;²⁴

Así, establecer un plazo de 12 semanas, como requiere el artículo 151 del Código de Procedimientos Penales del Estado de México, para autorizar y practicar la interrupción del embarazo por violación implica que la mujer se vea inmersa en una situación compleja, pues dicho plazo no toma en consideración los contextos de violencia en los que viven las niñas y mujeres víctimas de violación sexual que en muchas ocasiones les impide acudir a denunciar el hecho de manera pronta. Además es de considerarse que la autorización ministerial o judicial en muchos casos se convierte en un trámite burocrático que excede las 12 semanas, con lo cual se niega el acceso a servicios de salud a los que tienen derecho las mujeres.

Por otro lado, este requisito coloca injustificadamente la carga de la prueba en la mujer, quien es la interesada en realizar el procedimiento. Al respecto, tanto la OMS²⁵, así como la National Abortion Federation (NAF)²⁶ han establecido lineamientos con base en los cuales es posible realizar de forma segura un aborto durante el segundo trimestre del embarazo, por lo que no hay un fundamento médico para restringirlo al plazo actualmente determinado.

El plazo de 12 semanas no toma en consideración la edad de la víctima, los riesgos para su vida y salud que un embarazo implica, su estado físico y psicológico, ni las circunstancias bajo las que finalmente denunció a su agresor. Además, en casos que involucran niñas y adolescentes las autoridades tienen la obligación de aplicar el principio de interés superior de la infancia para garantizar el acceso a servicios de salud a los que tiene derecho.

DERECHO A LA SALUD Y A LA VIDA PRIVADA

A pesar de que el plazo de 12 semanas de gestación representó el principal obstáculo para el acceso de Rosa a una ILE en su entidad, la obligación de presentar una denuncia y la autorización del juez de control establecidas en el Código de Procedimientos Penales representan obstáculos violatorios de los derechos humanos. De acuerdo con este artículo:

23. GIRE presentó un informe alternativo al Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas con información sobre la situación de los derechos reproductivos en México, entre los cuales se señaló la necesidad de que el Estado garantice el acceso a causales legales de aborto. Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos, *Resumen preparado por la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos con arreglo al párrafo 15 b) del anexo de la resolución 5/1 del Consejo de Derechos Humanos y al párrafo 5 del anexo de la resolución 16/21 del Consejo [A/HRC/WG.6/17/MEX/3]*, 17º periodo de sesiones (2013), párrafos 77 y 78. Disponible en <<http://bit.ly/1TOz6Gk>> [consulta: 21 de julio de 2015].

24. Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos, *Informe del Grupo de Trabajo sobre el Examen Periódico Universal: México [A/HRC/25/7]*, 25º periodo de sesiones (2013), párrafo 148.153. Disponible en <<http://bit.ly/1Kilxfo>> [consulta: 21 de julio de 2015].

25. OMS, *Aborto sin riesgos: guía técnica y políticas para el sistema de salud*, 2a. ed., Montevideo, 2013.

26. National Abortion Federation, *Lineamiento sobre políticas clínicas 2012*, Washington, NAF, 2012.

ARTÍCULO 151. Para el caso del delito de violación, la ofendida tendrá derecho a que el juez de control autorice la interrupción legal del embarazo en un plazo máximo de veinticuatro horas, contadas a partir del momento en que haga la solicitud y que concurren los siguientes requisitos:

- I. Que exista denuncia por el delito de violación;
- II. Que la ofendida declare la existencia del embarazo, o en su defecto, a petición del ministerio público se acredite por alguna institución de salud;
- III. Que existan elementos que permitan al juez presumir que el embarazo es producto de una violación porque se reúnen los elementos del tipo penal;
- IV. Que el embarazo no rebase el término de 12 semanas; y
- v. Que la solicitud de la ofendida sea libremente expresada y que justifique haber recibido información especializada [...]

La obligación de presentar una denuncia y la necesidad de autorización por parte de un juez como requisito para acceder a la ILE violentaron el ejercicio del derecho a la salud de Rosa, dado que la enfrentaron a una barrera importante para acceder a un servicio médico de urgencia. De igual manera violentaron su derecho a la vida privada: estas condiciones constituyen una injerencia arbitraria del Estado a su privacidad, ya que implican una invasión injustificada en la esfera personal de las mujeres, sin tomar en cuenta que los ambientes de violencia en que pueden situarse las mujeres complican la denuncia de la violación; tal como ocurrió en el caso de Rosa, quien fue amenazada por su padre para que no denunciara la violación.

Si bien hay un interés del Estado en investigar y sancionar los delitos, éste encuentra sus límites en aspectos tan privados como la vida sexual y reproductiva de las personas y el ejercicio de su derecho a la salud. Las mujeres tienen el derecho de acceder a los servicios de salud para la ILE por violación, no sólo por ser mujeres, sino en su calidad de víctimas de un hecho delictivo.

Esta circunstancia se ve agravada cuando las consecuencias de la falta de autorización por no existir una denuncia implican la imposición de una maternidad no deseada o la criminalización de la mujer que decide interrumpir su embarazo. En cualquiera de estos supuestos, los derechos de las mujeres se ven gravemente trasgredidos porque el Estado condiciona el acceso a un derecho, lo cual resulta por demás injustificado.

La exigencia de la presentación de la denuncia previa parte de la presunción de que las mujeres mentirían para acceder a este servicio. Ese presupuesto se fundamenta en un estereotipo de género que es perpetuado a través de normas como las que se impugnan.

Ahora bien, si se toma como punto de partida el interés del Estado —por un lado la persecución de delito y por el otro que las mujeres se conduzcan con verdad— las autoridades cuentan con diversos mecanismos para lograr sus fines. El Estado se encuentra obligado a escoger aquél que resulte menos restrictivo para los derechos en cuestión.

Rosa solicitó una ILE, la cual no procedió debido al límite de 12 semanas establecidas en el Código de Procedimientos Penales del Estado de México para llevar a cabo la interrupción. Esta legislación establece requisitos desproporcionados que violentan los derechos de las mujeres víctimas de una violación sexual, en especial el derecho a la salud.

Aunado a los argumentos expuestos, el Código de Procedimientos Penales²⁷ contraviene lo establecido por el artículo 29 y 30 de la Ley General de Víctimas y el artículo 215 bis 6 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, que establecen

LEY GENERAL DE VÍCTIMAS:

ARTÍCULO 29. Las instituciones hospitalarias públicas del Gobierno Federal, de los estados, del Distrito Federal y de los municipios tienen la obligación de dar atención de emergencia de manera inmediata a las víctimas que lo requieran, con independencia de su capacidad socioeconómica o nacionalidad y sin exigir condición previa para su admisión.

ARTÍCULO 30. Los servicios de emergencia médica, odontológica, quirúrgica y hospitalaria consistirán en:

[...]]]

ix. Servicios de interrupción voluntaria del embarazo en los casos permitidos por ley, con absoluto respeto de la voluntad de la víctima, y

[...]

REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA:

ARTÍCULO 215 BIS 6. En caso de Emergencia Médica, los Establecimientos para la Atención Médica del sector público estarán obligados a brindar a la Víctima los servicios a que se refiere el artículo 30 de la Ley General de Víctimas, con independencia de su capacidad socioeconómica o nacionalidad y sin que puedan condicionar su prestación a la presentación de la denuncia o querrela, según corresponda, sin perjuicio de que con posterioridad se les reconozca tal carácter en términos de las disposiciones aplicables.

A pesar de lo anterior, la demanda de amparo presentada por la familia de Rosa y GIRE como representante legal fue desechada por el Juez Décimo Tercero de Distrito en el Estado de México, con el argumento de que Rosa debió haber solicitado la interrupción ante el juez de control, a pesar de que la normativa vigente en la entidad claramente establece un plazo que ella no cumplía y con el peligro que un tiempo de espera suponía. En respuesta, se interpuso un recurso de revisión. Lamentablemente, el Cuarto Tribunal Colegiado en Materia Penal en el Estado de México confirmó el desechamiento del amparo, cerrando la posibilidad de continuar con el caso por esta vía.

27. Este Código, sin embargo, perderá vigencia en junio de 2016 con la entrada en vigor del Código Nacional de Procedimientos Penales, que elimina dichas barreras para el acceso a la ILE, en sintonía con la Ley General de Víctimas.

CARMEN²⁸ (HIDALGO)

Carmen tiene 13 años de edad, cursa el sexto año de primaria y vive en Pachuca, Hidalgo. En noviembre de 2013 fue violada por su padrastro, quien la mantuvo amenazada con que le haría daño a su madre si decía algo. Después de un tiempo, Carmen comenzó a sentirse mal y su madre notó que no había tenido su periodo menstrual. Al acudir a un médico, le informaron que estaba embarazada. Carmen finalmente le contó a su mamá de la violación y en marzo de 2014 acudieron juntas al Ministerio Público a presentar una denuncia por violación sexual.

En ese momento, Carmen no recibió ninguna información sobre su derecho a interrumpir su embarazo por ser producto de una violación, a pesar de lo dispuesto en la LGV sobre el derecho de las mujeres víctimas de violación sexual a la ILE, como parte de los servicios de atención médica de emergencia, así como en los artículos 15, 18 y 19 de la Ley de Atención y Protección a Víctimas del Delito para el estado de Hidalgo, que establece la obligación del personal de la Procuraduría de informar a las víctimas de sus derechos e implementar las medidas necesarias para su protección efectiva, entre ellas las acciones médicas.

A pesar de esto, Carmen regresó unas semanas después a solicitar una ILE ante el Ministerio Público, quien le notificó que su solicitud no procedía debido al límite de 90 días establecido en el Código Penal de Hidalgo para llevar a cabo la interrupción. El límite de tiempo impuesto en el Código Penal para acceder a un aborto por violación, así como las fallas en la atención por parte de las autoridades de administración de justicia, hicieron inaccesible la interrupción del embarazo de Carmen y violaron, entre otros, su derecho a la salud y a una vida libre de violencia.

GIRE acompañó a Carmen y a su familia para presentar un juicio de amparo contra la actuación del Ministerio Público, así como contra el artículo 158 del Código Penal del estado por considerar que el establecimiento de un plazo para acceder a la ILE por violación es inconstitucional, pues vulnera el derecho a la salud y a la vida privada (autonomía reproductiva). Dicho amparo fue sobreseído por considerar que por no existir un embarazo no había materia de estudio, por lo que se presentó un recurso de revisión. Al considerar que dicho recurso era de importancia y trascendencia se solicitó a la SCJN que reasumiera su competencia para estudiar y resolver el asunto. La SCJN atrajo el caso.

El 7 de mayo de 2015 se cumplió un año de la presentación de la demanda de amparo. El lento avance del proceso penal abierto por la violación así como el poco interés del Estado en la atención de casos como éste ha hecho especialmente difícil que Carmen y su familia recobren el curso normal de sus vidas. Ante estas circunstancias, Carmen y su mamá manifestaron el deseo de cerrar cualquier proceso que les impidiera dejar estos acontecimientos en el pasado. Por tal motivo, GIRE, como su representante legal, tramitó el desistimiento del amparo ante la SCJN.

28. El nombre ha sido cambiado por respeto a su privacidad.

CARLOTA²⁹ (HIDALGO)

Derivada de la experiencia en el caso de Carmen, en la que el Juez Segundo de Distrito en el estado de Hidalgo había sobreesido el juicio por haberse iniciado cuando la niña ya no estaba embarazada, se hizo un cambio de estrategia: se decidió que en lo subsecuente el amparo se tramitaría de manera inmediata para que fuera a través del juez como se pudiera obtener la interrupción; es decir, acudir al Juez Federal antes de la interrupción.

Un nuevo caso en el estado de Hidalgo permitió poner a prueba la capacidad del sistema de justicia constitucional para resolver este tipo de casos. En esta ocasión se acompañó a Carlota, una niña de 16 años víctima de una violación sexual que buscaba interrumpir su embarazo. Cuando GIRE supo del caso de manera inmediata tramitó el amparo que coincidentemente se turnó al mismo Juez de Distrito que había resuelto el caso anterior.

Lo que se buscó en este caso fue que el Juez se pronunciara sobre la urgencia de interrumpir el embarazo como parte de una medida cautelar para proteger a la niña. Desafortunadamente el Juez, en contravención al marco nacional e internacional de derechos de las mujeres y las niñas, negó la medida cautelar porque consideró que se vulneraría el “derecho a la vida del producto”.

Aunque el Juez estudió la constitucionalidad del mismo artículo del Código Penal del estado de Hidalgo impugnado en el caso de Carmen, en esta ocasión determinó que no había violación a derechos humanos al establecer esta serie de requisitos desproporcionados para acceder a la interrupción del embarazo producto de una violación.

Ante esta sentencia que pasa por alto al marco internacional de derechos de las mujeres se procedió a interponer un recurso de revisión que se encuentra pendiente de resolver.

29. El nombre ha sido cambiado por respeto a su privacidad.

2.1.1 MARCO NORMATIVO Y POLÍTICAS PÚBLICAS

A. LEY GENERAL DE VÍCTIMAS

En México existen diversas barreras que impiden a las víctimas de violación el acceso a la interrupción del embarazo, a pesar de ser ésta la única causal legal en todo el país. Por ejemplo, el requisito de una autorización del Ministerio Público o de un juez de control para la prestación de este servicio dificulta el acceso efectivo a una ILE. Esta situación se agrava porque algunas autoridades desconocen que cuentan con la facultad de autorizar dichos procedimientos o los dilatan sin justificación alguna.

El 9 de enero de 2013 se publicó la Ley General de Víctimas, en virtud de la cual se establecen las obligaciones de las autoridades en materia de cumplimiento de los derechos de las víctimas del delito y de violaciones de derechos humanos. Entre dichas obligaciones se establece la de las autoridades de salud de proporcionar los servicios de ILE como una medida de atención médica de urgencia para las víctimas de violación sexual, sin que medie requisito alguno.

Dado lo anterior es necesario que, de conformidad con el principio pro persona, las autoridades sanitarias interpreten la NOM-046-SSA2-2005 *Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención* (NOM 046) de conformidad con la Ley General de Víctimas y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; es decir, que presten los servicios de ILE como atención médica de emergencia, sin la necesidad del cumplimiento de un plazo ni de la autorización como requisito previo. Al eliminar las barreras de acceso a los servicios de salud se ofrece una mayor protección a los derechos humanos de las mujeres víctimas de violación sexual, en atención a lo establecido por la Constitución. Asimismo, la LGV goza de un ámbito de aplicación mayor que una norma técnica de salud, en virtud de lo dispuesto en el artículo 133 de la Constitución federal.

A nivel local, 22 entidades³⁰ cuentan con leyes de atención a víctimas del delito y/o de derechos humanos armonizadas con lo dispuesto en la LGV. Sin embargo, la ausencia de una ley local armonizada en relación con la atención a víctimas no exime a las autoridades de su obligación de cumplir con lo establecido en el artículo 30 de la LGV con respecto a la provisión de servicios de emergencia para víctimas de violación sexual, incluida la ILE.

Por su parte, el nuevo Código Nacional de Procedimientos Penales, cuya entrada en vigor para todo el país deberá darse el 18 de junio de 2016,³¹ señala las funciones que las autoridades judiciales tendrán en materia de derechos de las víctimas, que en la actualidad se limitan a informarles de sus derechos y remitirlos a las instancias de salud en caso de que requieran de estos servicios. Así, se entiende que las instituciones de salud están obligadas a brindar los servicios de interrupción del embarazo en los casos de violación sin poder solicitar a las mujeres algún requisito previo, tal y como una autorización o una denuncia.

30. Hasta el 28 de abril de 2015.

31. Para conocer las fechas de implementación por entidad federativa, véase <<http://bit.ly/1NqRdxP>> [consulta: 25 de febrero de 2015].

B. REQUISITOS DE ACCESO

Si bien los códigos penales de las entidades federativas no establecen explícitamente el requisito de una denuncia para garantizar el acceso al aborto por violación, los procedimientos y lineamientos en 17 entidades sí lo hacen. Asimismo, 14 entidades establecen que la interrupción debe llevarse a cabo durante el primer trimestre de la gestación, lo que aumenta la dificultad de acceder a esta causal legal, tal es el caso del estado de México. A partir de la emisión de la LGV, el requisito de denuncia ha sido eliminado al reconocer el acceso a la interrupción del embarazo en casos de violación como un servicio de salud de emergencia cuyo acceso no puede ser condicionado a la existencia de requisitos previos. De igual forma en el Código Nacional de Procedimientos Penales no se establece requisito alguno para el acceso a los servicios de interrupción legal del embarazo.

EXPERIENCIA POSITIVA DE ACCESO AL ABORTO POR VIOLACIÓN CONFORME A LA LGV: SONORA

Azucena³² es una niña de 12 años que vive en Cananea, Sonora. Fue violada sexualmente por un familiar, quien la amenazó con hacerle daño a su mamá si decía algo. Meses después, tras comentarle a su mamá que se sentía mal, fue diagnosticada con un embarazo de ocho semanas, consecuencia de la violación. Azucena y su mamá acudieron al Ministerio Público a interponer una denuncia.

Carmen buscó información y ayuda sobre las opciones disponibles para hacer frente al embarazo. Con el acompañamiento de GIRE y de Odracir Espinoza, abogado integrante de RADAR 4°, y con fundamento en lo establecido en el Código Penal del Estado de Sonora, en la Ley General de Víctimas y en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, se solicitó a la Secretaría de Salud local el acceso a los servicios de interrupción del embarazo para Azucena.

Como respuesta a la solicitud, la Secretaría de Salud y la Procuraduría General de Justicia del Estado de Sonora por medio de la Dirección General de Atención a Víctimas del Delito brindaron de forma oportuna la atención a la familia. Así, trasladaron a Azucena desde la ciudad de Cananea a Hermosillo, donde el 29 de octubre de 2014 se le realizó la interrupción del embarazo en el Hospital Integral de la Mujer. De esta forma, en menos de una semana, Azucena pudo acceder a la interrupción legal del embarazo.

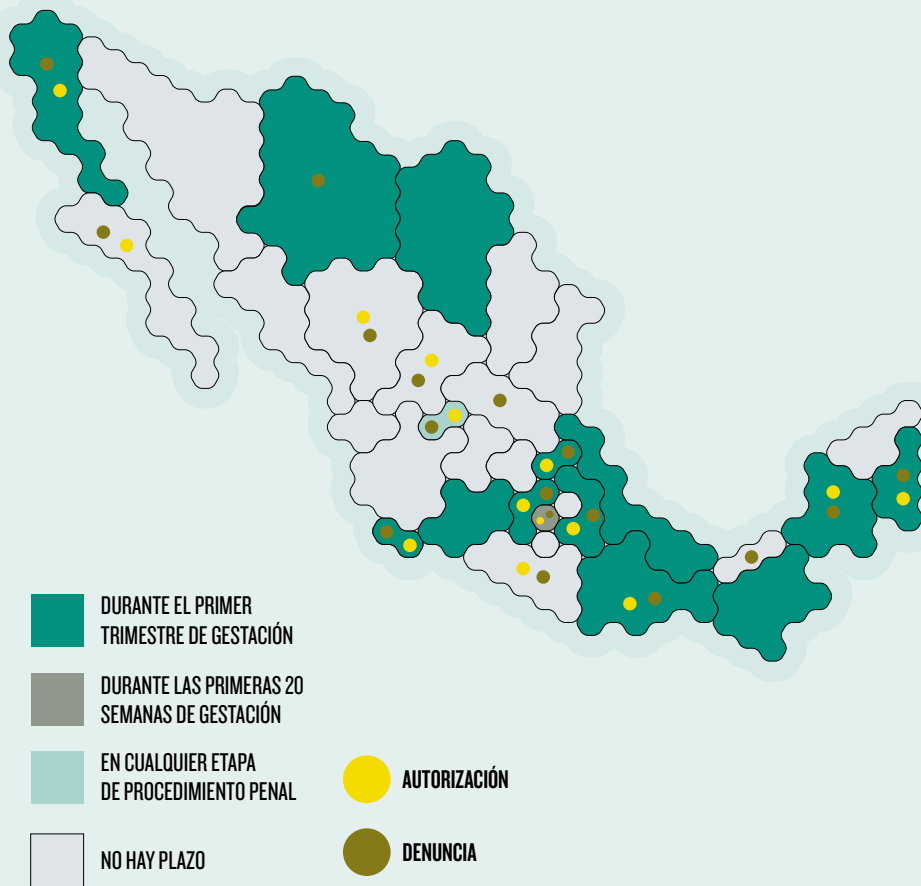
Lo anterior sienta un precedente importante para las autoridades locales, al mostrar que, a partir de lo establecido en el Código Penal, en la LGV y en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica se puede garantizar el acceso a interrupciones del embarazo producto de violación sexual, sin la necesidad de establecer requisitos previos, tales como denuncia y autorización.

32. El nombre ha sido cambiado por respeto a su privacidad.

REQUISITOS PARA ACCEDER AL ABORTO POR VIOLACIÓN

(CÓDIGOS PENALES, CÓDIGOS DE PROCEDIMIENTOS PENALES Y LINEAMIENTOS O PROTOCOLOS)

14 ENTIDADES REQUIEREN AUTORIZACIÓN
14 ENTIDADES ESTABLECEN UN PLAZO
17 ENTIDADES ESTABLECEN COMO REQUISITO UNA DENUNCIA PREVIA



Fuente: GIRE, mayo 2015.

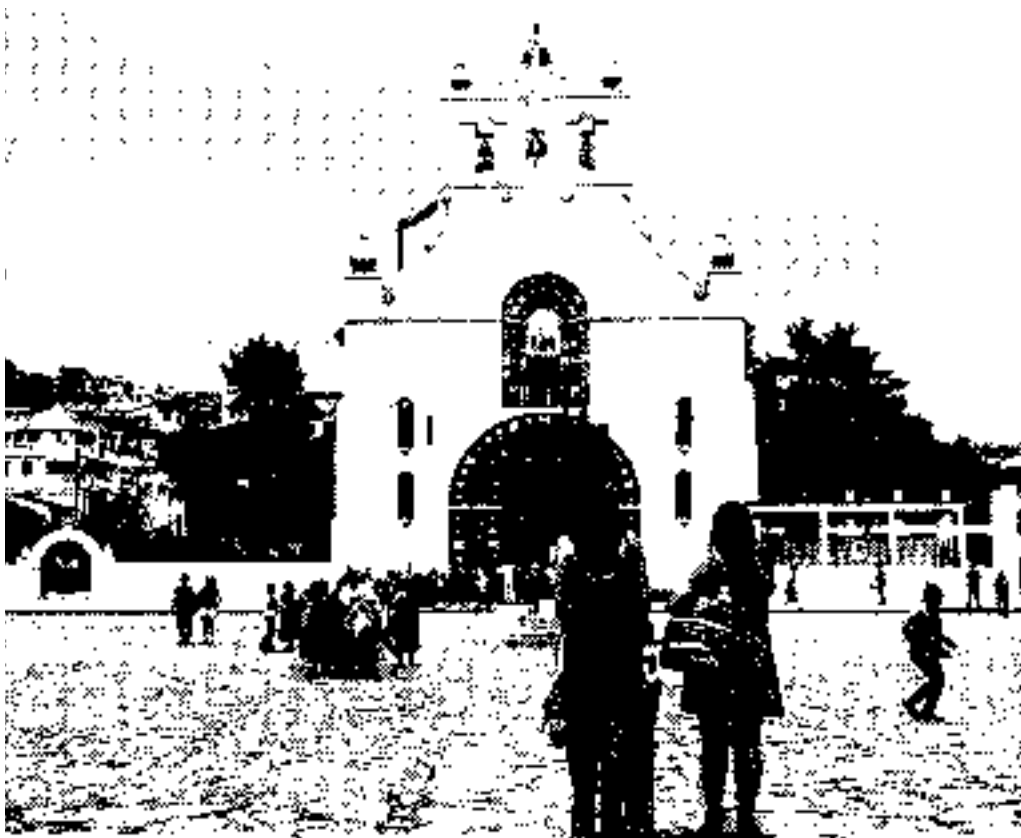
C. CIFRAS DE ACCESO

Desde GIRE se realizaron solicitudes de acceso a la información a las procuradurías locales de cada entidad federativa y a la Procuraduría General de la República (PGR) sobre el número de denuncias por violación sexual en contra de mujeres en el periodo del 1 de agosto de 2012 al 31 de diciembre de 2013. La información recibida es incompleta, algunas entidades reservaron la información, otras enviaron cifras de violación sin especificar la edad o el sexo de la víctima, otras más no respondieron a la solicitud. Esta ausencia de información resulta preocupante.

Con respecto a la violencia sexual en contra de niñas y adolescentes, la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV) estima que **una de cada cuatro niñas sufre de abuso sexual antes de cumplir 18 años, y seis de cada diez abusos sexuales son cometidos en el hogar, por familiares o conocidos cercanos.**³³ La OMS calcula que anualmente alrededor de 73 millones de niños y 150 millones de niñas sufren algún tipo de violencia sexual en el mundo.³⁴ La presencia de situaciones de abuso y violación sexual dentro de la familia, como en el caso de Rosa, dificultan la denuncia por parte de las víctimas, que frecuentemente se ven amenazadas para guardar silencio.

A pesar de este grave panorama de violencia sexual, el acceso a servicios de aborto seguro en casos de violación es precario o nulo, como muestra el siguiente cuadro.

Foto: Shutterstock



33. Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, *Cartilla de derechos de las víctimas de abuso sexual infantil*, México, CEAV, 2014. Disponible en <<http://bit.ly/1THt3mO>> [consulta: 25 de febrero de 2015].

34. Naciones Unidas, Asamblea General, Derechos del niño: nota del Secretario General [A/61/299], 61º periodo de sesiones (2006). Disponible en <<http://uni.cf/1OcxUZE>> [consulta: 25 de junio de 2015].

AUTORIZACIONES DE ABORTO POR VIOLACIÓN

AGOSTO 2012-DICIEMBRE 2013

 CON CASOS	 SIN CASOS	 SIN RESPUESTA / "NO COMPETENCIA" INFORMACIÓN INEXISTENTE	 INFORMACIÓN RESERVADA	 RESPUESTA: "NO EXISTE ABORTO LEGAL POR VIOLACIÓN"
---	---	--	---	--

12 AUTORIZACIONES EMITIDAS POR LAS PROCURADURÍAS GENERALES DE JUSTICIA

BC 1	CHIH 2	DF 2	OAX 4	BCS	CHIS	COAH	GTO
PUE 1	SLP 2			GRO	HGO	JAL	MICH
AGS	CAMP	COL	MEX	MOR	NAY	NL	QRO
TAB	TLAX	VER		Q.ROO	SIN	SON	TAMPS
DGO				YUC	ZAC	PGR	

14 AUTORIZACIONES EMITIDAS POR LAS PROCURADURÍAS GENERALES DE JUSTICIA REPORTADAS POR LAS SECRETARÍAS DE SALUD

BC 1	MEX 9	OAX 1	PUE 1	BCS	CHIS	CHIH	COL
TLAX 2				DF	DGO	GTO	GRO
AGS	CAMP	COAH	HGO	MICH	MOR	NAY	NL
JAL	Q.ROO	SON	TAB	QRO	SLP	TAMPS	VER
YUC	IMSS	ISSSTE		ZAC			
SIN							

12 ABORTOS POR VIOLACIÓN SEXUAL LLEVADOS A CABO POR LAS SECRETARÍAS DE SALUD

MEX 9	PUE 1	TLAX 2		BC	BCS	CHIS	COL
AGS	CAMP	CHIH	COAH	DF	DGO	NAY	NL
GTO	GRO	HGO	JAL	SLP	QRO	TAMPS	ZAC
MICH	MOR	OAX	Q.ROO				
SIN	SON	TAB	VER				
YUC	IMSS	ISSSTE					

Fuente: Elaboración de GIRE con base en datos obtenidos mediante solicitudes de acceso a la información pública.

De las 33 procuradurías de justicia en el país, sólo seis reportaron haber emitido alguna autorización de aborto por violación en el periodo de agosto 2012 a diciembre 2013: Baja California (1), Chihuahua (2), Distrito Federal (2), Oaxaca (4), Puebla (1) y San Luis Potosí (2), lo que lleva a un total de 12 autorizaciones reportadas en este periodo por el Ministerio Público de las entidades federativas. Cabe destacar que, en la mayoría de los casos, dichas autorizaciones se refieren a niñas y adolescentes. **De manera particularmente preocupante resalta el caso de Sinaloa, cuya procuraduría respondió que en el estado “no existe aborto legal por violación”, afirmación que revela que el personal de la Procuraduría ignora la normativa de la entidad.**

No todas las autorizaciones reportadas por las procuradurías de justicia coincidieron con aquellas recibidas por las secretarías de salud locales, lo que muestra un problema grave de inconsistencia con respecto a la información pública. En el caso de Chihuahua, el Distrito Federal y San Luis Potosí, las secretarías de salud locales no reportaron haber recibido las autorizaciones de aborto emitidas por las procuradurías de justicia de dichas entidades. Las secretarías de salud del estado de México y de Tlaxcala reportaron recibir autorizaciones que no habían sido reportadas por las procuradurías de justicia de dichos estados. Además, dos de las autorizaciones reportadas por las secretarías de salud no derivaron en interrupciones del embarazo.

Además, para que las niñas y adolescentes puedan acceder a una interrupción del embarazo, con frecuencia y sin que esté contemplado en la ley, se les solicita la autorización de una persona adulta (madre, padre o tutor), lo que las orilla a la búsqueda y exposición a servicios inseguros de aborto y sin acompañamiento y contraviene lo dispuesto en la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, en virtud de la cual se establece la obligación de las autoridades federales y locales de proveer servicios de salud sexual y reproductiva, respetando en todo momento su derecho a la vida privada.

D. EXPERIENCIAS COMPARADAS

En otros países se han buscado soluciones que permitan hacer más eficiente el acceso de las mujeres a la interrupción del embarazo producto de una violación. Sobresale el ejemplo de Argentina, donde la Corte Suprema validó la declaración jurada como único requisito para proceder con la interrupción del embarazo.³⁵ Es de resaltarse también la experiencia de Brasil, en donde el Ministerio de Salud autorizó a los médicos de la red pública a realizar abortos en mujeres que aleguen haber quedado embarazadas tras una violación, sin necesidad de que presenten una denuncia policial u otro documento que compruebe el delito.³⁶ En ese sentido consideramos que la experiencia comparada de la declaración jurada podría ser utilizada en México, solicitando a la mujer una declaración bajo protesta de decir verdad de que el embarazo es producto de una violación sexual como documento que motive el procedimiento de ILE por violación, sin responsabilidad penal para el personal de salud que lo realice.

De lo anterior queda expuesta la necesidad de separar el ejercicio de un derecho —cuyo acceso debe ser inmediato y de emergencia, según la Ley General de Víctimas— de los procesos administrativos establecidos por el Estado para la investigación y sanción de los delitos.

35. Argentina, Corte Suprema de Justicia de la Nación. *F., A. F. s/ medida autosatisfactiva*, Buenos Aires, 13 de mayo de 2012. Disponible en <<http://bit.ly/1GhTqGA>> [consulta: 29 de mayo de 2015].

36. Bergallo, Paola y Ana Cristina González Vélez, *Interrupción Legal del Embarazo por la causal violación: enfoques de salud y jurídico*, Bogotá, Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, Alianza Nacional por el Derecho a Decidir, 2012, p. 34.

2.2 ACCESO A OTRAS CAUSALES

CIFRAS DE ACCESO A OTRAS CAUSALES

Al cuestionar a los servicios de salud locales acerca del acceso a otras causales de exclusión de responsabilidad de aborto como la causal salud, alteraciones genéticas graves del producto y riesgo a la vida, no obtuvimos ninguna respuesta. **Las secretarías de salud registran el número total de abortos médicos, mas no clasifican la información por causa de aborto. Así, no es posible tener información en México acerca del acceso al resto de las causales legales en el país,** lo que resulta en un impedimento muy importante para identificar patrones y obstáculos que enfrentan las mujeres para hacer valer su derecho a la salud.

2.3 CASOS REGISTRADOS, DOCUMENTADOS Y LITIGADOS POR GIRE

A continuación se presentan los casos de las niñas y mujeres a quienes se les ha negado el aborto legal y que han sido acompañadas por GIRE. Durante el periodo de enero de 2013 a mayo de 2015, GIRE tiene registrados seis casos, uno documentado y 11 litigados o en litigio.³⁷

REGISTRO³⁸

NOMBRE	EDAD	ENTIDAD	AÑO
Rosaura	13	Oaxaca	2013
Magdalena	15	México	2013
Sandra	-	Jalisco	2014
Myrta	-	Guerrero	2014
Trinidad	-	Guerrero	2014
Matilde	16	Tlaxcala	2015

37. Este número incluye los casos de Diana, Malena, Rosa, Azucena, Carmen y Carlota descritos en este capítulo.

38. En los casos clasificados como *registro* no existe una documentación completa debido a que no se logró contactar a la víctima o a sus familiares. GIRE los registró a partir de diversas fuentes como notas periodísticas, información proporcionada por autoridades o integrantes de organizaciones civiles en el país.

DOCUMENTACIÓN³⁹

NOMBRE	EDAD	ENTIDAD	AÑO
ISADORA	14	HIDALGO	2013

Isadora vive en Tulancingo, Hidalgo. A los 14 años fue violada por su padrastro y quedó embarazada. A pesar de acudir al Ministerio Público junto con su madre a levantar una denuncia y de contar con menos de 12 semanas de gestación, no recibió la autorización que requería por parte del Ministerio Público para interrumpir legalmente su embarazo en Hidalgo. Así, se vio obligada a viajar al Distrito Federal para realizar una ILE.

LITIGIOS CERRADOS⁴⁰

NOMBRE	EDAD	ENTIDAD	AÑO
MARCELA	32	GUERRERO	2013

Marcela es originaria de Guerrero. En 2013 tenía 32 años y viajó al Distrito Federal en busca de empleo y fue víctima de una violación sexual. Atemorizada por lo sucedido, regresó a Guerrero donde, al cabo de unas semanas, se percató de que estaba embarazada. Por ello, acudió al hospital a solicitar una interrupción del embarazo, pero no fue atendida. Después, se trasladó al estado de México, donde volvió a solicitar una interrupción. En ese momento contaba con aproximadamente 16 semanas de gestación, superando el plazo establecido por el Código Penal de dicha entidad. GIRE le dio acompañamiento jurídico para realizar la denuncia y solicitar la autorización para la interrupción en el Distrito Federal. Después de tres días de gestiones ante el Ministerio Público se obtuvo la autorización para la interrupción del embarazo, para la cual se contó con el acompañamiento de DDSER.

NOMBRE	EDAD	ENTIDAD	AÑO
MINERVA	20	MÉXICO	2014

El 15 de mayo de 2014 Minerva, de 20 años, acudió ante el Ministerio Público para denunciar que su padre la había violado. En ese momento, cursaba un embarazo de 14 semanas de gestación. Debido al plazo establecido en el Código Penal del estado de México para acceder al aborto por violación, decidió trasladarse al Distrito Federal para llevar a cabo la interrupción del embarazo bajo la causal de peligro de afectación grave a su salud, misma que se llevó a cabo el 20 de mayo de 2014 con el acompañamiento de GIRE .

NOMBRE	EDAD	ENTIDAD	AÑO
ELSA	12	DISTRITO FEDERAL	2014

Elsa es residente del Distrito Federal. El 6 de marzo de 2014, cuando tenía tan solo 12 años, tuvo que acudir con su mamá ante el Ministerio Público para denunciar que su padre la había violado. Al día siguiente se enteró de que cursaba un embarazo de 13 semanas, momento en que decidió que quería interrumpir su embarazo. Pero el Ministerio Público clasificó los hechos denunciados como delito de corrupción de menores y no como violación. Esto representó un obstáculo muy importante debido a que, de acuerdo con la procuraduría, bajo este delito no se puede emitir una autorización para realizar una interrupción del embarazo. Finalmente, con el acompañamiento de GIRE, Elsa logró interrumpir su embarazo por el riesgo a su salud que un embarazo representaba a su corta edad.

39. En los casos clasificados como *documentados* se tuvo un contacto directo con la víctima o sus familiares para obtener más información sobre el caso, pero no se emprendió una acción jurídica por parte de GIRE.

40. Los casos de *litigio* se refieren a aquellos en los que GIRE emprendió alguna acción jurídica para acompañar a la víctima o sus familiares.

LITIGIOS ABIERTOS

NOMBRE	EDAD	ENTIDAD	AÑO
JUDIT	13	DISTRITO FEDERAL	2014

Judit vive en el Distrito Federal y cursa el segundo año de secundaria, tiene 13 años. El 16 de agosto de 2014 fue con su mamá al doctor porque tenía vómito y diversos malestares. Inicialmente le diagnosticaron faringitis. Como no mejoraba, regresó al médico, quien indicó que sus síntomas correspondían a un embarazo psicológico. El 28 de octubre, la mamá de Judit, recibió una llamada de la escuela de su hija comunicándole que tenía vómito. La llevó al servicio médico, donde le informaron que su hija cursaba un embarazo de 18 semanas de gestación. Así, Judit le contó a su mamá que había sido víctima de una violación por parte de su abuelo. Entonces, acudieron juntas al Ministerio Público para presentar una denuncia y solicitar una ILE, pero las personas que la atendieron le indicaron que, por lo avanzado del embarazo, se encontraba fuera de tiempo para dicha solicitud, a pesar de que en el Distrito Federal se tiene hasta la semana 20 para acceder al aborto por violación. Judit y su mamá fueron a diversos centros de salud para solicitar la interrupción, pero se la negaron por no tener una autorización del Ministerio Público. Al llegar a GIRE, se les acompañó en elaborar un escrito dirigido al Procurador General de Justicia del Distrito Federal y a la Fiscalía Central de Investigación para Delitos Sexuales, solicitando la ILE con fundamento en la LGV. Después de días de malos tratos, falta de atención y diferentes obstáculos para acceder al servicio, Judit finalmente interrumpió su embarazo en un servicio privado.

GLORIA	16	HIDALGO	2015
---------------	-----------	----------------	-------------

Gloria estudiaba la secundaria en Pachuca, Hidalgo. El 13 de enero de 2015 fue víctima de una violación sexual. El 20 de febrero acudió con su mamá al Ministerio Público a presentar una denuncia. Estaba embarazada producto de la violación y solicitó una autorización para la interrupción de su embarazo. A pesar de contar con 10 semanas de gestación y encontrarse dentro del plazo para solicitar la interrupción, le negaron la solicitud. Su mamá volvió a solicitar la interrupción, pero la agente del Ministerio Público sostuvo su negativa. El 19 de marzo se le negó la ILE por tercera ocasión. Finalmente, Gloria acudió al Distrito Federal a interrumpir su embarazo. GIRE la acompaña en la presentación de un juicio de amparo indirecto por las violaciones a sus derechos humanos cometidas por las autoridades del Ministerio Público, el Congreso del estado de Hidalgo, así como el gobernador de la entidad.

3. DESPENALIZACIÓN DEL ABORTO

3.1 INICIATIVAS PARA DESPENALIZAR EL ABORTO

COAHUILA

A finales de 2014, Rubén Moreira, gobernador del estado de Coahuila, anunció que presentaría una iniciativa de reforma para despenalizar el aborto durante las 12 primeras semanas de gestación.⁴¹ Hasta la fecha de cierre de la presente publicación, no se ha presentado una iniciativa en este sentido.

GUERRERO

El lunes 5 de mayo de 2014, el gobernador del estado de Guerrero, Ángel Aguirre, envió al legislativo local una iniciativa para la despenalización del aborto hasta la semana 12 de gestación, el mismo plazo que en el Distrito Federal. El objetivo principal del proyecto legislativo era garantizar los derechos reproductivos de las mujeres, en particular su derecho a la igualdad, a la protección de la salud, a la integridad física y psíquica, y su derecho a la vida. El proyecto de iniciativa reconocía la necesidad de contar con marcos jurídicos armonizados con los compromisos internacionales en derechos humanos, así como buscar un estándar más alto de protección de los derechos humanos de las mujeres. La iniciativa fue turnada a tres comisiones: la de Justicia, la de Equidad y Género; y la de Salud.

La Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos emitió un comunicado público⁴² en el que expresó su atención y respaldo a la iniciativa, acorde con las recomendaciones planteadas y aceptadas durante la presentación de México en 2013 ante el Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas, con motivo del Examen Periódico Universal así como de organismos tales como el Comité CEDAW. Señaló que, de aprobarse, resultaría de gran relevancia debido a que Guerrero se convertiría en la segunda entidad en despenalizar el aborto por voluntad de la mujer, tras la despenalización en el Distrito Federal.

Sin embargo, la iniciativa encontró reservas dentro de las mismas filas del Partido de la Revolución Democrática (PRD), entre ellas las de Ana Lilia Jiménez Rumbo, presidenta de la Comisión de Equidad y Género del Congreso de Guerrero, e incluso dentro del mismo gabinete del gobernador Aguirre, Lázaro Mazón Alonso, secretario de salud local. Lamentablemente, el entorno electoral en el estado resultó más importante para los legisladores que los derechos de las mujeres y el 10 de junio de 2014 las Comisiones Unidas de Justicia, Equidad y Género, y Salud del Congreso del estado dictaminaron en sentido negativo la iniciativa de despenalización del aborto hasta la semana 12 de gestación con nueve votos a favor, cuatro en contra y una abstención.

41. González, Edgar, "Coahuila podría despenalizar el aborto" en *La Vanguardia*, 18 de diciembre de 2014. Disponible en <<http://bit.ly/1UVt4oV>> [consulta: 26 de febrero de 2015].

42. Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, "La ONU-DH saluda iniciativa de ley en Guerrero para garantizar los derechos sexuales y reproductivos que atiende recomendaciones internacionales: comunicado," en *ONUDH México [sitio web]*, 7 de mayo de 2014. Disponible en <<http://bit.ly/1HZauqp>> [consulta: 26 de febrero de 2015].

MORELOS

En julio de 2012, Graco Ramírez, en ese entonces gobernador electo del estado de Morelos, se comprometió a que en conjunto con el Congreso local, cuya mayoría pertenece a partidos de izquierda, se despenalizaría el aborto durante las 12 primeras semanas de gestación.⁴³ Pero dicho compromiso nunca se llevó a cabo. El gobernador de Morelos no envió iniciativa alguna para despenalizar el aborto.

Dado lo anterior se buscó garantizar, por lo menos, el acceso efectivo a los servicios de ILE por violación en la entidad, basado en las obligaciones derivadas de la Ley General de Víctimas. A pesar del trabajo con el Gobierno de varias organizaciones de la sociedad civil, entre ellas la Alianza Nacional por el Derecho a Decidir, no se logró que la Fiscalía General, ni la Secretaría de Salud local, ambas dependientes del gobernador Graco Ramírez, modificaran sus políticas públicas para cumplir con sus obligaciones de provisión de servicios de ILE por violación sexual.

3.2 ILE EN EL DISTRITO FEDERAL

El 26 de abril de 2007 se publicó en la Gaceta Oficial la reforma al Código Penal y a la Ley de Salud del Distrito Federal, con la cual se estableció la despenalización del aborto durante las 12 primeras semanas de gestación. Además, se disminuyeron las penas a las mujeres que interrumpen su embarazo después de ese plazo, quedando como sanción una pena de prisión de tres a seis meses o trabajo a favor de la comunidad de 100 a 300 días.

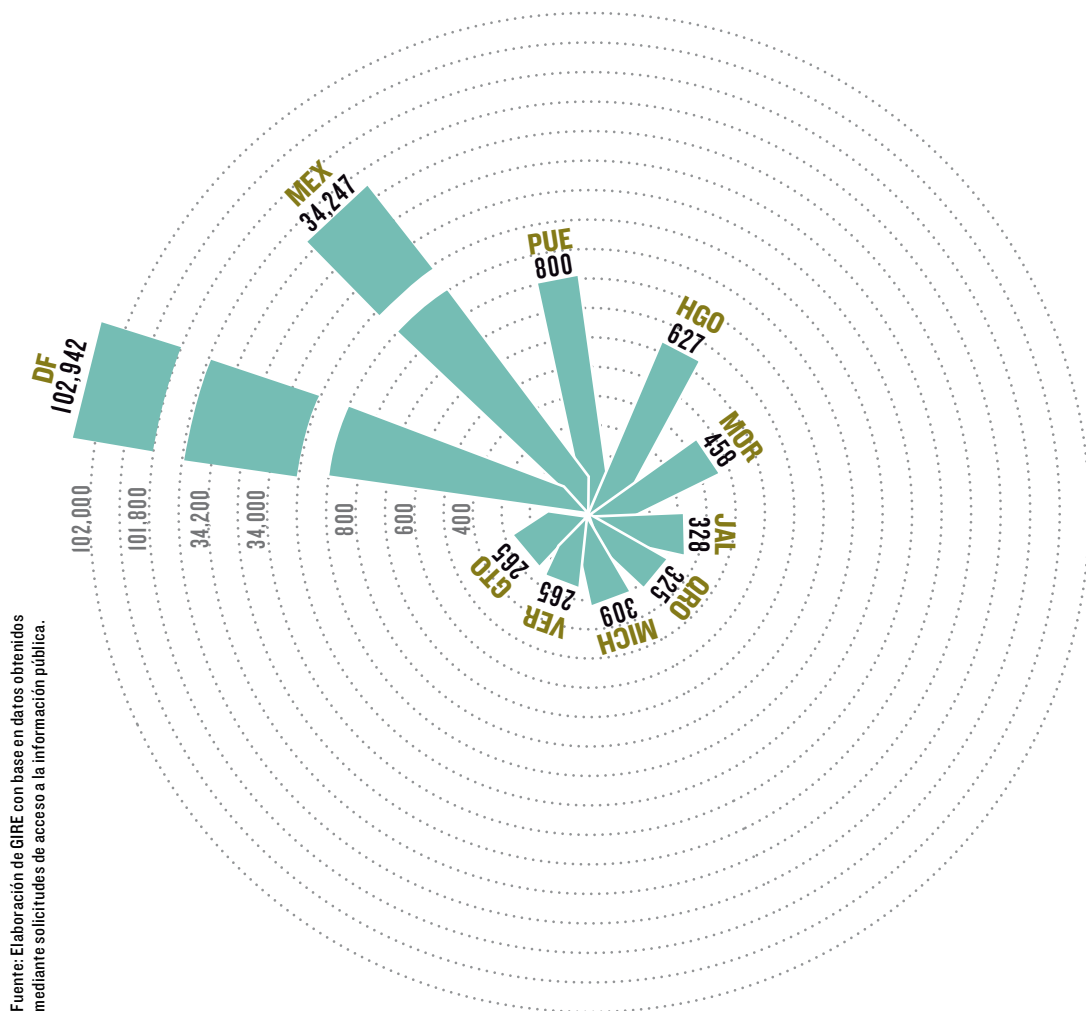
Como resultado de este proceso, el Gobierno del Distrito Federal implementó un programa de servicios de salud para las mujeres que deseen interrumpir su embarazo, el Programa ILE.

Las cifras más recientes de este programa muestran que las usuarias de estos servicios no son sólo residentes del Distrito Federal, sino de otras entidades federativas, donde el aborto está penalizado o es inaccesible. De manera particularmente notoria resalta el caso de las mujeres provenientes del estado de México que representan 24% del total de las usuarias, seguidas por las entidades cercanas, como Puebla e Hidalgo. El caso de Rosa y Diana, las restricciones normativas y la falta de acceso al aborto en los estados obligan a muchas mujeres a viajar al Distrito Federal. No obstante, y a pesar de la presencia de organizaciones como Fondo María que brindan apoyo para mujeres en estos casos, no todas pueden acudir al Distrito Federal para practicarse una ILE.

43. Mata, Ana Lilia, "Impulsará Graco la despenalización del aborto y candidaturas independientes" en *La Unión de Morelos*, 20 de julio de 2012. Disponible en <<http://bit.ly/1HqFmhO>> [consulta 28 de febrero de 2015].

PRINCIPALES ENTIDADES DE ORIGEN DE MUJERES QUE INTERRUMPIERON LEGALMENTE SU EMBARAZO EN EL DISTRITO FEDERAL

ABRIL 2007- MAYO 2015

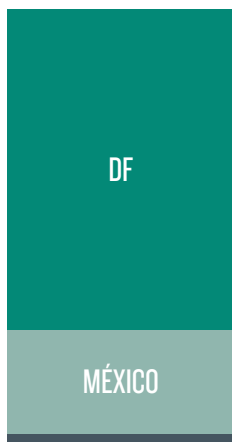


Fuente: Elaboración de GIRE con base en datos obtenidos mediante solicitudes de acceso a la información pública.

Con respecto a la edad de las usuarias, el Programa registra que la mayor población se concentra en mujeres de entre 18 y 24 años, que representan 47.3% del total de procedimientos, seguidos del grupo de mujeres de entre 25 y 29 años (22.5%). Desde la despenalización del aborto en el Distrito Federal en abril de 2007 hasta mayo de 2015, el programa ILE del Distrito Federal ha otorgado servicios a un total de 141,930 mujeres, lo que lo convierte en un referente esencial en la región.

PERFIL DE MUJERES QUE HAN REALIZADO UNA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN EL DISTRITO FEDERAL

LUGAR DE RESIDENCIA	
DISTRITO FEDERAL	72.5%
MÉXICO	24.1%
RESTO DE LA REPÚBLICA	3.3%



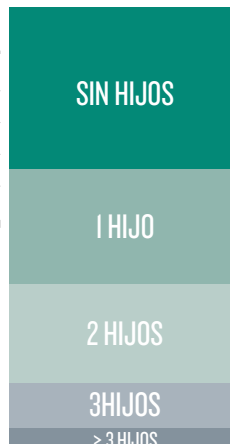
EDUCACIÓN	
PRIMARIA	8.1%
SECUNDARIA	32.3%
PREPARATORIA	39.7%
SUPERIOR	17.3%
TÉCNICO	0.4%
NINGUNA	1.6%



OCUPACIÓN	
HOGAR	35.2%
ESTUDIANTE	25.1%
EMPLEADA	23.8%
DESEMPLEADA	5.4%
COMERCIANTE	4.9%
OTRA	3.9%
DOMÉSTICA	0.9%
PROFESIONISTA	0.7%
OBRAERA	0.2%



NÚMERO DE HIJOS	
SIN HIJOS	34.5%
1 HIJO	26.4%
2 HIJOS	22.8%
3 HIJOS	10.5%
> 3 HIJOS	5.8%



ANTICONCEPTIVOS POST-ILE	
OTRO	29.2%
DIU	23.3%
NO ACEPTÓ	10.7%
CONDÓN	18.2%
PASTILLAS	9.7%
INYECCIONES	6.8%
OTB	2.1%



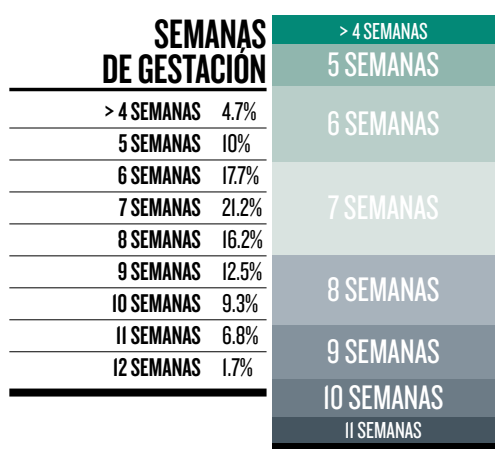
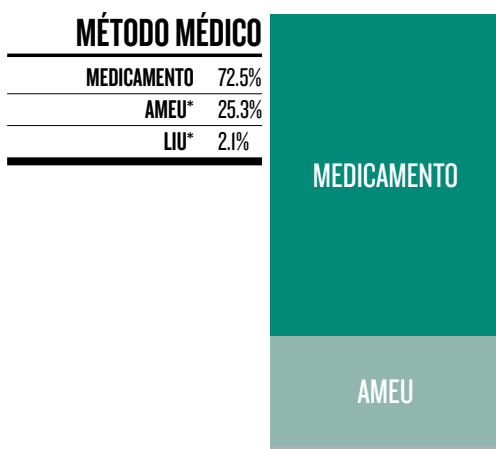
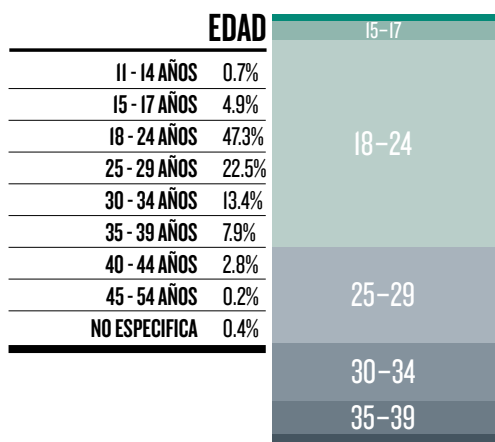
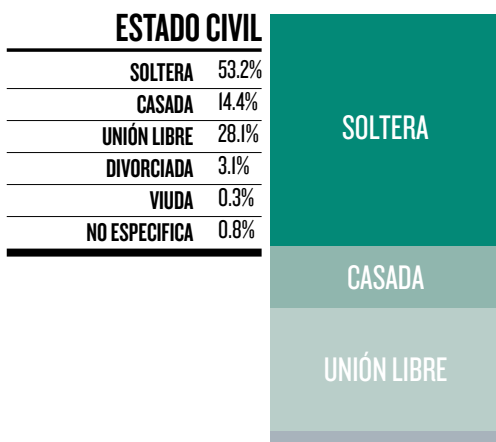
SEGURIDAD SOCIAL	
NO AFILIADAS	71.5%
IMSS	13.7%
ISSSTE	2.3%
OTRA	12.3%
PEMEX	0.1%
PRIVADO	0.1%
SEDENA / SEMAR	0%



Fuente: Elaboración de gré con base en datos obtenidos mediante solicitudes de acceso a la información pública.

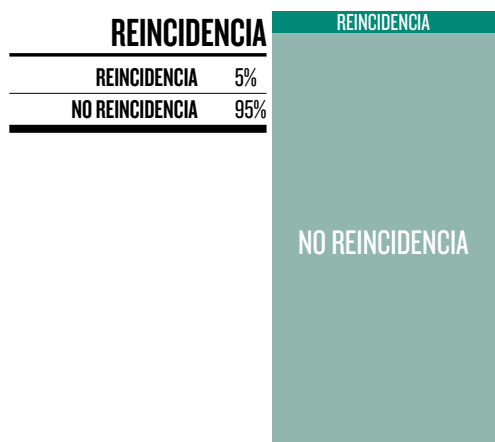
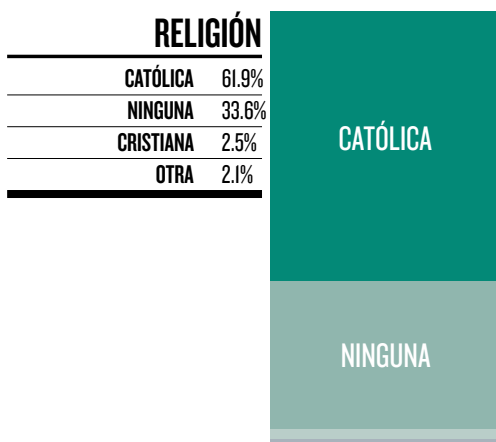
141,930 INTERRUPCIONES LEGALES DEL EMBARAZO

REALIZADAS DE ABRIL DE 2007 A MAYO DE 2015



AMEU = ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA

LIU = LEGRADO UTERINO INSTRUMENTADO



4. CRIMINALIZACIÓN POR EL DELITO DE ABORTO

4.1 Hilda

(San Luis Potosí)

En julio de 2009, Hilda, una joven de 18 años, fue acusada de aborto mientras era atendida en el Hospital Básico Comunitario en Tamuín, San Luis Potosí, estado que “protege la vida desde la concepción”. La denuncia la hizo una trabajadora social de dicha institución. Hilda es una mujer de escasos recursos económicos y realiza tareas domésticas que muchas veces implican un esfuerzo físico considerable. El 9 de julio de 2009, Hilda llegó al hospital acompañada de su hermana y más tarde llegó su madre. Presentaba malestar, cólicos y sangrado vaginal, además de un desmayo previo a su traslado al hospital.

De acuerdo con el expediente clínico, Hilda tenía un embarazo de 6.1 semanas observándose restos embriónicos en el canal vaginal, por lo que se le sometió a un legrado uterino. En el expediente se asentó como diagnóstico “aborto incompleto provocado”, hecho respecto del cual el personal del hospital dio conocimiento al Ministerio Público, iniciándose la averiguación previa correspondiente. Durante las siete horas que permaneció en el hospital, Hilda fue custodiada por la policía y trasladada posteriormente a los “separos”, donde permaneció una noche. La liberaron al día siguiente por falta de pruebas.

La investigación, sin embargo, quedó abierta sin que ella lo supiera, por lo que tres años después se giró una orden de aprehensión en su contra, el 5 de abril de 2013. La policía la detuvo nuevamente y la trasladó al centro penitenciario, donde permaneció alrededor de 20 horas. Fue sujeta a un proceso penal acusada de haberse provocado un aborto mediante pastillas. Hilda tuvo que asumir el pago de 3 mil pesos por concepto de una fianza para obtener su libertad provisional. GIRE asumió la defensa jurídica de Hilda después de conocer su caso por la prensa y contactarla ofreciéndole asesoría jurídica.

El 5 de abril de 2013, el Juez Tercero Mixto de Ciudad Valles sentenció a Hilda a un año de prisión por encontrarla responsable del delito de aborto.



Hilda.

DEFENSA DE GIRE EN EL CASO DE HILDA

A. APELACIÓN

En virtud de la inconformidad de Hilda respecto del fallo del Juez que no reconocía su inocencia, GIRE la acompañó apelando dicha sentencia. El 23 de agosto de 2013, la Quinta Sala Mixta del Supremo Tribunal de Justicia de San Luis Potosí revocó la sentencia del Juez.

B. DERECHOS VIOLADOS

Los argumentos de GIRE para defender a Hilda versaron sobre la falta de pruebas de la autoridad judicial para fincar su responsabilidad penal por el delito de aborto y las violaciones a sus derechos humanos durante el proceso penal y en la propia sentencia del Juez, entre los que se encuentran el derecho al debido proceso y a no ser sometida a tortura y a otros tratos crueles, inhumanos y degradantes.

DERECHO AL DEBIDO PROCESO

Con las pruebas presentadas por la Procuraduría no se podía comprobar la responsabilidad de Hilda, ya que no fueron realizados los exámenes médicos y científicos necesarios: por ejemplo, el dictamen de necropsia, ni las pruebas periciales clínicas idóneas para determinar las causas que originaron el aborto. Asimismo, GIRE alegó que el personal de salud condicionó la atención médica de Hilda a que admitiera haber ingerido una pastilla para provocarse un aborto, lo cual resulta en una violación a sus derechos humanos, en específico a la no autoincriminación, así como a su integridad personal al ser sometida a tratos crueles e inhumanos. Dicha confesión no tuvo apoyo en evidencia científica que corroborara que la pastilla haya sido la causa directa que ocasionó el sangrado vaginal, y mucho menos que tal medicamento haya sido el que provocó el aborto. Ni siquiera se comprobó que la hubiera ingerido. Es decir, no estaba acreditado el nexo causal entre la conducta penal y el resultado que se le atribuye.

DERECHO A NO SER SOMETIDA A TRATOS CRUELES, INHUMANOS Y DEGRADANTES

Además de las violaciones al debido proceso, GIRE argumentó que la confesión rendida por Hilda no debía considerarse una prueba válida debido a que fue obtenida en violación a su derecho a no autoincriminarse (contenido en el artículo 20, apartado A, fracción II constitucional y en el artículo 8.2, inciso G de la Convención Americana sobre Derechos Humanos), así como a no ser sometida a tortura y otros tratos y penas crueles, inhumanos y degradantes.

Lo anterior en razón de que la declaración ministerial rendida por la sentenciada tuvo su origen en la confesión inicial que hizo bajo presión e intimidación ejercida por una médica del hospital, sin que estuviera presente una persona defensora. De las transcripciones de las declaraciones rendidas ante el Ministerio Público, destaca la narración de Hilda respecto de que la atendió una doctora “de carácter demasiado fuerte” que le dijo “molesta y con un tono medio cortante que yo le estaba mintiendo”, “yo me sentí asustada y un poco acorralada” y “al sentirme angustiada por el dolor que yo traía en mi vientre, le respondí pidiéndole que me ayudara”.

C. FALLO DEL SUPREMO TRIBUNAL DE JUSTICIA DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ

El 23 de agosto de 2013, la Quinta Sala Mixta del Supremo Tribunal de Justicia de San Luis Potosí revocó la sentencia del Juez, en virtud de las violaciones al debido proceso que se presentaron en el juicio de primera instancia.

La Sala consideró que, en efecto, no estaba acreditada la responsabilidad penal de Hilda por el delito de aborto ya que no se había determinado en el proceso la causa del aborto. Al respecto, señaló que ni en el expediente clínico, ni en el acta correspondiente a la diligencia de inspección, ni en el certificado de estudio ginecológico ni en algún otro medio probatorio se exponen las causas del aborto. Asimismo, la declaración ministerial de Hilda respecto de que ingirió la pastilla para provocarse un aborto no encuentra sustento en otra prueba que refuerce su dicho y no acredita por sí misma que ésa fuese la causa de la expulsión del producto.

D. RECOMENDACIÓN DE LA COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS DE SAN LUIS POTOSÍ

A su vez, la Comisión Estatal de Derechos Humanos de San Luis Potosí inició un procedimiento de queja por las violaciones a los derechos humanos que sufrió Hilda, en virtud del cual emitió la Recomendación 25/14 en la que se reconoció que la Procuraduría General de Justicia y los Servicios de Salud del estado violaron los derechos humanos de Hilda a la legalidad, la seguridad jurídica y el debido proceso.

ESTABLECIÓ COMO MEDIDAS DE REPARACIÓN:

1. Investigación con respecto a la omisión en la práctica de diligencias para una efectiva investigación penal y, en su caso, turnar el asunto ante el órgano de control competente para determinar la responsabilidad administrativa de los servidores públicos que estuvieron a cargo de la indagatoria penal.
2. Capacitación de los agentes del Ministerio Público de la Zona Huasteca sobre derechos humanos, investigación efectiva, elementos indispensables para determinar averiguaciones previas.
3. Colaboración con la Comisión para la inscripción de Hilda en el Registro Nacional de Víctimas.

RECOMENDACIONES AL DIRECTOR GENERAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO:

1. Reparación del daño ocasionado a Hilda, que se traduzca en una compensación justa y equitativa que incluya la atención médica y psicológica que proceda.
2. Investigación del órgano de control interno sobre el caso.
3. Capacitación sobre derechos humanos y salud reproductiva.

Lamentablemente, el análisis de la Comisión se limitó a las violaciones al debido proceso y no estableció la violación a los derechos humanos de Hilda a la igualdad y no discriminación en relación con el derecho a la salud, ni a no ser sujeta a tratos crueles e inhumanos. Además de que en las recomendaciones emitidas se omite establecer garantías de no repetición que eviten violaciones a los derechos reproductivos de las mujeres, ya que con la sola capacitación y sensibilización del personal de salud no es posible revertir los patrones de criminalización de las mujeres en casos de aborto.

CASO DE HILDA: EJEMPLO A SEGUIR PARA LOS TRIBUNALES

La sentencia de segunda instancia del Supremo Tribunal de Justicia de San Luis Potosí en la que se revocó la sentencia condenatoria en contra de Hilda, así como la Recomendación 25/14 de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de San Luis Potosí son muestra de que tanto los poderes judiciales como las comisiones de derechos humanos locales pueden y deben velar por el respeto y protección de los derechos humanos de las mujeres que hayan sido criminalizadas por casos de aborto.

En dichas resoluciones se mostró la actitud de persecución por parte del personal de salud y de los elementos de la procuraduría en contra de las mujeres que requieren de servicios médicos de emergencia por complicaciones relacionadas con el embarazo, así como la falta de diligencia del Ministerio Público para la investigación y presentación de pruebas en los casos de aborto.

4.2 MARCO NORMATIVO

A. CONSTITUCIONES LOCALES QUE PROTEGEN LA VIDA DESDE LA CONCEPCIÓN

A partir de 2008 y en respuesta a la despenalización del aborto en el Distrito Federal, ha existido una importante oleada de reformas en las constituciones locales de algunas entidades federativas para proteger la vida desde el momento de la “concepción”. Estas reformas tienen la intención de limitar los derechos reproductivos de las mujeres y evitar el acceso al aborto legal y seguro, además de servir como obstáculo para futuros intentos por ampliar causales o despenalizar el aborto.

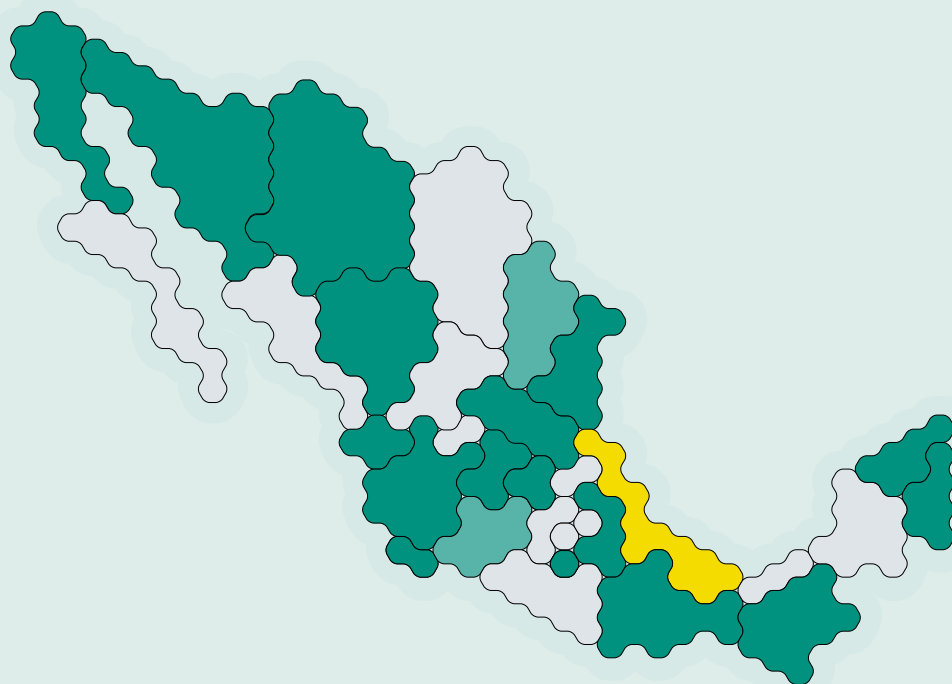
En septiembre de 2011, la SCJN discutió dos acciones de inconstitucionalidad en contra de las reformas de San Luis Potosí y de Baja California, que protegen de forma absoluta al producto de la concepción. Los ministros reconocieron que la protección a la vida prenatal es importante, pero que dicha protección está necesariamente vinculada con los derechos de las mujeres. Así, determinaron que la protección de la vida en gestación es compatible con las causales de aborto, inclusive con la despenalización por voluntad de la mujer durante las 12 primeras semanas de gestación.

Estas reformas han contribuido a promover un clima de confusión e incertidumbre jurídica entre el personal de servicios de salud, de procuración de justicia y las propias mujeres sobre la legalidad del aborto en los supuestos establecidos en la ley. Sin embargo, como se verá más adelante, la emisión de la sentencia *Artavia Murillo vs. Costa Rica*⁴⁴ por parte de la CoIDH en 2012, resuelve de manera definitiva la interpretación que debe hacerse de la protección a la vida prenatal, que **obliga al Estado mexicano a resignificar dicha protección como una que requiere necesariamente proteger los derechos reproductivos de las mujeres.**

44. Corte IDH, *Caso Artavia Murillo y otros (Fecundación in vitro) vs. Costa Rica. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 28 noviembre de 2012 Serie C No. 257*. Disponible en <<http://bit.ly/VUYz0A>> [consulta: 17 de marzo de 2015].

CONSTITUCIONES LOCALES QUE PROTEGEN LA VIDA DESDE LA CONCEPCIÓN

EN TOTAL 17 CONSTITUCIONES LOCALES PROTEGEN LA VIDA DESDE LA CONCEPCIÓN



ENTIDADES QUE HAN REFORMADO SUS CONSTITUCIONES PARA PROTEGER LA VIDA DESDE LA CONCEPCIÓN (17):

BAJA CALIFORNIA, CHIHUAHUA, CHIAPAS, COLIMA, DURANGO, GUANAJUATO, JALISCO, MORELOS, NAYARIT, OAXACA, PUEBLA, QUERÉTARO, QUINTANA ROO, SAN LUIS POTOSÍ, SONORA, TAMAULIPAS Y YUCATÁN

PROPUESTAS PARA INCLUIR LA PROTECCIÓN A LA VIDA DESDE LA CONCEPCIÓN EN CONSTITUCIONES LOCALES (2):

MICHOACÁN, NUEVO LEÓN

INICIATIVA POPULAR:

VERACRUZ

Fuente: GIRE, mayo 2015.

INICIATIVAS

Unos días después de la presentación de la iniciativa para despenalizar el aborto en Guerrero, el 21 de mayo, el diputado Francisco Luis Treviño Cabello (PAN) presentó ante el Congreso de Nuevo León una iniciativa para incluir en la constitución local “el derecho a la vida desde la concepción”. El 23 de mayo las comisiones emitieron un dictamen a favor en los siguientes términos:

ARTÍCULO I. El Estado reconoce, protege y tutela, el derecho a la vida que todo ser humano tiene. **Desde el momento de la fecundación entra bajo la protección de la Ley y se le reputa como nacido para todos los efectos legales correspondientes**, hasta su muerte natural, sin perjuicio de las excluyentes de responsabilidad previstas en el Código Penal para el Estado de Nuevo León.

El dictamen se fundamenta en el deber de protección de la vida, señalando que el derecho a la vida “es el primero de todos los derechos fundamentales, origen y fin de nuestro ordenamiento jurídico”: postulado falaz que desconoce los principios de universalidad, interdependencia e indivisibilidad de los derechos humanos, en virtud de los cuales no existe jerarquía entre derechos. **La protección absoluta de un derecho no es posible si ello implica la negación del ejercicio de otro.**

Ello sin contar que, en el caso de la vida prenatal, no se está frente al reconocimiento del “derecho a la vida” pues, en términos de la interpretación de la Corte Interamericana en el caso *Artavia Murillo vs. Costa Rica*, el embrión no es considerado como persona, supuesto básico necesario para hablar de titularidad de derechos humanos. Por lo tanto, debieran hacer referencia a la protección de la vida prenatal como un bien constitucionalmente protegido según lo señalado por la SCJN,⁴⁵ que establece obligaciones positivas del Estado a favor de las mujeres embarazadas, a fin de garantizar el derecho a la salud de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio,⁴⁶ medidas que no están presentes en la exposición de motivos ni en el texto de la reforma.

Es importante resaltar que en el dictamen se hizo referencia a un criterio de la SCJN del año 2002, fecha anterior a la reforma constitucional de derechos humanos (2011) y a la sentencia del caso *Artavia Murillo vs. Costa Rica* (2012). Por lo tanto, el Congreso de Nuevo León no puede fundamentar la reforma en esos términos, desconociendo la reforma de 2011 y la jurisprudencia establecida por la CoIDH. Tampoco se toma en cuenta la resolución de la SCJN en 2008, que al validar la despenalización del aborto en el Distrito Federal consideró que dicha medida legislativa “resulta de este modo idónea para salvaguardar los derechos de las mujeres, pues la no penalización de la interrupción del embarazo tiene como contraparte la libertad de las mujeres para que decidan respecto de su cuerpo, de su salud física y mental e, incluso, respecto de su vida”.⁴⁷

En términos similares, el 11 de mayo de 2015, la diputada Nayeli Ávila Madriz (PRI) presentó ante el Congreso del estado de Michoacán una iniciativa con el propósito de modificar el artículo 6º de la Constitución del estado para reconocer el derecho a la vida desde la fecundación en los siguientes términos:

45. SCJN, “Acción de Inconstitucionalidad 146/2007 y su acumulada 147/2007. Ministro encargado del engrose: José Ramón Cossío Díaz” en *Unidad de Igualdad de Género del Poder Judicial de la Federación: jurisprudencia nacional [sitio web]*, 28 de agosto de 2008. Disponible en <<http://bit.ly/1DeZXBQ>> [consulta: 26 de febrero de 2015].

46. GIRE, *Derechos humanos de las mujeres y protección de la vida prenatal en México*, México, 2013, p. 70-71. Disponible en <<http://bit.ly/1OaElgu>> [consulta 29 de mayo de 2015].

47. SCJN, *op. cit.*, p. 183.

ARTÍCULO 6°. ...

I. y II. ...

III. Los derechos sociales siguientes:

- a) Se reconoce, protege y garantiza el derecho a la vida de todo ser humano desde el momento de la fecundación natural o artificial y se le reputa como nacido para todos los efectos legales, hasta su muerte natural;

La reforma propuesta, al establecer como valor primordial el derecho de la vida, desconoce los principios de universalidad, interdependencia e indivisibilidad de los derechos humanos, en virtud de los cuales no puede existir una jerarquía entre éstos. La reforma al Código Penal de Michoacán del 17 de diciembre de 2014 en la que se establecen nuevas causales en materia de aborto estableció una mayor protección a los derechos reproductivos de las mujeres. En contraste, la modificación propuesta al artículo 6° de la constitución local plantearía un retroceso importante a los derechos de las mujeres, lo que resulta violatorio del principio de progresividad.

Por otra parte, el 15 de enero de 2015 fue presentada una iniciativa popular ante el Congreso del estado de Veracruz para incluir el derecho a la vida desde la concepción en el artículo 4° de la constitución local en los siguientes términos:

El Estado garantizará el derecho a la vida, desde el momento de la concepción hasta la muerte natural, como valor primordial que sustenta el ejercicio de los demás derechos de las personas.

Como en el caso de Nuevo León y Michoacán, esta propuesta ignora las obligaciones de México en materia de reconocimiento y protección de los derechos reproductivos de las mujeres, así como el contenido real de la protección de la vida prenatal. A mayo de 2015, estas iniciativas nos han sido aprobadas.

Al ser una iniciativa popular, sin embargo, debe ser validada por el Congreso del estado antes de convertirse en una iniciativa legislativa formal. De acuerdo al artículo 13 de la Ley No. 76 de Referendo, Plebiscito e Iniciativa Popular del Estado de Veracruz, el Congreso local debe determinar la procedencia o improcedencia de la iniciativa, auxiliándose de las instituciones de la administración pública u organismos autónomos. Así, toca al Congreso local determinar si la iniciativa es procedente de acuerdo con que: a) no sea contraria a la Constitución federal y a la local, b) no trate sobre regímenes financieros, y c) no trate sobre la función pública o regímenes internos de los Poderes del Estado o del Ayuntamiento. Hasta la fecha de cierre de esta publicación, el Congreso del Estado de Veracruz no se ha manifestado al respecto.

ARTAVIA MURILLO VS. COSTA RICA: PROTECCIÓN DE LA VIDA PRENATAL

En la sentencia del caso *Artavia Murillo vs. Costa Rica*, la ColDH estableció la interpretación del artículo 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos en el que se reconoce la protección de la vida prenatal. La Corte, como intérprete último de este instrumento, se dio a la tarea de establecer qué debe entenderse por “Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción”,⁴⁸ para lo cual se valió de diversos métodos interpretativos, que consistieron en la interpretación conforme al sentido corriente de los términos, la interpretación sistemática e histórica, y la interpretación evolutiva.

Es necesario llamar la atención sobre esta parte de la jurisprudencia de la Corte Interamericana, ya que resulta fundamental en términos de reconocimiento y protección de los derechos reproductivos de las mujeres: desde el punto de vista jurídico, termina con la falsa contrapo-

sición entre el derecho a la vida y los derechos de las mujeres. La Corte determinó que:

- a) Por concepción deberá entenderse el proceso de implantación, es decir, cuando el óvulo fecundado se adhiere a la pared del endometrio.
- b) El feto no puede ser considerado como persona.
- c) La protección de la vida prenatal es gradual e incremental.
- d) Sólo a través del ejercicio de los derechos de las mujeres puede darse la protección de la vida prenatal.

Al tratarse de una sentencia del órgano facultado para realizar la interpretación última de la Convención Americana, ésta impacta en toda la región, incluido México.

B. SANCIONES

En Jalisco y San Luis Potosí el aborto es considerado un delito grave, lo que significa que las personas acusadas de cometer este delito permanecen recluidas durante su proceso penal. En el caso de San Luis Potosí, el 29 de junio de 2015 el Congreso local aprobó una reforma al artículo 407 del Código de Procedimientos Penales del estado para eliminar esta consideración. Sin embargo, dicha reforma está pendiente de publicación. En el resto de los códigos penales, el delito se clasifica como no grave, por lo que las personas acusadas por aborto pueden permanecer en libertad mediante el pago de una caución o fianza y continuar el proceso fuera de prisión, según lo establecido en el artículo 19 de la Constitución. Sin embargo, dicho pago representa una carga significativa para muchas mujeres que enfrentan procesos penales y que tienen escasos recursos económicos.

Las sanciones por el delito de aborto se clasifican en: penas privativas de la libertad —que van desde 15 días hasta seis años—, multas, trabajo a la comunidad y diferentes formas de tratamiento médico o psicológico. A continuación se muestran las sanciones por entidad.

48. Artículo 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos. Véase OEA, “Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José)” en *Organización de los Estados Americanos [sitio web]*. Disponible en <<http://bit.ly/1g6YYsT>> [consulta: 12 de mayo de 2015].



SANCIONES POR EL DELITO DE ABORTO EN LOS CÓDIGOS PENALES

TRABAJO A LA COMUNIDAD (CUATRO ENTIDADES FEDERATIVAS)

BCS

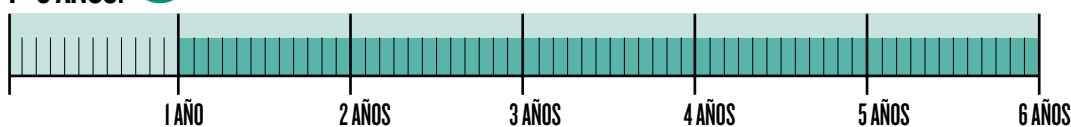
CAMP

DF

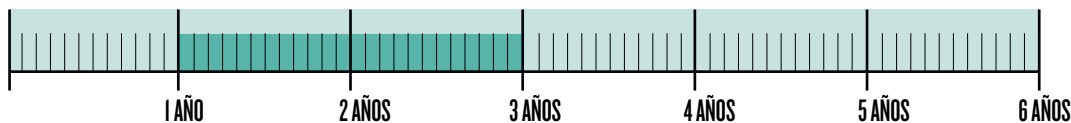
MICH

PENA PRIVATIVA DE LIBERTAD (29 ENTIDADES FEDERATIVAS)

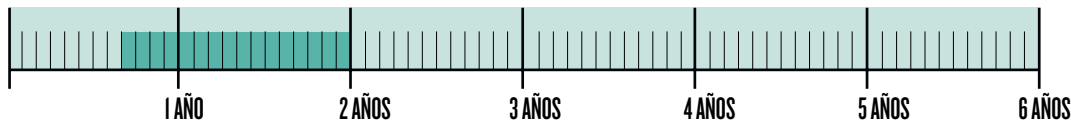
1 - 6 AÑOS: SON



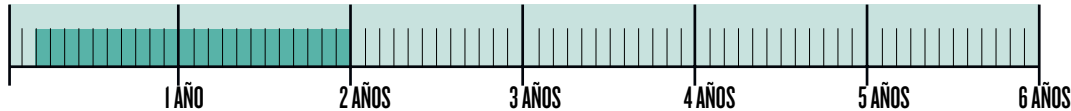
1 - 3 AÑOS: COAH COL DUR GRO HGO MEX NAY QRO SLP



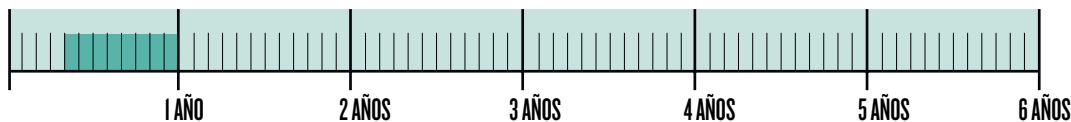
8 MESES - 2 AÑOS: ZAC



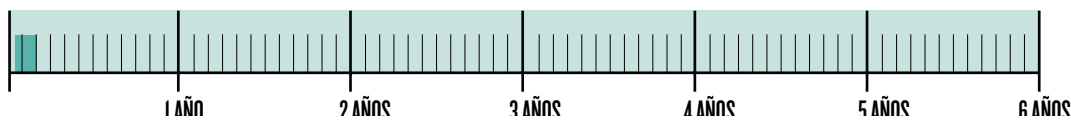
2 MESES - 2 AÑOS: BCS



4 MESES - 1 AÑO: JAL



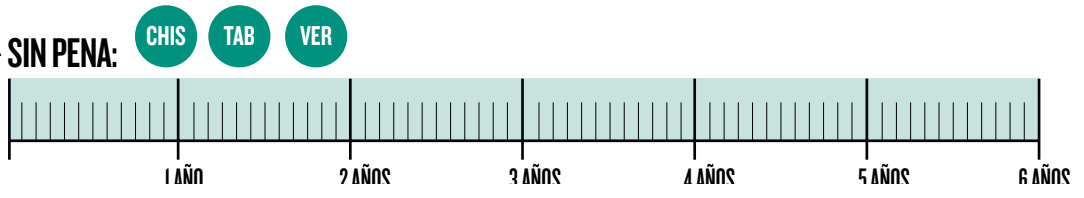
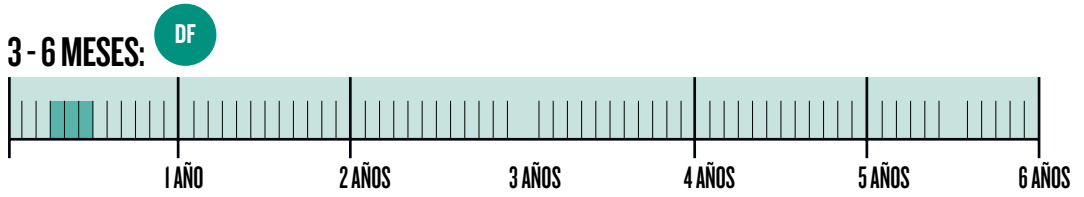
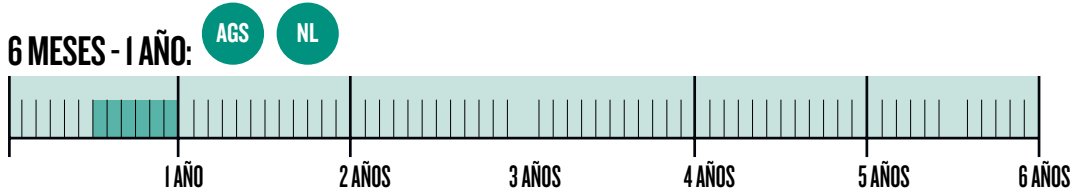
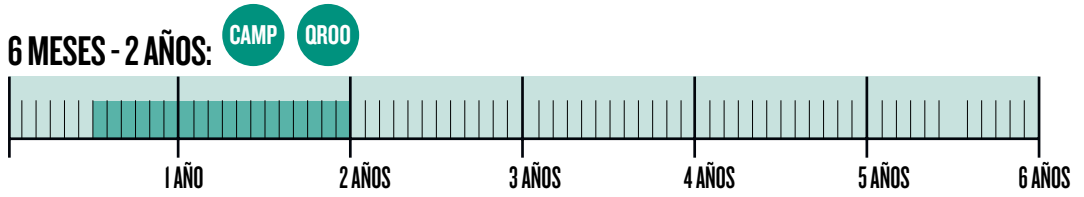
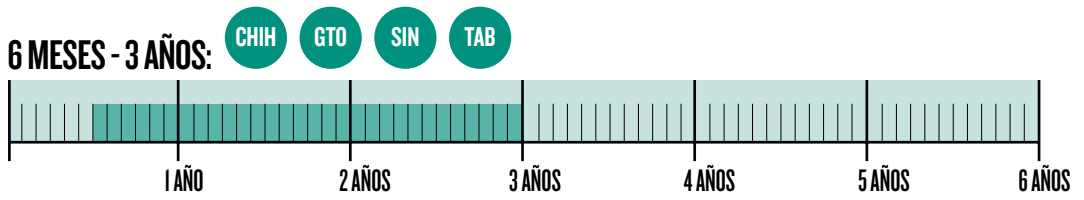
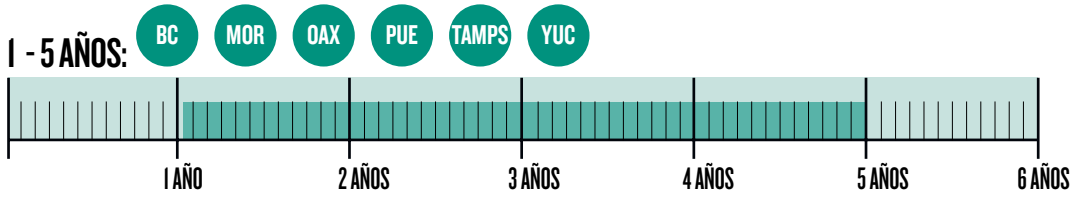
15 DÍAS - 2 MESES: TLAX



MULTA (13 ENTIDADES FEDERATIVAS)



TRATAMIENTO MÉDICO (SEIS ENTIDADES FEDERATIVAS)



Fuente: GIRE, mayo 2015.

De las sanciones anteriores cabe destacar el caso del Código Penal de Aguascalientes, cuyo artículo 101 establece dos diferentes penas para el aborto doloso. A pesar de que las autoridades de procuración de justicia están obligadas a actuar conforme al principio pro persona y aplicar la pena más baja, resulta urgente resolver la confusión introducida por este artículo para garantizar certidumbre jurídica a las personas que enfrentan procesos penales por aborto. El caso de Aguascalientes resalta también porque, además de la pena privativa de la libertad y la multa, se impone a la mujer que aborta la sanción de reparar los daños y perjuicios ocasionados, situación absurda pues en el delito de aborto la única persona sobre quien se pueden registrar daños y perjuicios es la misma mujer.

Como se puede observar en el cuadro anterior, varias entidades federativas contemplan el trabajo comunitario o el tratamiento médico como una posibilidad de sanción que sustituya la pena privativa de la libertad. Si bien puede considerarse un aspecto positivo al ser menos gravoso para la mujer que permanecer en prisión, sigue siendo una medida que criminaliza a las mujeres que interrumpen un embarazo y que las trata como si tuvieran algún padecimiento. Aunado a las consecuencias jurídicas de ser sometidas a un proceso penal, la criminalización genera un estigma y discriminación que pueden provocar graves afectaciones en el entorno social y familiar de las mujeres. Estas sanciones no especifican el tipo de tratamiento al que se refieren, quién lo aplica ni cuánto tiempo dura. De manera particularmente grave destacan los casos de Jalisco, Tamaulipas y Yucatán, que establecen como objetivo de estos tratamientos “reafirmar el valor de la maternidad y el fortalecimiento de la familia”.

4.3 CRIMINALIZACIÓN

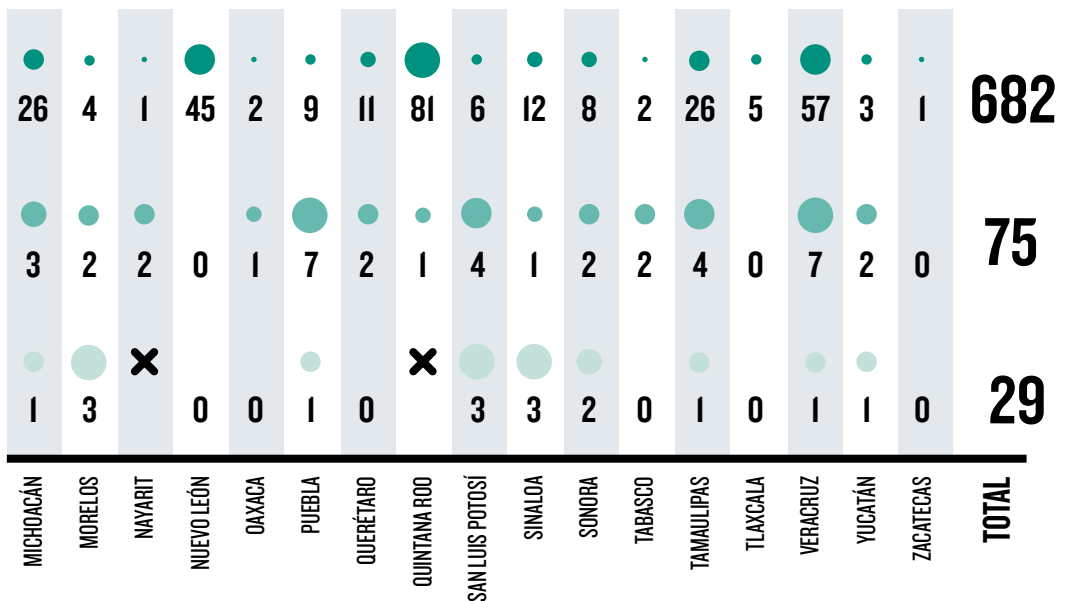
CRIMINALIZACIÓN POR EL DELITO DE ABORTO AGOSTO 2012-DICIEMBRE 2013



A. CRIMINALIZACIÓN POR EL DELITO DE ABORTO

Si bien la ampliación de causales de aborto y la implementación de los servicios de interrupción legal en los supuestos permitidos contribuiría a un mejor ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres, la permanencia de una regulación penal con respecto al aborto continúa provocando la denuncia y criminalización de las mujeres que interrumpen un embarazo en México.

Foto: Shutterstock

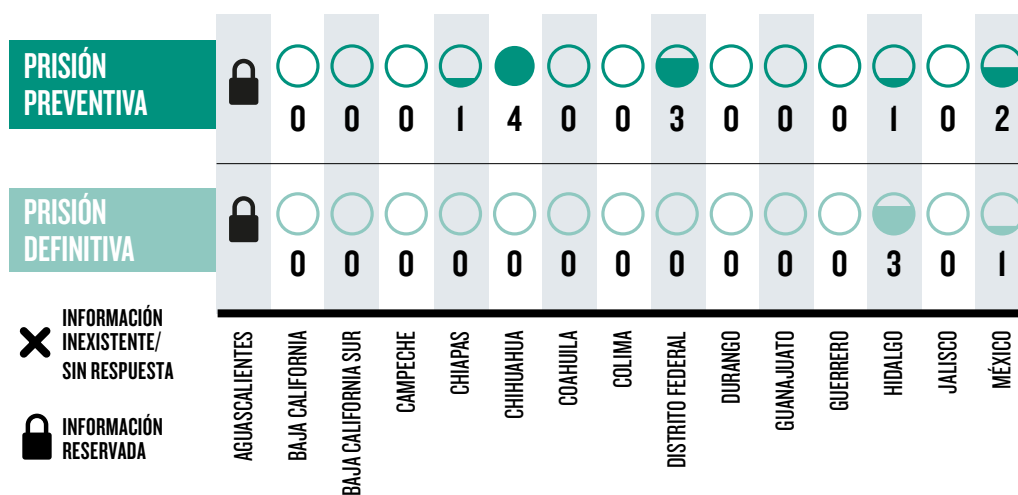


Fuente: Elaboración de GIRE con base en datos obtenidos mediante solicitudes de acceso a la información pública.

La información proporcionada por instancias públicas de procuración de justicia demuestra que, por desgracia, las mujeres en México siguen siendo criminalizadas por aborto. **De acuerdo con las respuestas recibidas por dichos organismos, el número de denuncias por aborto en este periodo es de 625. Entre éstas, destacan el Distrito Federal (183),⁴⁹ Quintana Roo (81), Baja California (75), el Veracruz (57) Guanajuato (50) con las cifras más altas. En cuanto a juicios penales por el delito de aborto, la cifra total asciende a 75.** Algunas de las personas que enfrentaron procesos por aborto son hombres, presumiblemente parejas o familiares de las mujeres o personal médico. Sin embargo, en la mayoría de los casos no se conoce el sexo de la persona acusada. **En este periodo, se han emitido 29 sentencias por el delito de aborto.** De los poderes judiciales locales que respondieron sobre la existencia de sentencias por el delito de aborto, sólo los estados de Chihuahua, Michoacán y Sinaloa enviaron la versión pública de las resoluciones. En el caso de las sentencias de Sinaloa resalta un esquema de criminalización similar al de Hilda: supuestos abortos con medicamentos, cuyo material probatorio se integra en todos los casos exclusivamente por la confesión de la mujer, valorada como prueba plena, sin que se alleguen de otras pruebas que confirmen que la interrupción del embarazo se dio como consecuencia de la ingesta de algún medicamento. El resto de los estados ni siquiera proporcionó información sobre el sentido de las sentencias, por lo que no es posible saber si fueron condenatorias o absolutorias.

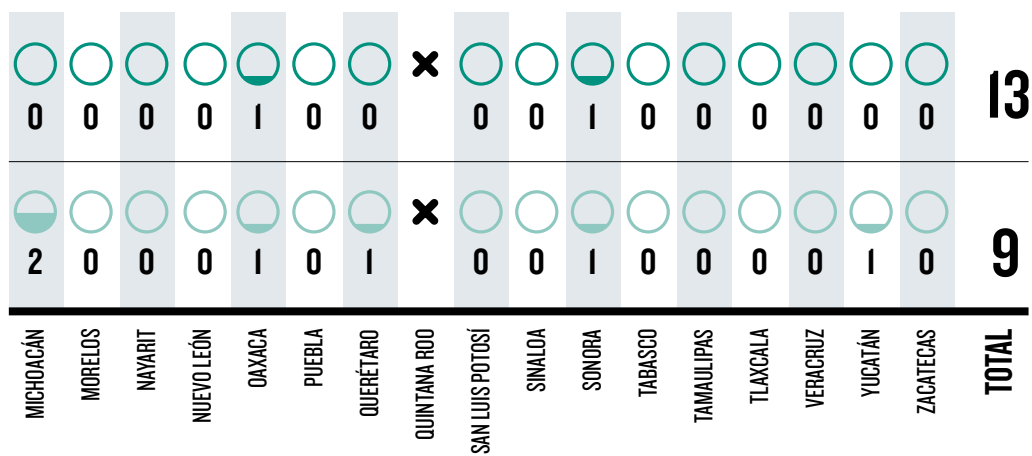
Con respecto a las personas en prisión preventiva o definitiva por el delito de aborto, las autoridades de las entidades federativas reportaron 13 casos de personas en prisión preventiva y nueve en prisión definitiva para el periodo de agosto de 2012 a diciembre 2013. En estos casos tampoco se proporcionó información acerca del sexo de las personas en reclusión.

PERSONAS EN PRISIÓN POR EL DELITO DE ABORTO AGOSTO 2012-DICIEMBRE 2013



49. Es importante tomar en cuenta que la población del Distrito Federal es la más alta del país, lo que pueda explicar la elevada cifra con respecto a otras entidades federativas.

Foto: Shutterstock



Fuente: Elaboración de GIRE con base en datos obtenidos mediante solicitudes de acceso a la información pública.

GUADALUPE⁵⁰ (QUERÉTARO)

Guadalupe es una mujer de 23 años y tiene un hijo de seis años de edad. Fue violada en noviembre de 2013, pero no acudió a levantar una denuncia por no conocer el procedimiento, por desconfianza en el Ministerio Público y por temor a represalias. A pesar de que tomó una pastilla de emergencia al día siguiente de la violación, poco tiempo después se enteró de que estaba embarazada. En la madrugada del 11 de diciembre, Guadalupe presentó dolor abdominal, sangrado y vómito. Su padre la llevó a un servicio de urgencia del hospital del IMSS en Querétaro. Ahí fue víctima de regaños y gritos por parte del personal médico, además de que no se le suministró ningún medicamento para el dolor.

Guadalupe salió ese mismo día del hospital, sin saber que el personal que la atendió había dado aviso al Ministerio Público de su caso. Un mes más tarde, recibió una llamada telefónica por parte de alguien que se identificó como un policía investigador, quien le dijo que tenía que presentarse a declarar ante el Ministerio Público. Más tarde, policías investigadores acudieron a su domicilio con el objetivo de llevarla a declarar. Ella nunca había recibido un citatorio formal. De manera extraoficial, se le informó que la investigación en su contra se encontraba en una etapa inicial. Representada por GIRE y por Saúl Hernández, abogado integrante de RADAR 4°, Guadalupe acudió a rendir su declaración.

En el Ministerio Público se obtuvo conocimiento de que en su expediente no existía evidencia alguna de un aborto provocado. El médico en cuyo testimonio se basaba el caso no recordaba claramente los hechos motivo de la denuncia e incluso reconoció no recordar a Guadalupe. Por lo tanto, se solicitó que se archivara la averiguación previa. No existía prueba alguna en su contra.

El 17 de noviembre de 2014 la averiguación se archivó de manera definitiva, por falta de elementos para acreditar el delito.

50. El nombre ha sido cambiado por respeto a su privacidad.

PAOLA⁵¹ (AGUASCALIENTES)

Paola tenía 20 años de edad. cursaba un embarazo de 25 semanas cuando presentó fuertes dolores de vientre. Ingresó al Hospital de la Mujer de Aguascalientes el 5 de marzo de 2014. En el hospital, el personal de Trabajo Social solicitó la intervención del Ministerio Público. Poco tiempo después llegaron policías de investigación a interrogar a Paola y a su padre, quien la acompañaba. Ante la incertidumbre sobre su situación jurídica, Paola solicitó su alta médica del hospital ese mismo día.

Más tarde, el padre de Paola contrató un abogado particular y así tuvo conocimiento de que se había iniciado una averiguación previa en contra de su hija. El 17 de junio de 2014 recibió un citatorio para presentarse a declarar en calidad de testigo, sin conocer más detalles del caso. Con el acompañamiento de GIRE se solicitó copia del expediente clínico. Hasta donde se tiene conocimiento, no existe ninguna nota médica que indique que Paola se provocó un aborto. Ante esta circunstancia, GIRE presentó un escrito para intervenir como representante legal de Paola, el cual no ha sido respondido y continúa negado el acceso al expediente del caso.

En el mes de septiembre, policías ministeriales acudieron al domicilio de Paola con una orden en su contra sin mostrar ningún documento. Ante tal incertidumbre, se interpuso una demanda de amparo para conocer el motivo por el que la buscaban, sin obtener información alguna, ya que el Ministerio Público canceló el citatorio correspondiente y la demanda de amparo se sobreseyó.

Paola vivió en la incertidumbre acerca del delito que se le imputaba, hasta que el 8 de abril de 2015 acudió al Ministerio Público en compañía de GIRE a solicitar información sobre su situación jurídica. Ahí, se obtuvo conocimiento de que desde el 17 de febrero de 2015 la Agencia Especializada en Delitos Familiares, Sexuales y Adolescentes había solicitado una orden de aprehensión en su contra por el delito de aborto doloso. El 17 de marzo, el juez de lo penal que conoció del asunto negó la petición de girar orden de aprehensión, por considerar que no había pruebas suficientes para comprobar el delito. En respuesta, la Fiscalía apeló la decisión del juez y pretende revertir este acuerdo para que se continúe con el proceso penal. A pesar de que resulta positivo que el juez haya negado la orden de aprehensión, los argumentos utilizados en su escrito son inconsistentes y contrarios a derechos humanos y podrían terminar por perjudicar el proceso de Paola en el caso de que éste continuara. Ante esta circunstancia, se presentaron dos escritos en defensa de Paola: una respuesta a los agravios que se le imputan y un escrito apelando los argumentos del juez para negar la orden de aprehensión. Este último no fue aceptado, por lo que GIRE, como representante legal de Paola, presentará una demanda de amparo. Mientras tanto, Paola continúa en la incertidumbre.

51. El nombre ha sido cambiado por respeto a su privacidad.

B. CASOS REGISTRADOS, DOCUMENTADOS Y LITIGADOS POR GIRE

A continuación se presentan los casos de mujeres criminalizadas por el delito de aborto que han sido acompañadas por GIRE.⁵² Durante el periodo de enero de 2013 a mayo de 2015, GIRE tiene registrados 23 casos, un documentado y cuatro litigados o en litigio.⁵³

REGISTRO⁵⁴

NOMBRE	EDAD	ENTIDAD	AÑO
Celia	-	Veracruz	2013
Esther	-	Baja California	2013
Paula	-	San Luis Potosí	2013
Fabiola	-	Aguascalientes	2013
Sandra	-	Yucatán	2013
María	-	Sonora	2013
Elba	-	Chihuahua	2013
Luz	19	Chihuahua	2013
Natalia	23	Zacatecas	2014
Miguelina	-	Baja California	2014
Aurora	-	Chihuahua	2014
Silvia	-	Tlaxcala	2014
Alicia	-	México	2014
Estela	-	Sonora	2014
Luisa	35	Yucatán	2013
Karla	19	Yucatán	2013
Gabriela	20	Chihuahua	2014
Miriam		Puebla	2014
Paloma	26	Sinaloa	2014
Hortensia	26	Morelos	2014
Emilia	17	Yucatán	2014
Isabel	33	Yucatán	2014
Georgina	25	San Luis Potosí	2015

52. Todos los nombres han sido cambiados por respeto a su privacidad

53. Este número incluye los casos de Hilda, Paola y Guadalupe que no se reflejan en el cuadro siguiente.

54. En los casos clasificados como *registro* no existe una documentación completa debido a que no se logró contactar a la víctima o a sus familiares. GIRE los registró a partir de diversas fuentes como notas periodísticas, información proporcionada por autoridades o integrantes de organizaciones civiles en el país.

DOCUMENTACIÓN⁵⁵

NOMBRE	EDAD	ENTIDAD	AÑO
CONSUELO	20	PUEBLA	2013

Consuelo es originaria del estado de Oaxaca. Tenía 20 años y cursaba un embarazo de 29 semanas cuando, el 23 de octubre de 2013, presentó fuerte dolor en el vientre. Acudió al Hospital de Coxcatlán (Puebla), donde fue recibida y trasladada al Hospital de la Mujer en Tehuacán, Puebla, institución donde murió el producto del embarazo por ser prematuro. El personal médico de Coxcatlán que refirió y trasladó a Consuelo al Hospital de Tehuacán asentó en su hoja de traslado que su caso se trataba de un aborto, motivo por el cual el hospital de Tehuacán dio aviso al Ministerio Público, que no acudió al hospital para investigar.

LITIGIO CERRADO⁵⁶

NOMBRE	EDAD	ENTIDAD	AÑO
VIVIANA	19	DISTRITO FEDERAL	2013

Viviana tenía 19 años de edad y radicaba en el Distrito Federal. El 20 de abril de 2013 acudió al Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez con una hemorragia y un embarazo de 16 semanas de gestación. Ahí, fue acusada de homicidio culposo por parte del personal del hospital, a pesar de que había sufrido un aborto no inducido. Finalmente y, con la intervención de GIRE, la Procuraduría de Justicia del Distrito Federal determinó el no ejercicio de la acción penal.

55. En los casos clasificados como *documentados* se tuvo un contacto directo con la víctima o sus familiares para obtener más información sobre el caso, pero no se emprendió una acción jurídica por parte de GIRE.



56. Los casos de *litigio* se refieren a aquellos en los que GIRE emprendió alguna acción jurídica para acompañar a la víctima o sus familiares.

C. CRIMINALIZACIÓN POR EL DELITO DE HOMICIDIO EN RAZÓN DE PARENTESCO E INFANTICIDIO

La manera en que las reformas a constituciones locales han establecido la protección a la vida prenatal en algunos estados se ha otorgado personalidad jurídica del embrión, lo que resulta muy preocupante en términos de la criminalización de las mujeres que abortan. Estas reformas han fomentado que algunas mujeres sean acusadas por el delito de homicidio en razón de parentesco o infanticidio y no por el delito de aborto, cuya pena es notablemente menor.

CRIMINALIZACIÓN POR EL DELITO DE HOMICIDIO EN RAZÓN DE PARENTESCO/INFANTICIDIO AGOSTO 2012-DICIEMBRE 2013

	AGUASCALIENTES	BAJA CALIFORNIA	BAJA CALIFORNIA SUR	CAMPECHE	CHIAPAS	CHIHUAHUA	COAHUILA	COLIMA	DISTRITO FEDERAL	DURANGO	GUANAJUATO	GUERRERO	HIDALGO	JALISCO	MÉXICO
DENUNCIAS	- 0	0 -	1 -	1 -	1 -	1 -	0 0	0 0	0 0	5 -	1 0	1 0	1 0	0 -	1 -
JUICIOS PENALES	1 -	1 -	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 -	1 0	1 1	1 0	1 -	1 -	1 -	1 -
SENTENCIAS	1 -	1 -	1 -	1 -	1 0	1 0	1 0	1 -	1 0	1 0	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -

 INFORMACIÓN INEXISTENTE/SIN RESPUESTA
 INFORMACIÓN RESERVADA

Las solicitudes de acceso a la información acerca del número de averiguaciones, procesos penales y sentencias por este delito no permiten obtener información adecuada respecto al número de mujeres que son criminalizadas por este delito debido, principalmente, a que la información pública registrada sobre esto no distingue la edad de la víctima, dato que permitiría diferenciar estos casos de aquellos donde existió un homicidio. Desde GIRE se cuestionó por medio de solicitudes de acceso a la información a las autoridades de procuración de justicia acerca del uso de la técnica de docimasia⁵⁷ para probar el cuerpo del delito en casos de homicidio en razón de parentesco o infanticidio. A pesar de que esta prueba ha sido desacreditada por la comunidad científica, la mayoría de las entidades (21) respondieron que sí utilizan este procedimiento.

MICHOACÁN	×	●					×		×	×	×			×	×	●	10
MORELOS	-	2	0	0	0	0	-	0	-	-	-	0	0	0	-	-	1
NAVARRIT																	
NUEVO LEÓN																	
OAXACA	×	×			●	×		×	×	×	×	×	×	×	×	●	6
PUEBLA	-	-	0	0	1	-	0	-	-	-	-	-	1	-	1	1	
QUERÉTARO																	
QUINTANA ROO																	
SAN LUIS POTOSÍ	×	×			●	×		×	×	×	×	×	×	×	×		3
SINALOA	-	-	0	0	2	-	0	-	-	-	-	-	0	-	0	0	
SONORA																	
TABASCO																	
TAMAULIPAS	×	×												×			
TLAXCALA	-	-	0	0	2	-	0	-	-	-	-	-	0	-	0	0	
VERACRUZ																	
YUCATÁN																	
ZACATECAS																	
TOTAL																	

Fuente: Elaboración de GIRE con base en datos obtenidos mediante solicitudes de acceso a la información pública.

57. La docimasia es una prueba utilizada para determinar si un producto nació vivo con base en la evidencia de que sus pulmones floten al ser colocados en un recipiente con agua. Sin embargo, esta prueba ha sido ampliamente desacreditada por la comunidad científica pues existen múltiples factores que pueden hacer que el pulmón flote sin que el producto hubiera respirado al nacer. Para saber más sobre el uso de la docimasia en casos de criminalización por aborto, véase el Davis, Gregory J., *Determinación de nacido vivo versus mortinato y consideraciones acerca de lesiones relacionadas al nacimiento*, Kentucky, Universidad de Kentucky, 2014. Disponible en <<http://bit.ly/1JeEOhD>> [consulta: 21 de julio de 2015]. [Este documento fue presentado ante la Asamblea Legislativa y la Corte Suprema de El Salvador como un Amicus curia para la defensa de mujeres criminalizadas por aborto en ese país].

ADRIANA: CENTRO LAS LIBRES⁵⁸

Con el acompañamiento integral del Centro Las Libres y el diseño de la estrategia y litigio jurídico de la Clínica de Interés Público del Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE), el miércoles 22 de enero de 2014 Adriana, mujer indígena originaria del estado de Guerrero, salió de la cárcel de Chilpancingo, después de siete años y nueve meses en prisión acusada de homicidio en razón de parentesco. La denunció su propia familia tras haber tenido un aborto. Adriana fue encarcelada cuando tenía 18 años y sentenciada a 27 años en prisión, que más tarde se redujeron a 22 por una apelación a su caso. Adriana no hablaba español en el momento de su juicio y no tuvo acceso a un intérprete ni a una defensa legal adecuada. Permaneció en prisión hasta que, dos años y medio después de haber atraído su caso, la SCJN le otorgó un amparo liso y llano y ordenó su libertad inmediata.

CONCEPCIÓN: ASISTENCIA LEGAL POR LOS DERECHOS HUMANOS⁵⁹

Concepción tenía 25 años y vendía periódicos en el puerto de Veracruz. La mañana del 25 de febrero de 2013, sintió fuertes dolores en el vientre y tuvo un sangrado, por lo que acudió a la Cruz Roja local. Al llegar al hospital, el personal médico le dijo que estaba embarazada. Ella no sabía.

En el hospital, Concepción quiso ir al baño y el personal de la institución le permitió hacerlo sin valoración médica previa ni persona que la asistiera en vista de su condición. Ahí, se produjo el parto de forma involuntaria y precipitada. El producto fue expulsado en el inodoro.

A raíz de estos hechos, Concepción fue denunciada ante el Ministerio Público y acusada de homicidio doloso. El 5 de marzo de 2013 el Juzgado Quinto de lo Penal con sede en el puerto de Veracruz le dictó un auto de formal prisión. Asilegal asumió la defensa de Concepción y presentó un amparo en contra de dicho auto. En respuesta, el Juzgado Cuarto de Distrito en el Estado de Veracruz ordenó que la autoridad responsable dejara insubsistente el auto de formal prisión y repusiera el procedimiento. Sin embargo, Concepción permaneció privada de su libertad durante siete meses. Finalmente, fue puesta en libertad por no existir elementos para acreditar el delito del que se le acusaba.

58. Para conocer más del caso de Adriana véase Las Libres, “[Blogs sobre Adriana]” en *Las Libres [sitio web]*, 2014. Disponible en <<http://bit.ly/1Rx32Js>> [consulta: 24 de febrero de 2015].

59. Para conocer más del caso de Concepción véase Así Legal, “Concepción y la negligencia médica” en *Así Legal [sitio web]*, 1 de octubre de 2003. Disponible en <<http://bit.ly/1CEVWvE>> [consulta: 24 de febrero de 2015].

5. CONCLUSIONES

El acceso al aborto legal y seguro es esencial para el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres. En México, las mujeres continúan enfrentando regulaciones restrictivas, obstáculos para el acceso a servicios de aborto y criminalización. El cumplimiento del Estado mexicano de sus obligaciones en materia de derechos humanos supone atender estos problemas de manera urgente.

En primer lugar, destaca la ausencia de la causal de riesgo para la salud de la mujer en los códigos penales de 15 estados. Como en el caso de Diana, esto provoca que mujeres cuyo embarazo representa un riesgo para su salud se vean obligadas a continuarlo, a recurrir a un aborto inseguro o, si tienen suerte, a viajar a una entidad federativa donde exista la causal. Por ello, es urgente que los congresos locales incluyan la causal salud en las entidades que no la contemplan y que su interpretación se realice desde una perspectiva integral de la salud de acuerdo con los precedentes internacionales.

En segundo lugar, con respecto al acceso a los servicios de aborto en las causales legales resalta el caso del aborto por violación, legal en todo el país, pero con limitado o nulo acceso. Así, niñas como Rosa que han sido víctimas de violencia no pueden acceder a una interrupción legal debido a obstáculos normativos como el requisito de un plazo para acceder al servicio, la autorización de una autoridad o la obligación de presentar una denuncia previa. La implementación de la LGV con respecto a la ILE como servicio médico de urgencia requiere eliminar estos obstáculos, así como armonizar la NOM 046. *Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención* para facilitar la atención en estos casos.

Por último, la criminalización de las mujeres por el delito de aborto y, en algunos casos, por el delito de homicidio en razón de parentesco o infanticidio continúa siendo una realidad muy preocupante en México. La resolución de la SCJN con respecto a la compatibilidad de la protección a la vida prenatal con las causales legales de aborto, así como la sentencia de la Corte Interamericana en el caso de *Artavia Murillo vs. Costa Rica* hacen urgente una interpretación de las constituciones locales compatible con los derechos humanos de las mujeres.

6. RECOMENDACIONES

NORMATIVAS

A LOS CONGRESOS LOCALES DE AGUASCALIENTES, BAJA CALIFORNIA, CHIAPAS, COAHUILA, DURANGO, GUANAJUATO, MÉXICO, MORELOS, OAXACA, PUEBLA, SAN LUIS POTOSÍ, SINALOA, SONORA, TABASCO, QUERÉTARO, QUINTANA ROO, VERACRUZ Y YUCATÁN: Reformar sus códigos penales locales para incluir el riesgo a la salud de la mujer como causal de exclusión de responsabilidad del delito de aborto.

AL CONGRESO DE LA UNIÓN: Reformar el Código Penal Federal para incluir el riesgo a la salud de la mujer como causal de exclusión de responsabilidad del delito de aborto.

Reformar la Ley General de Salud para garantizar la prestación de servicios de interrupción del embarazo en las causales permitidas por la ley.

A LOS CONGRESOS LOCALES DE AGUASCALIENTES, BAJA CALIFORNIA, CAMPECHE, CHIAPAS, CHIHUAHUA, COAHUILA, COLIMA, HIDALGO, OAXACA, MICHOACÁN, QUINTANA ROO Y VERACRUZ: Reformar sus códigos penales para eliminar el plazo como requisito para acceder a los servicios de aborto por violación, de conformidad con la Ley General de Víctimas.

A LOS CONGRESOS LOCALES DE AGUASCALIENTES, BAJA CALIFORNIA, BAJA CALIFORNIA SUR, CAMPECHE, GUERRERO E HIDALGO: Reformar sus códigos penales para eliminar el requisito de autorización para acceder a los servicios de aborto por violación, de conformidad con la Ley General de Víctimas.

A LOS CONGRESOS LOCALES DE AGUASCALIENTES, BAJA CALIFORNIA, BAJA CALIFORNIA SUR, CAMPECHE, COLIMA, DURANGO, GUERRERO, HIDALGO, QUINTANA ROO, SAN LUIS POTOSÍ Y TABASCO: Reformar sus códigos penales para eliminar la denuncia como requisito para acceder a los servicios de aborto por violación, de conformidad con la Ley General de Víctimas.

AL CONGRESO DE JALISCO: Reformar su código penal para que el aborto no sea considerado como delito grave.

AL GOBERNADOR DE SAN LUIS POTOSÍ: Publicar la reforma al Código de Procedimientos Penales del estado en virtud de la cual el delito de aborto ya no es considerado grave.

A LA SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL: Armonizar la NOM 046. *Violencia familiar, sexual y contra las mujeres*. Criterios para la prevención y atención con las disposiciones de la Ley General de Víctimas sobre atención médica de emergencia, garantizando el acceso al aborto por violación sin requisitos previos.

A LA SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL: Reformar los *Lineamientos Generales de Organización y Operación de los Servicios de Salud relacionados con la interrupción legal del embarazo en el Distrito Federal* para eliminar el plazo de 20 semanas de gestación para acceder a los servicios de aborto legal.

AL GOBERNADOR DEL ESTADO DE CHIHUAHUA: Reformar el *Acuerdo 279*, publicado en el Periódico Oficial el 2 de octubre de 2010 para eliminar el requisito de denuncia para acceder a los servicios de aborto por violación e inseminación artificial no consentida.

A LA PROCURADURÍA GENERAL DE JUSTICIA DEL ESTADO DE COLIMA: Reformar el *Protocolo para la Investigación y Atención Eficiente de los Delitos Sexuales de la Procuraduría General de Justicia del Estado* para eliminar el requisito de denuncia y autorización para acceder a los servicios de aborto por violación.

A LA PROCURADURÍA GENERAL DE JUSTICIA DEL ESTADO DE OAXACA: Reformar la *Circular 09/2011. Normas y criterios interpretativos del procedimiento para la práctica del aborto en casos en que el embarazo sea producto de la violación* para eliminar el requisito de denuncia y autorización para acceder a los servicios de aborto por violación.

A LA PROCURADURÍA GENERAL DE JUSTICIA DEL DISTRITO FEDERAL: Reformar el *Acuerdo A/004/06, por el que se establece el Instructivo sobre el Procedimiento de la Interrupción Legal del Embarazo y Anticoncepción de Emergencia en los casos de violación* para eliminar el requisito de denuncia para acceder a los servicios de aborto por violación.

AL CONGRESO DE LA UNIÓN Y A LOS CONGRESOS DE LOS ESTADOS: Reformar sus códigos penales para despenalizar el aborto durante las 12 primeras semanas de gestación por voluntad de la mujer.

IMPLEMENTACIÓN DE LA NORMATIVA

A LA SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL, EL IMSS, EL ISSSTE, LAS SECRETARÍAS DE SALUD LOCALES Y PROCURADURÍAS DE JUSTICIA: Implementar la Ley General de Víctimas para atención a víctimas de violencia sexual, garantizando el acceso al aborto por violación sin requisitos previos.

Garantizar el acceso a abortos por causales legales sin dilación.

A LA SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL, EL IMSS, EL ISSSTE Y LAS SECRETARÍAS DE SALUD LOCALES: Garantizar que el personal de salud salvaguarde el secreto profesional en el sentido de proteger el derecho a la salud y a la vida privada de las mujeres que acuden a sus servicios y así evitar su criminalización.

ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA

A LA SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL, EL IMSS, EL ISSSTE Y LAS SECRETARÍAS DE SALUD LOCALES: Registrar los abortos médicos llevados a cabo por tipo de causal legal.

A LAS PROCURADURÍAS DE JUSTICIA: Registrar el sexo de las personas acusadas o en prisión por el delito de aborto y por homicidio en razón de parentesco.

Registrar el delito de homicidio en razón de parentesco cuando la víctima es menor a 72 horas.

ACCESO A LA JUSTICIA

A LOS TRIBUNALES DE JUSTICIA, LA CNDH Y LAS COMISIONES LOCALES DE DERECHOS HUMANOS: Garantizar la reparación integral para las víctimas de violaciones a derechos humanos por la falta de acceso al aborto legal.

3

VIOLENCIA OBSTÉTRICA



IRMA Y SUS HIJOS



I. NEGACIÓN DE ACCESO Y MALA ATENCIÓN DEL PARTO

Irma

(Oaxaca)

Irma es de origen mazateco y vive en condiciones económicas precarias. Margarito, su esposo, se dedica al campo y ella al hogar. Ya tenían dos hijos, un niño y una niña, y cuando ella tenía 30 años esperaban al tercero. A las 36 semanas de gestación empezó con dolores de parto y el 2 de octubre de 2013 acudió al Centro de Salud de San Felipe Jalapa de Díaz, Oaxaca para solicitar atención médica. Al llegar ahí señaló las molestias y dolores que sentía a una enfermera, quien le midió la presión arterial e indicó que saliera a caminar con la certeza de que todavía faltaba para que naciera su bebé. Irma siguió la instrucción de la enfermera y se dirigió a una palapa. En ese momento, sintió que se le rompió la fuente y momentos después nació su hijo en el patio del hospital, sin asistencia ni atención médica alguna. Fue hasta después que Irma y su hijo fueron ingresados al Centro de Salud.

La imagen de Irma pariendo en el patio del hospital fue captada y publicada en medios de comunicación masiva, derivado de lo cual la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) inició una queja de oficio. Después de hablar con Irma, GIRE asumió su representación legal y la acompañó en la presentación de una ampliación de queja ante la CNDH en la que se señala que lo ocurrido fue un caso de violencia obstétrica, en el que se vulneraron los derechos humanos de Irma y de su hijo, entre ellos, a la integridad personal, a la salud, a la igualdad y a la no discriminación. Derivado de lo anterior, el 29 de enero de 2014 la CNDH emitió la Recomendación I/2014 en la que determinó que existieron violaciones a los derechos humanos de Irma y de su hijo, atribuibles al Gobierno del estado de Oaxaca, por la negación de la atención médica adecuada. La recomendación estableció como medidas de reparación la capacitación en derechos humanos del personal de salud, así como su certificación, con el objeto de brindar un servicio médico adecuado y profesional. También, la adopción de medidas para la correcta integración y protección del expediente médico, la tramitación de procesos penal y administrativo para señalar y sancionar a los responsables, además de la reparación del daño. Respecto de esta última, hay que resaltar la lamentable determinación de la CNDH, que dejó la cuantificación del monto al total arbitrio de la autoridad responsable, sin establecer parámetros objetivos, además de condicionarla al resultado de las investigaciones penal y administrativa y sin tomar en consideración las peticiones expresas de Irma presentadas en la ampliación de queja. Tampoco especificó las medidas que habrían de tomarse para evitar la repetición de estas violaciones de derechos humanos.

PETICIONES DE IRMA ANTE LA CNDH

- I. Que el personal que no me prestó atención oportuna sea sancionado, con el objeto de que en el futuro no incurra en una conducta semejante.
- II. Que se tomen las medidas necesarias para sensibilizar y capacitar al personal de salud en derechos de las mujeres, en particular los derechos reproductivos, para evitar situaciones como la mía.
- III. Que se me brinde atención médica puntual por parte del Estado para garantizar mi derecho a la salud.
- IV. Que se brinde atención médica puntual y especializada a mi hijo, con el objeto de garantizar su desarrollo integral y bienestar físico y mental.
- V. Que el Estado se comprometa a reparar el daño por haber puesto en peligro mi vida y la de mi hijo, mediante el pago de una indemnización económica.
- VI. Que el Estado se comprometa a cubrir los gastos educativos de mi hijo.
- VII. Que el Estado lleve a cabo un pronunciamiento público, reconociendo su responsabilidad en la falta de atención médica de la que fui objeto, retractándose de las declaraciones realizadas en el sentido de que el nacimiento de mi hijo —que se dio en condiciones inseguras y sin asistencia especializada— constituyó un caso fortuito.
- VIII. Que el Estado reconozca que existió negligencia hacia mí y mi hijo, entendiendo el término de negligencia como la omisión en la atención, incumplimiento de un deber, falta de precaución, de diligencia debida, de previsión de las consecuencias generadas por su falta de atención y el deficiente servicio de salud que me fue brindado y que se proporciona en el Centro de Salud de San Felipe Jalapa de Díaz.
- IX. Que el Estado adopte las garantías de no repetición de carácter legislativo, administrativo y judicial que respeten y protejan los derechos a la vida, la salud y la integridad personal de las mujeres embarazadas en Oaxaca, particularmente en la comunidad de San Felipe Jalapa de Díaz en la que vivo, para que los hechos que me ocurrieron no vuelvan a suceder.

A partir de que GIRE tomó el caso, el Gobierno de Oaxaca mostró buena voluntad política para cumplir la recomendación y asumió el compromiso de reparar de manera integral las violaciones a los derechos humanos de Irma y de su hijo, reconoció públicamente su responsabilidad, aceptó promover la capacitación del personal de salud que contribuya a combatir la violencia obstétrica y la muerte materna en Oaxaca, así como brindar atención médica oportuna. El 20 de marzo de 2014 Irma, el Gobierno de Oaxaca y GIRE como representante legal de Irma firmaron un convenio en el que se establecieron las siguientes obligaciones para el Estado:

1. Seguimiento a los procedimientos penales y administrativo iniciados como consecuencia de la negación de servicios de salud.
2. Cursos y talleres para la formación de facilitadores en habilidades y destrezas para la atención de embarazos y control de la salud materna prenatal.
3. Atención médica oportuna, de calidad y calidez para Irma y su hijo, y acompañamiento personal al acudir al Centro de Salud de su comunidad y al Hospital General de San Juan Bautista Tuxtepec, Oaxaca.

4. Indemnización económica.
5. Beca escolar para el hijo de Irma.
6. Reconocimiento de responsabilidad y perdón público por parte del Gobierno de Oaxaca en la comunidad de Irma y a través de los medios de comunicación gubernamentales, traducido al mazateco.
7. Garantías de no repetición consistentes en: a) realizar las gestiones necesarias para la construcción del Hospital Básico de Jalapa de Díaz, con infraestructura médica y hospitalaria en un periodo de ocho meses; b) construcción, habilitación y acondicionamiento de 50 salas de parto en seis jurisdicciones de la entidad; y c) difusión de los criterios y procedimientos contenidos en la *NOM 007-SSA2-2010, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido* (NOM 007).
8. Apoyo alimentario para Irma y su hijo.

El 20 de marzo de 2014, se cumplió con la indemnización económica y el reconocimiento de responsabilidad y perdón público. Dado que el hijo menor de Irma no está todavía en edad de ingresar a preescolar —la etapa a partir de la cual de acuerdo a las Reglas de Operación procede el apoyo educativo—, no ha entrado en vigor esta parte del acuerdo. En relación con la atención médica, Irma y su hijo continúan recibiendo atención en la clínica de su localidad, dentro del Seguro Popular y del programa Prospera. Sin embargo, quedan pendientes las 50 salas de trabajo de parto y el hospital, debido, aparentemente, a la falta de recursos federales.

A partir de las violaciones a los derechos humanos de Irma, GIRE ha registrado 14 casos similares reportados en medios de comunicación. Algunos de éstos han tenido una amplia cobertura recientemente. Todos muestran conductas que suceden desde hace mucho tiempo, pero que habían permanecido invisibilizadas. Estas conductas se relacionan con la negación de acceso a servicios de salud a mujeres que refieren tener síntomas de proceso de parto, quienes finalmente son obligadas a parir en baños, pasillos, salas de espera y jardines externos de las instituciones de salud, o, peor aún, en la vía pública, lo que implica un riesgo a la salud y la vida de la mujer.

Estos casos denotan un patrón de violaciones a los derechos reproductivos de las mujeres, así como falta de insumos, infraestructura y personal médico capacitado en los servicios de salud para atender partos y urgencias obstétricas. No obstante, el Estado se ha limitado a destituir a los directores y médicos de las instituciones de salud involucradas, en lugar de implementar garantías de no repetición de los hechos.

Dado que la recomendación emitida por la CNDH fue insuficiente, Irma decidió presentar un amparo en contra de ésta debido a la falta de aplicación de los estándares más altos en materia de reparación integral, por no tomar en consideración sus peticiones expresas y por la falta de notificación. Dicho amparo se encuentra en análisis en la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN).

Liliana

(Quintana Roo)

Liliana tiene 30 años y es originaria de Chetumal, Quintana Roo. Estudió Antropología y trabaja en una oficina de gobierno. Ella y su esposo siempre quisieron tener cuatro hijos y cuando supieron que estaba embarazada acondicionaron una habitación con literas. El 12 de noviembre de 2013 Liliana acudió al Hospital General de Zona Médica Familiar I del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para recibir atención médica, pues se encontraba en labor de parto.

Durante las primeras seis horas en el hospital, el médico encargado le comentó que presentaba una evolución favorable para el parto vaginal. Sin embargo, al darse el cambio de turno, el nuevo médico sugirió de manera tajante que se realizara una cesárea, pese a que las condiciones no habían cambiado, según las revisiones médicas.

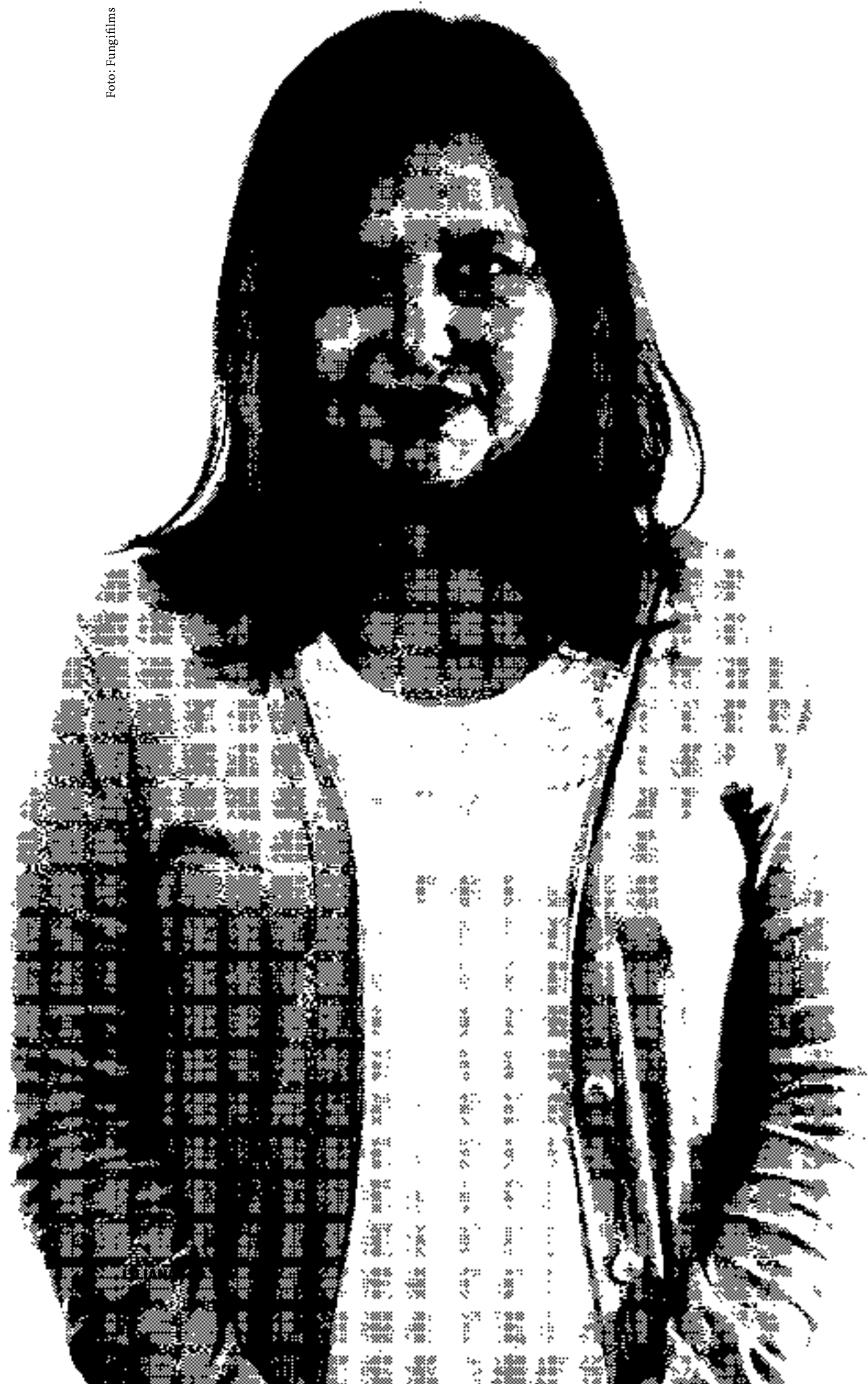
Liliana manifestó expresamente que quería un parto vaginal, a lo que el médico que la atendía respondió “si la paciente lo desea, yo me puedo ir a dar una vuelta para revisar a todos mis pacientes y en una hora y media regresar, pero si el bebé ya tiene sufrimiento fetal es bajo su responsabilidad”. Este sarcasmo innecesario y otras groserías fueron el trato que recibió desde un principio por parte del personal de salud.

Derivado de lo anterior y, ante el miedo de lo que pudiera sucederle a su hija, Liliana accedió a la práctica de la cesárea, durante la cual perdió el conocimiento, por lo que no tuvo conciencia del procedimiento ni del nacimiento de su bebé. Después de siete horas recobró el sentido, presentando fiebre y un intenso dolor abdominal. Tuvo que insistir durante una hora y media para que el personal de enfermería la revisara y, al fin, el médico que llevó a cabo la cesárea le recetó un medicamento sin una exploración previa.

El 20 de noviembre al medio día la dieron de alta, pese a que el dolor abdominal continuaba. Ese mismo día por la tarde Liliana presentó fiebre y dolor abdominal intenso, por lo que acudió a una clínica privada a solicitar un ultrasonido. Más tarde, regresó al hospital del IMSS, donde fue atendida por el mismo médico que realizó la cesárea. Éste de nueva cuenta se mostró indiferente ante su situación. Ella se sentía realmente mal y le pidió a su familia que la llevara a una clínica privada.

El 26 de noviembre, después de seis días de análisis y tres intervenciones quirúrgicas, entre las cuales se le extirpó el útero, Liliana descubrió que durante la cesárea le habían perforado la vejiga y la matriz. Su estado de salud era grave, por lo que tuvo que permanecer en la clínica privada hasta el 6 de diciembre, sin poder cargar a su hija.

Liliana presentó una queja ante la CNDH. Ésta, a su vez, decidió remitir el caso a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), argumentando que se trataba de un caso de negligencia médica y no de violencia obstétrica, ni de violación a derechos humanos. Liliana —representada por GIRE— presentó una ampliación de queja en la que se aclaró y argumentó que su caso era uno de violencia obstétrica y que se habían violentado sus derechos a la integridad personal, a la salud y a la vida privada, queja que a la fecha sigue en trámite ante la CNDH. Después de su experiencia, Liliana desconfía de los servicios de salud pública, por lo que no se ha realizado una nueva revisión médica. Por otra parte, decidió presentar una denuncia por el caso, la cual está siendo acompañada por Gabriela Rojo, abogada integrante de RADAR 4°.



¿QUÉ ES LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA?

La violencia obstétrica es una forma específica de violencia contra las mujeres que constituye una violación a los derechos humanos. Se genera en el ámbito de la atención obstétrica en los servicios de salud públicos y privados y consiste en cualquier acción u omisión por parte del personal del Sistema Nacional de Salud que cause un daño físico y/o psicológico a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, que se exprese en la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, un trato cruel, inhumano o degradante, o un abuso de medicalización, menoscabando la capacidad de decidir de manera libre e informada sobre dichos procesos reproductivos.

La violencia obstétrica es producto de un entramado multifactorial en donde confluyen la violencia institucional y la violencia de género:

Durante la atención institucional del parto, la violación de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres va desde regaños, burlas, ironías, insultos, amenazas, humillaciones, manipulación de la información y negación al tratamiento, sin referir a otros servicios para recibir asistencia oportuna, aplazamiento de la atención médica urgente, indiferencia frente a sus solicitudes o reclamos, no consultarlas o informarlas sobre las decisiones que se van tomando en el curso del trabajo de parto, utilizarlas como recurso didáctico sin ningún respeto a su dignidad humana, el manejo del dolor durante el trabajo de parto como castigo y la coacción para obtener su ‘consentimiento’, hasta formas en las que es posible constatar que se ha causado daño deliberado a la salud de la afectada, o bien que se ha incurrido en una violación aún más grave de sus derechos.¹

Expertos en el tema identifican dos modalidades de violencia obstétrica. Por un lado, la física, que se configura cuando se realizan prácticas invasivas y suministro de medicación no justificadas por el estado de salud, o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto biológico.² Por otro lado, la dimensión psicológica, que incluye el trato deshumanizado, grosero, discriminación, humillación, cuando se pide asesoramiento, o se requiere atención en el transcurso de una práctica obstétrica. Comprende también la omisión de información para la mujer y sus familiares sobre la evolución de su parto.³

1. Villanueva-Egan, Luis Alberto, “El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra” en *Revista CONAMED*, vol. 15, núm. 3, julio-septiembre 2010, p. 148. Disponible en <<http://bit.ly/hF16fY>> [consulta: 5 de mayo de 2015].

2. Medina, Graciela, “Violencia obstétrica” en *Revista de Derecho y Familia de las Personas*, Buenos Aires, núm. 4, diciembre 2009. Disponible en <<http://bit.ly/UjH62l>> [consulta: 6 de mayo de 2015].

3. *Ibíd.*

DEFENSA DE GIRE EN LOS CASOS DE IRMA Y LILIANA

Las mujeres en México enfrentan serios obstáculos para ejercer sus derechos reproductivos. Éstos van desde la discriminación en el acceso y la negativa de los servicios de salud materna, hasta la atención deficiente en la prestación de los servicios debido a problemas estructurales en los sistemas de salud, como infraestructura insuficiente y falta de capacidad de las clínicas y hospitales públicos, federales y locales, para atender partos y urgencias obstétricas. Aunado a lo anterior, el acceso a la justicia es precario y, en los casos en los que se logra acceder a alguna vía legal, no existe una reparación integral de las violaciones a los derechos humanos.

A. QUEJA ANTE LA COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS

En los casos de Irma y Liliana, se optó por utilizar el trámite de queja ante la CNDH como vía de acceso a la justicia, dada la precariedad de los mecanismos administrativos de acceso a la justicia para las mujeres víctimas de violencia obstétrica, con fundamento en las facultades que tienen las comisiones de derechos humanos en materia de reparación integral, derivadas de lo establecido en el artículo 1º constitucional.

En México se cuenta con una amplia gama de procedimientos, que van desde lo civil, penal y administrativo, para presentar quejas en casos de falta de acceso o deficiencias en la atención médica en los servicios de salud. Sin embargo, ninguno de ellos prevé el establecimiento de medidas de reparación integral por violaciones a derechos humanos; en específico, no recomiendan garantías de no repetición que busquen modificar las condiciones estructurales que permitieron la violación en el caso específico. Por esta razón, GIRE ha impulsado la utilización de los mecanismos de queja ante los órganos públicos de derechos humanos, tanto locales como el nacional.⁴

En el caso de Irma se logró que la CNDH emitiera una recomendación, en virtud de la cual se obtuvo la respuesta del estado de Oaxaca y se acordaron las siguientes medidas de reparación: una indemnización económica, una disculpa pública, el diseño de una agenda de trabajo de capacitación para el personal de salud, así como la presentación y seguimiento de las denuncias penal y administrativa contra el personal del Centro de Salud Rural del municipio de San Felipe Jalapa de Díaz. **Lamentablemente, a más de un año de la aceptación de la Recomendación por parte del Gobierno de Oaxaca, aún no se construye el hospital de San Felipe Jalapa de Díaz, ni las 50 salas de labor de parto a las que se comprometieron el Gobierno estatal y federal como una responsabilidad compartida para que casos como el de Irma no se repitan.**

En el caso de Liliana también se optó por continuar la tramitación de la queja ante la CNDH, dada la importancia de que la Comisión determine que lo sucedido en noviembre de 2013 va más allá de una negligencia médica y constituye una violación a sus derechos humanos y, por lo tanto, amerita una reparación integral por estos hechos.

En los casos de Irma y de Liliana existieron violaciones a los derechos humanos a la integridad personal, a la salud, a una vida libre de violencia y al acceso a la justicia. Además, estos casos de violencia obstétrica tienen la particularidad de que, para proteger los derechos humanos de las mujeres, el Estado tenía la obligación de proteger también la vida prenatal. **En este contexto, cabe resaltar**

4. Para abundar en los obstáculos que existen en el acceso a la justicia para violaciones a derechos reproductivos en México consultar el capítulo 4 “Muerte materna” de esta publicación.

que tanto el artículo 13 de la constitución de Oaxaca como el artículo 12 de la de Quintana Roo contienen cláusulas de protección a la vida prenatal, que deben ser interpretadas de conformidad con la sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CoIDH) del caso *Artavia Murillo vs. Costa Rica*, en el sentido de que sólo a través de la garantía de los derechos reproductivos de las mujeres embarazadas es que se logra una efectiva protección de la vida desde la concepción.⁵ Así, en los casos de Liliana e Irma, no sólo existió una clara violación a sus derechos humanos, sino que se pusieron en riesgo sus embarazos. En este sentido, el Estado incumplió su deber de proteger la vida prenatal.

LA FALTA DE ACCESO Y DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD OBSTÉTRICA SON VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Para defender casos como los de Irma y Liliana, el primer paso fue determinar que la negación del acceso y la mala calidad de los servicios de salud obstétrica son situaciones de violencia obstétrica y no casos de “partos fortuitos” o de mera negligencia médica atribuible a una persona en lo particular, tales como errores humanos o conductas de poco profesionalismo que escapan a las obligaciones del Estado en materia de derechos humanos.

Al respecto cabe señalar que en 2014 el sector salud fue el segundo con mayor número de quejas presentadas ante la CNDH con un total de 2,243.⁶ El IMSS, en específico, fue la institución más señalada como autoridad responsable en los expedientes de queja presentados ante la Comisión en los años 2012, 2013 y 2014.⁷ Tan sólo en el trimestre de enero a marzo de 2015, la CNDH ha recibido 402 quejas en contra del IMSS. Si bien es importante reconocer que el IMSS atiende a un importante número de personas en el país, la magnitud de las quejas en su contra permite vislumbrar un problema estructural de deficiencias en la atención prestada.⁸ Los datos permiten entrever las constantes violaciones al derecho a la salud que enfrentan las personas en México, así como los problemas estructurales del sistema de salud público que deben atenderse para que dichas violaciones no sigan ocurriendo. Así, la garantía del derecho a la salud en relación con el acceso y la calidad de los servicios de salud obstétrica implicaría una mejora estructural del sistema de salud y no sólo la atención de casos específicos cuando se presenten. La violencia obstétrica, al igual que la muerte materna y el acceso al aborto legal y seguro, es un tema de justicia social, en el que convergen múltiples factores de discriminación como el género, el nivel socioeconómico, el idioma y la etnia, provocando que las mujeres más vulnerables enfrenten también mayores abusos en su acceso a servicios de salud obstétrica.

El Estado es responsable de las violaciones a derechos humanos que sufrieron Irma y Liliana. De haberse garantizado el acceso a los servicios de salud materna, la vida y la salud de Irma y de su hijo no se hubieran puesto en riesgo. Tampoco la integridad personal de Irma se habría visto violentada al ser expuesta a un parto sin asistencia en un patio a la vista de decenas de personas. En el caso de Liliana, de haberse garantizado la calidad de los servicios de atención materna, su vida no se habría puesto en peligro, no habría sufrido graves daños a su salud y su posibilidad de tener otros embarazos no se habría visto anulada por una cesárea injustificada, impuesta y mal practicada. Liliana quería tener tres hijos biológicos más. Ya nunca podrá hacerlo.

5. Corte IDH, *Caso Artavia Murillo y otros (Fecundación In Vitro) vs. Costa Rica. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 28 noviembre de 2012 Serie C No. 257*, párrafos 222 y 263. Disponible en <<http://bit.ly/VUYz0A>> [consulta: 20 de abril de 2015].

6. CNDH, *Sistema Nacional de Alerta de Violación a los Derechos Humanos*. Disponible en <<http://bit.ly/1yPwRtX>> [consulta: 24 de enero de 2015].

7. CNDH, *Informes de actividades del 1 de enero al 31 de diciembre de 2014 (Síntesis)*, México, 2014. Disponible en <<http://bit.ly/1gJlAQZL>>. *Informes de actividades del 1 de enero al 31 de diciembre de 2013*, México, 2014. Disponible en <<http://bit.ly/1EDpG9R>>. *Informes de actividades del 1 de enero al 31 de diciembre de 2012*, México, 2013. Disponible en <<http://bit.ly/1tKsRUR>> [consulta: 24 de abril de 2015].

8. Véase *supra*, nota 6.

B. DERECHOS VIOLADOS

DERECHO A LA INTEGRIDAD PERSONAL

El derecho a la integridad personal se encuentra reconocido en los artículos 22 y 29 de la Constitución mexicana y en el artículo 5 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José). Este derecho implica dos vertientes: 1) el respeto a la integridad física, psíquica y moral; y 2) la prohibición de la tortura y de penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. Bajo estos parámetros se sostiene que:

[...] la consagración de un derecho a la integridad personal revela dos aspectos de esta disposición: genera, por una parte, la obligación del Estado de no realizar ninguna acción u omisión de las prohibidas por el artículo 5 de la Convención y de impedir que otros las realicen; por otra parte, alude a la cualidad de todo individuo de ser merecedor de respeto, sin que nadie pueda, en principio, interferir con él o con sus decisiones respecto de él, sugiriendo, de este modo, que el individuo es el dueño de sí mismo, tiene autonomía personal y por lo tanto, está facultado para decidir a su respecto, sin que el Estado tenga, en principio, la facultad de impedirsele [...]⁹

Respecto del contenido y alcance del artículo 5.1 de la Convención Americana en relación con el derecho a la salud, la CoIDH ha considerado en las sentencias de los casos *Artavia Murillo vs. Costa Rica* y *Suárez Peralta vs. Ecuador*, que:

[...] en el marco del derecho a la integridad personal, ha analizado algunas situaciones de particular angustia y ansiedad que afectan a las personas, así como algunos impactos graves por la falta de atención médica o los problemas de accesibilidad a ciertos procedimientos en salud. [...] Por tanto, **los derechos a la vida privada y a la integridad personal se hallan también directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud.** La falta de salvaguardas legales para tomar en consideración la salud reproductiva puede resultar en un menoscabo grave del derecho a la autonomía y la libertad reproductiva. Existe por tanto una conexión entre la autonomía personal, la libertad reproductiva y la integridad física y psicológica.¹⁰

Por tanto, la Corte Interamericana ha señalado que, a efecto de dar cumplimiento a la obligación de garantizar el derecho a la integridad personal y a la salud, **los Estados deben establecer un marco normativo adecuado que regule la prestación de servicios de salud, estableciendo estándares de calidad para las instituciones públicas y privadas, que permita prevenir cualquier amenaza de vulneración a la integridad personal en dichas prestaciones.** Asimismo, el Estado debe prever mecanismos de supervisión y fiscalización estatal de las instituciones de salud, así como procedimientos de tutela administrativa y judicial para el damnificado, cuya efectividad dependerá, en definitiva, de la puesta en práctica que la administración competente realice al respecto.¹¹

Por su parte, el derecho a la salud se encuentra reconocido en el artículo 4º constitucional, así como en diversos ordenamientos internacionales que México ha suscrito, tales como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW).

9. Medina Quiroga, Cecilia, *La Convención Americana: teoría y jurisprudencia: vida, integridad personal, libertad personal, debido proceso y recurso judicial*, Santiago, Universidad de Chile, Facultad de Derecho, Centro de Derechos Humanos, 2005, p. 138-139.

10. Corte IDH, *op. cit.*, párrafo 147.

11. Corte IDH, *Caso Suárez Peralta vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 21 de mayo de 2013. Serie C No. 261*, párrafo 132. Disponible en <<http://bit.ly/1qSluba>> [consulta: 6 de junio de 2015].

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC) ha identificado como elementos básicos del derecho a la salud los siguientes:

ACCESIBILIDAD: Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte.

ACEPTABILIDAD: Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados; es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

CALIDAD: Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

NO DISCRIMINACIÓN: Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.¹²

El Comité DESC también ha establecido que el derecho a la salud incluye la salud reproductiva. En este sentido, la SCJN ha retomado la interpretación del Comité:

Con respecto al derecho a la salud reproductiva y la no discriminación de las mujeres la Corte ha señalado que: “el derecho a la salud entraña libertades y derechos, entre las primeras, la relativa a controlar la salud y el cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, torturas, tratamientos o experimentos médicos no consensuales; y entre los derechos, el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud. **Asimismo, la protección del derecho a la salud incluye, entre otras, las obligaciones de adoptar leyes u otras medidas para velar por el acceso igual a la atención de la salud y los servicios relacionados con ella.**¹³

12. Naciones Unidas, Comité DESC, *Observación General N° 14 (2000): El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)* [E/C.12/2000/4], 22° periodo de sesiones (2000), párrafo 12. Disponible en <<http://bit.ly/1Tem8RK>> [consulta: 18 de mayo de 2015]

13. SCJN, “Amparo en revisión 173/2008, Ministro Ponente: José Ramón Cossío Díaz” en *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Novena Época, Tomo XXVIII, abril de 2008, p. 457.

Además de la vinculación del derecho a la integridad personal con el ejercicio del derecho a la salud, el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia guarda una estrecha relación con la protección y garantía de la integridad personal.

En este sentido cabe señalar que, de acuerdo con el artículo 1 de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (“Convención de Belém do Pará”), se entiende como violencia contra la mujer: “cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado”. Dicho instrumento ordena a los estados obligaciones positivas para erradicar todas las manifestaciones de violencia contra las mujeres y establece que se debe prestar especial atención cuando la mujer que es objeto de violencia se encuentra embarazada.¹⁴

En el caso de Irma la negativa de acceso a los servicios de atención obstétrica violó sus derechos a la integridad, a la salud —en especial con relación a los elementos de accesibilidad y no discriminación— así como a una vida libre de violencia. Además, no se garantizó su derecho a una maternidad sin riesgo, servicios que sólo las mujeres necesitan, con la consecuencia de ver seriamente vulnerado su derecho a la integridad personal al ser expuesta a parir en el patio del hospital a la vista del público. En el caso de Lilibian, la atención brindada muestra severas deficiencias y fallas en el actuar de los profesionales de la salud del IMSS, además de falta de calidad y calidez en el servicio brindado. Esto pone en evidencia la falta de protección del derecho a la salud conforme a los estándares constitucionales —en especial en relación con elementos de calidad de este derecho— e ilustra un grave problema estructural a nivel estatal y federal.

14. Artículo 9, *Deber de protección especial de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer “Convención de Belém do Pará”*. Disponible en <<http://bit.ly/1cJ5i72>> [consulta: 10 de mayo de 2015].

ALBA¹⁵ (OAXACA)

Alba es originaria de San Antonio de la Cal, Oaxaca. Al momento de los hechos tenía 24 años de edad y ya era mamá de un niño.

El 5 de noviembre de 2013 acudió en compañía de su madre al Centro de Salud de San Antonio de la Cal porque presentaba dolores. Tenía un embarazo de 36 semanas. Ahí, le dijeron que todavía no estaba en trabajo de parto y la mandaron a su casa. Dos horas después, Alba ya sentía dolores muy frecuentes, por lo que cerca de las 3:30 de la mañana caminó de regreso al Centro de Salud, acompañada por su esposo y su madre. Sin embargo, a escasos metros de su casa sintió que su bebé ya iba a nacer, por lo que pidió a su mamá que corriera al Centro de Salud para pedir que mandaran una ambulancia. Pero la ambulancia nunca llegó pues, a decir de un policía del Centro de Salud, ésta no encendía. Alba siguió caminando. Al llegar a la esquina del Centro de Salud se le rompió la fuente. Se sentó para dar a luz, pero el bebé mojado se le resbaló de las manos, golpeando el piso con la cabeza al caer. Su esposo levantó al bebé y lo cubrió con una sabanita.

Después de esto el policía llegó con una silla de ruedas para trasladarla al Centro de Salud. Al enterarse de que el bebé ya había nacido regresó corriendo para avisarle al personal. Posteriormente, Alba fue trasladada al Hospital General, sólo porque el director manifestó preocupación, pues afuera del Centro de Salud había muchos reporteros, quienes iban a convertir lo ocurrido en un “chisme amarillista”.

Derivado de estos hechos, la CNDH inició una queja de oficio. Con el acompañamiento de GIRE, Alba presentó una ampliación de queja con el objeto de visibilizar los derechos humanos que les fueron vulnerados a ella y a su hijo. Finalmente, la CNDH emitió la Recomendación I5/2014 dirigida al Gobierno del estado de Oaxaca, donde establece la reparación del daño para Alba y su hijo, la implementación de garantías de no repetición en el Centro de Salud y el seguimiento de los procesos penal y administrativos ante las instancias correspondientes.

Además, el 2 de diciembre de 2014 se firmó un convenio entre Alba —con GIRE como representante legal— y el Gobierno de Oaxaca, para la reparación integral de las violaciones cometidas hacia ella y su hijo. Como resultado de dicho convenio se entregó una indemnización a Alba. Sin embargo, otros aspectos, como asegurar la cobertura médica de su hijo hasta que cumpla 18 años, siguen pendientes.

GIRE presentó un amparo en contra de la Recomendación de la CNDH dado que, al igual que en el caso de Irma, la Comisión fue omisa en considerar las peticiones expresas de Alba y establecer medidas de reparación integral acordes con los más altos estándares de protección de los derechos humanos.

El amparo fue sobreseído por el Juez Décimo de Distrito en Materia Administrativa por considerar que la CNDH no puede ser considerada como autoridad para efectos del juicio de amparo. En respuesta, GIRE interpuso un recurso de revisión que se encuentra en estudio.

15. El nombre fue cambiado por respeto a su privacidad.



Hospital de San Antonio de la Cal, Oaxaca.

PROTECCIÓN DE LA VIDA PRENATAL

Además de las violaciones a los derechos a la integridad personal, a la salud y a una vida libre de violencia, los casos de Irma y Liliana muestran que dichas vulneraciones también fueron sufridas por sus hijos. Sin embargo, estas situaciones sucedieron antes de los nacimientos, con lo cual el Estado incumplió su deber de protección de la vida prenatal.

En el artículo 4 del Pacto de San José, así como en las constituciones de Oaxaca y de Quintana Roo, artículos 12 y 13, respectivamente, se establece la salvaguarda de la “vida desde la concepción” lo que se traduce en la obligación del Estado de proteger la vida prenatal en términos del respeto y garantía de los derechos humanos de las mujeres embarazadas. Dichas disposiciones han sido tradicionalmente utilizadas para fundamentar la negación de servicios de salud reproductiva para las mujeres. Sin embargo, con motivo de la prohibición del Estado de Costa Rica de la fertilización in vitro como técnica de reproducción asistida por considerar a los óvulos fertilizados como personas, en noviembre de 2012, la CoIDH estableció los alcances e interpretación del artículo 4 de la Convención Americana en la sentencia del caso *Artavia Murillo vs. Costa Rica*. **En ese sentido, estableció que efectivamente el artículo 4.1 reconoce la protección de la vida prenatal. Este fallo se vuelve de obligada referencia para las autoridades locales de aquellas entidades cuyas constituciones contengan cláusulas de protección de la vida desde la concepción, como es el caso de Oaxaca y Quintana Roo.** Esta sentencia resulta fundamental en términos de reconocimiento y protección de los derechos reproductivos de las mujeres, dado que, **desde el punto de vista jurídico, termina con la falsa contraposición entre el derecho a la vida y los derechos de las mujeres, pues determinó que:**¹⁶

- a) El embrión no es persona y, por lo tanto, no es titular del derecho a la vida.
- b) Al ser el embarazo un proceso que se lleva a cabo en el cuerpo de la mujer, la protección de la vida prenatal reconocida por la Convención Americana sólo es realizable a través del respeto, protección y garantía de los derechos reproductivos de las mujeres.

16. Corte IDH, *op. cit.*, párrafos 222, 223 y 263.

Dado lo anterior, las autoridades en los casos de Irma y Liliana incumplieron con su obligación de proteger la vida prenatal, de conformidad con la jurisprudencia de la CoIDH, al negarle la atención del parto a Irma y proporcionando mala atención a Liliana, violando sus derechos humanos al poner en riesgo su vida, su salud y su embarazo.

En materia de cumplimiento efectivo de los derechos humanos, es indispensable reconocer que la falta de recursos no puede constituir una excusa para que el Estado se deslinde de su responsabilidad de respetar, promover, proteger y garantizar los derechos humanos. Sin embargo, sin políticas públicas ni presupuestos asignados, el Estado difícilmente cumplirá con sus obligaciones en este ámbito y, por lo tanto, no podrá garantizar de forma efectiva la protección de la vida prenatal.¹⁷

VIOLENCIA OBSTÉTRICA ANTE LA COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS

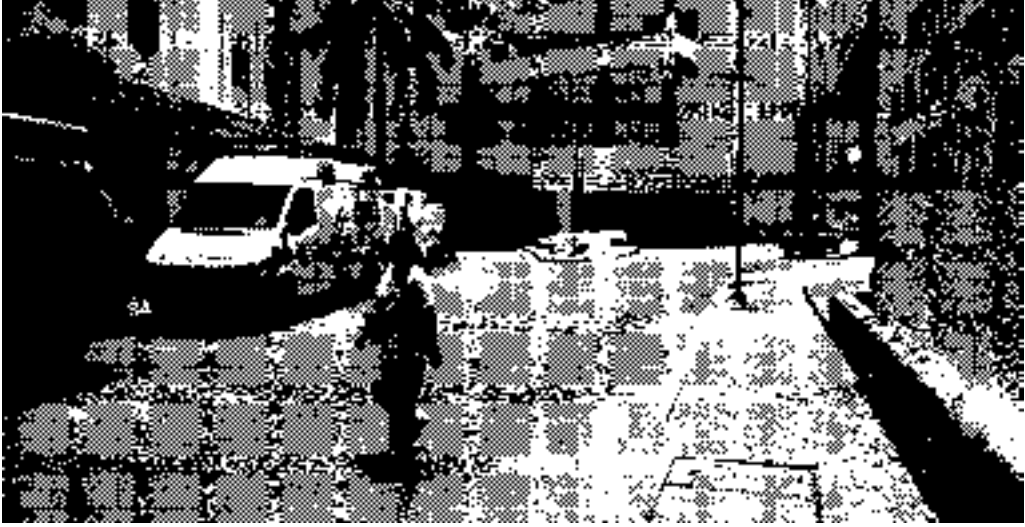
Con motivo del 150º periodo de sesiones de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), GIRE y Parto Libre solicitaron una audiencia sobre salud materna y denuncias de violencia obstétrica en México, que se llevó a cabo el 27 de marzo de 2014 con la representación estatal de Emilio Rabasa Gamboa, Representante Permanente de México ante la OEA, Lía Limón García, Subsecretaria de Derechos Humanos de la Secretaría de Gobernación, Pablo Kuri Morales, Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud, Germán Tenorio Vasconcelos, Secretario de Salud del estado de Oaxaca y Francisco Millán Velasco, Coordinador de Programas Prioritarios de la Secretaría de Salud del estado de Chiapas.

La audiencia tuvo como objetivo visibilizar las principales violaciones a los derechos humanos de las mujeres en la prestación de los servicios de salud obstétrica, que pueden concluir en violencia obstétrica o muerte materna, y que afectan significativamente a mujeres indígenas de escasos recursos. Estas violaciones van desde la discrimi-

nación en el acceso y la negativa de los servicios de salud materna, hasta una atención deficiente en la prestación de los servicios debido a problemas estructurales en los sistemas de salud, como la insuficiente infraestructura y capacidad de las clínicas y hospitales públicos, federales y locales, para atender partos y urgencias obstétricas.

En dicha audiencia se tuvo la oportunidad de hacer del conocimiento de la CIDH el caso de Irma, la importancia y deficiencias de la Recomendación emitida por la CNDH, así como los compromisos asumidos por parte del Gobierno de Oaxaca para reparar de manera integral las violaciones a los derechos humanos sufridas por Irma y su hijo. También fue presentado un trabajo de documentación elaborado por GIRE sobre la situación de la salud materna en Chiapas, en el que se recabaron testimonios de mujeres que fueron atendidas en hospitales públicos. La mayoría de ellas de entre 20 y 30 años de edad, de bajos recursos e indígenas, todas víctimas de violencia obstétrica por parte del personal de salud.

17. Salazar Ugarte, Pedro (coord.), *La reforma constitucional sobre derechos humanos: una guía conceptual*, México, Senado de la República, Instituto Belisario Domínguez, 2014, p. 143.



Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer, Villahermosa, Tabasco.

SANDRA¹⁸ (CHIAPAS)

Sandra es de origen tzeltal. Tiene 36 años de edad y vive en la comunidad de Nahá, en Chiapas. Ella y su esposo viven con escasos recursos económicos. Siempre han deseado tener un bebé. Sandra perdió su primer embarazo debido a la mala atención médica que recibió. Se embarazó por segunda ocasión, pero, cuando entró en trabajo de parto, le fue negado el acceso a servicios de salud en la institución más cercana a su domicilio bajo el argumento de que los médicos se encontraban de vacaciones. Esto la obligó a viajar a Villahermosa en busca de atención médica en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer. Ahí, nuevamente, le fue negado el acceso por residir en Chiapas.

Después de insistir, fue hospitalizada durante tres horas sin recibir información respecto de su estado de salud o de la atención que recibiría. Además fue víctima de malos tratos e insultos por parte del personal médico.

Ese mismo día, se le practicó una cesárea y cuatro horas después fue dada de alta del hospital. A partir del parto, Sandra y su esposo no pudieron tener contacto con su hija y fueron extorsionados por el personal médico del hospital, que condicionó la entrega de su bebé al pago de diez mil pesos bajo el argumento de que la recién nacida no contaba con cobertura médica, a pesar de que sus padres tienen Seguro Popular. Durante siete días, mientras intentaban conseguir el dinero solicitado, el hospital sólo les permitió ver a su hija a través de una ventana, bajo el argumento de que la niña tenía un estado de salud delicado, sin explicarles lo que pasaba o la gravedad de su condición. Al octavo día que regresaron a visitarla, el personal de salud les anunció que había fallecido. No saben qué fue lo que pasó.

El 14 de abril de 2014 Sandra, acompañada por GIRE, interpuso una queja ante la CNDH por las violaciones a derechos humanos que enfrentó junto con su hija. El 27 de marzo de 2015 se presentó una ampliación de queja, al obtener más elementos del caso. Hasta el momento, a más de un año de la presentación de la queja, no se ha obtenido ninguna respuesta por parte de la CNDH, quien ni siquiera ha realizado una visita a Nahá para entrevistar a Sandra. La reparación de las violaciones que sufrió siguen pendientes.

Sandra se volvió a embarazar. El embarazo llegó a término, pero su presión sanguínea estaba muy elevada y enfrentaba un embarazo de alto riesgo. En Nahá no existe una clínica de especialidad donde pudieran atenderla. Debido a la intervención de GIRE, se logró que la trasladaran a Comitán, donde fue atendida por especialistas en el Hospital de la Mujer, y el 1 de mayo de 2015 nació su hijo. Hoy ella y su esposo al fin son padres de un niño sano y el estado de salud de Sandra es bueno.

18. El nombre ha sido cambiado por respeto a su privacidad.

2. MARCO NORMATIVO

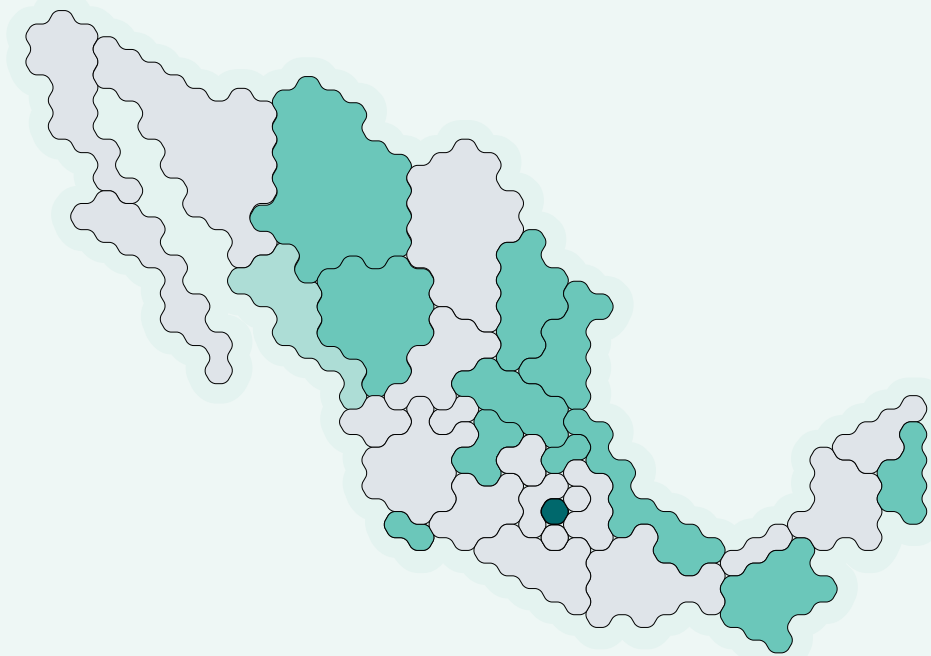
A. LEY GENERAL DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA

Con el objetivo de visibilizar la violencia obstétrica como una de las formas de violencia en contra de las mujeres, en los últimos años se han presentado varias iniciativas de reforma a la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Al respecto cabe señalar que la violencia obstétrica se puede encuadrar en las figuras de violencia institucional y de género ya existentes en la Ley. En ese sentido, a pesar de que no estuviera definida de manera explícita, la normativa referente a estos tipos de violencia supone la obligación del Estado de tomar las medidas necesarias para prevenir, erradicar y sancionar la violencia obstétrica. A pesar de esto, hay legisladores que han decidido darle visibilidad al tema y explicitarlo en la Ley para otorgar mayor claridad acerca de lo que significa la violencia obstétrica. Sin embargo, **la definición de violencia obstétrica que se adopte en la normativa no debe incluir un listado de conductas específicas y exhaustivas, ya que esto resultaría limitativo y podría convertirse en un obstáculo para la identificación de esta conducta, así como para el acceso de las víctimas a una reparación integral.**

B. LEYES LOCALES DE ACCESO A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA

A nivel local, los estados de Chiapas, Chihuahua, Colima, Durango, Guanajuato, Hidalgo, Quintana Roo, San Luis Potosí, Tamaulipas y Veracruz cuentan con definiciones de violencia obstétrica en sus leyes de acceso a una vida libre de violencia. El 28 de abril de 2015 la Asamblea del Distrito Federal aprobó una reforma a la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal para integrar la definición de violencia obstétrica en su artículo 6, cuya publicación está pendiente. A la fecha de cierre de esta publicación sigue pendiente de discusión una iniciativa de reforma en Sinaloa en este sentido.

VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN LEYES DE ACCESO A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA



ACTUALMENTE SE ENCUENTRAN PENDIENTES DE DICTAMINAR EN EL CONGRESO DE LA UNIÓN SEIS INICIATIVAS PARA DEFINIR LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN LA LEY GENERAL DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA

- ENTIDADES CON DEFINICIÓN EN SU LEY:**
CHIAPAS, CHIHUAHUA, COLIMA, DURANGO, GUANAJUATO, HIDALGO, QUINTANA ROO, SAN LUIS POTOSÍ, TAMAULIPAS Y VERACRUZ
- ENTIDADES CON INICIATIVAS LOCALES:**
SINALOA
- ENTIDADES CON INICIATIVAS APROBADAS (NO PUBLICADAS):**
DISTRITO FEDERAL

Fuente: GIRE, mayo 2015.

Sin embargo, resulta preocupante que en algunas leyes se establezca una definición taxativa y se enumeren conductas que constituyen violencia obstétrica.

Toda definición de violencia obstétrica necesariamente debe contemplar que ésta implica:

- la acción u omisión por parte del sistema nacional de salud (esto es, en lugar de sólo acción);
- que se lleva a cabo con motivo de la atención del embarazo, parto y puerperio;
- que se expresa en un trato cruel o inhumano hacia las mujeres y/o un abuso de medicalización de los procesos naturales, y
- que tiene como consecuencia la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre las distintas etapas del embarazo, trabajo de parto, así como del alumbramiento y el nacimiento.

C. LEY GENERAL DE SALUD

La Ley General de Salud establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Esta ley establece diversas acciones encaminadas a identificar y erradicar los factores de riesgo para la salud de las mujeres embarazadas y mejorar el acceso y la calidad de la atención del embarazo, parto y puerperio, mediante medidas como la capacitación de parteras tradicionales en la atención obstétrica; la participación de la sociedad civil y el sector privado en redes de apoyo a la salud materna; y la creación de comités de prevención de la mortalidad materna e infantil.

D. CÓDIGOS PENALES

Una de las medidas propuestas para visibilizar, prevenir y sancionar la violencia obstétrica ha sido la de reformar los códigos penales para tipificarla como un delito, con sanciones privativas de la libertad y multas para el personal de salud que incurra en estas prácticas.

A mayo de 2015, en tres códigos penales se considera la violencia obstétrica un delito: Veracruz, Guerrero y Chiapas. En el caso de Veracruz, dicha tipificación se realizó en el marco de una serie de modificaciones propuestas a este ordenamiento para lograr un acceso efectivo de las mujeres a una vida libre de violencia.

El Código Penal de Veracruz, en su **artículo 363** establece que comete el delito de violencia obstétrica el personal de salud que:

- I. No atienda o no brinde atención oportuna y eficaz a las mujeres en el embarazo, parto, puerperio o en emergencias obstétricas;
- II. Altere el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer;
- III. No obstante existir condiciones para el parto natural, practique el parto por vía de cesárea, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer;
- IV. Acose o presione psicológica u ofensivamente a una parturienta, con el fin de inhibir la libre decisión de su maternidad;

- v. Sin causa médica justificada, obstaculice el apego del niño o la niña con su madre, mediante la negación a ésta de la posibilidad de cargarle o de amamantarle inmediatamente después de nacer; y
- vi. Aun cuando existan los medios necesarios para la realización del parto vertical, obligue a la mujer a parir acostada sobre su columna y con las piernas levantadas o en forma distinta a la que sea propia de sus usos, costumbres y tradiciones obstétricas.

Las penas contempladas van de tres a seis años de prisión y multa de hasta trescientos días de salario mínimo para el caso de las fracciones I, II, III y IV; para quien incurra en los supuestos de las fracciones IV y V las sanciones van de seis meses a tres años de prisión y multa de hasta doscientos días de salario mínimo.

En seguimiento al impacto de esta medida legislativa, GIRE realizó una solicitud de acceso a la información pública a la Procuraduría General de Justicia y al Poder Judicial del estado acerca del número de denuncias presentadas, así como los procesos penales con motivo de este delito registrados de agosto de 2012 a diciembre de 2013, a lo que las autoridades reportaron la existencia de **seis denuncias y ningún proceso penal**, con lo cual se mantiene la tendencia registrada desde la entrada en vigor del delito en marzo de 2012.¹⁹

Por su parte, con la publicación del Código Penal del estado de Guerrero el 1 de agosto de 2014 se tipificó de la siguiente manera el delito de violencia obstétrica.

Artículo 202. Violencia de género: Se le impondrán de dos a ocho años de prisión y multa de doscientos a quinientos días de salario mínimo a quien por razones de género, cause a persona de otro sexo, daño o sufrimiento económico, físico, obstétrico, patrimonial, psicológico, sexual o laboral tanto en el ámbito privado como en el público, afectando los derechos humanos o la dignidad de las personas.

Artículo 203. Definiciones. Para los efectos de este delito se entenderá por:

- III. Violencia obstétrica: Acto u omisión que impida u obstaculice la atención oportuna y eficaz en el embarazo, parto, puerperio o en emergencias obstétricas o altere sus procesos reproductivos sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

En el caso de Chiapas, el 24 de diciembre de 2014 se publicó una reforma al código penal estatal en el que se establece el delito de violencia obstétrica de la siguiente forma:

Artículo 183 Ter. Comete el delito de violencia obstétrica el que se apropie del cuerpo y procesos reproductivos de una mujer, expresado en un trato deshumanizador, abuso en el suministro de medicación o patologización de los procesos naturales, generando como consecuencia la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre su cuerpo y sexualidad.

Con independencia de las lesiones causadas, al responsable del delito de violencia obstétrica, se le impondrá la sanción de uno a tres años de prisión y hasta doscientos días de multa, así como suspensión de la profesión, cargo u oficio, por un término igual al de la pena privativa de libertad impuesta, y el pago de la reparación integral del daño.

19. GIRE, *Omisión e indiferencia: derechos reproductivos en México*, México, 2013, p. 142.

Artículo 183 Quater. Se equipará a la violencia obstétrica y se sancionará con las mismas penas a quien:

- I. Omita la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas.
- II. Obstaculice el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer.
- III. Altere el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
- IV. Practique una cesárea, existiendo condiciones para el parto natural.

Las teorías modernas del Derecho Penal como *ultima ratio* o derecho penal mínimo,²⁰ sostienen que la criminalización de una conducta debe ser la última medida a utilizar para lograr el respeto y garantía de los derechos humanos y el orden social. **Desde GIRE se considera que la vía penal no es idónea para evitar prácticas de violencia obstétrica**, ya que podría inhibir la actuación del personal de salud y no promueve un cambio de mentalidad ni de políticas públicas para prevenir y erradicar la violencia obstétrica, puesto que no atiende a los problemas estructurales que subyacen en la perpetuación de dicha práctica, como la enseñanza de la medicina como una disciplina donde el personal de salud toma las decisiones por las mujeres y no adopta una perspectiva de derechos humanos;²¹ el trato discriminatorio y deshumanizado del personal médico hacia las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, la falta de información de las mujeres sobre las opciones para parir y la importancia de la reducción de las cesáreas en los hospitales y, principalmente, la información para que las mujeres pueden tomar las decisiones que más les convengan respecto a su embarazo, parto y puerperio.

Por lo tanto, en lugar de criminalizar deberían buscarse medidas de tipo administrativo y de política pública que refuercen el marco normativo y de derechos humanos para la atención obstétrica. En su caso, ciertos tipos de incumplimiento o violación de los derechos humanos tendrían que sancionarse por la vía administrativa o civil. En este sentido, se debe reconsiderar la reformulación del tipo penal propuesto, de forma que se sancionen conductas que son responsabilidad directa del personal de salud, como la esterilización forzada, que en la actualidad se sanciona sólo en los códigos penales de 15 entidades federativas.²² Para otro tipo de conductas, en lugar de fórmulas penales que podrían “engrosar” el poder criminalizador del Estado más que poner fin a la problemática estructural, habría que buscar alternativas o vías de solución que incluyan medidas administrativas y de política pública.

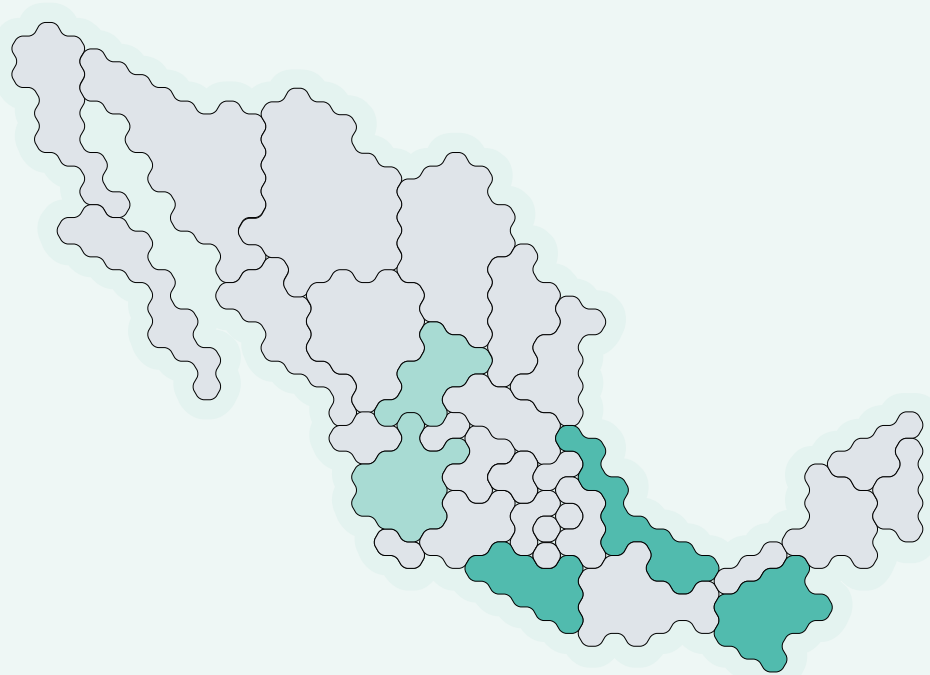
A pesar de estas consideraciones, en fechas recientes se han presentado iniciativas de tipificación de la violencia obstétrica; a nivel federal, una de la senadora Mariana Gómez del Campo (PAN) y, a nivel local, en los estados de Jalisco y Zacatecas.

20. Baratta, A., *Criminología y Sistema Penal*, Buenos Aires, Editorial B de F, 2004. Ferrajoli, Luigi, “El derecho penal mínimo”, en Ferrajoli et. al., *Prevención y teoría de la pena*, Santiago de Chile, Editorial Jurídica Conosur, 1995.

21. Castro, Roberto y Joaquina Erviti, “Violations of Reproductive Rights During Hospital Births in Mexico” en *Health and Human Rights*, vol. 7, núm. 1, 2003. Disponible en <<http://bit.ly/1JQjVaR>> [consulta: 20 de mayo de 2015].

22. Baja California Sur, Chiapas, Coahuila, Distrito Federal, Durango, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Puebla, Quintana Roo, San Luis Potosí, Tabasco, Tlaxcala, Veracruz y Yucatán.

VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN CÓDIGOS PENALES



INICIATIVAS FEDERALES:
SEN. MARIANA GÓMEZ DEL CAMPO
(PAN)

ENTIDADES QUE CRIMINALIZAN:
CHIAPAS, GUERRERO Y VERACRUZ

INICIATIVAS PARA CRIMINALIZAR:
JALISCO Y ZACATECAS

Fuente: CIFE, mayo 2015.

3. POLÍTICAS PÚBLICAS

A. NOM 007

Por su parte, la NOM 007-SSA2-2010, *Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido* (NOM 007), establece el protocolo de atención médica para las mujeres durante todo el periodo del embarazo, parto y puerperio con el fin de garantizar una atención de calidad. Su objetivo es homogeneizar los procedimientos de atención a la mujer gestante y evitar prácticas que pongan en riesgo el desarrollo del embarazo o que no respondan a los más altos estándares de calidad. En el numeral 5.4 se establece la normativa de atención del parto, en la que se incluyen las obligaciones de integración del expediente clínico; no se permite el empleo rutinario de prácticas tales como la inducción del parto normal y la ruptura artificial de membranas, y se establece un porcentaje recomendado de cesáreas, 15% para el segundo nivel y 20% para el tercero.

La Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud presentó en 2012 un Proyecto de Modificación a la NOM 007 ante el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades (CCNPCE) que pretende actualizar y adaptar la Norma Oficial Mexicana a la evidencia científica y técnica vigente, así como mejorar e impulsar el fortalecimiento de los servicios de salud. Con respecto a la calidad de la atención se establece que ésta debe ser impartida con calidad y calidez, y se prevé la participación de la partería asistencial y la enfermería obstétrica con la finalidad de lograr menor intervención en el proceso fisiológico y natural durante el parto. En cuanto a los procedimientos a realizarse durante la atención del parto, se reconoce la necesidad de contar con evidencia científica y respetar el consentimiento informado de las mujeres. **Sin embargo, al cierre de esta publicación, las modificaciones a la NOM 007 aprobadas en la sesión de la CCNPCE no han sido publicadas por la Secretaría de Salud federal.**

B. PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO DE SALUD MATERNA Y PERINATAL

Recientemente la Secretaría de Salud federal publicó los programas de acción específicos en materia de salud materna para el periodo 2013-2018.

En el Programa de Salud Materna y Perinatal se señala la necesidad de fortalecer los servicios médicos obstétricos, a través de la mejora de la organización, cobertura y calidad. En ese sentido, establece como objetivo principal que las mujeres puedan ejercer sus derechos reproductivos, particularmente los relacionados con la salud materna y perinatal.

En el apartado de atención del parto se remite a la NOM 007 como lineamiento aplicable para lograr un parto seguro y respetuoso. Además, se hace especial énfasis en el respeto a los derechos de las mujeres embarazadas.

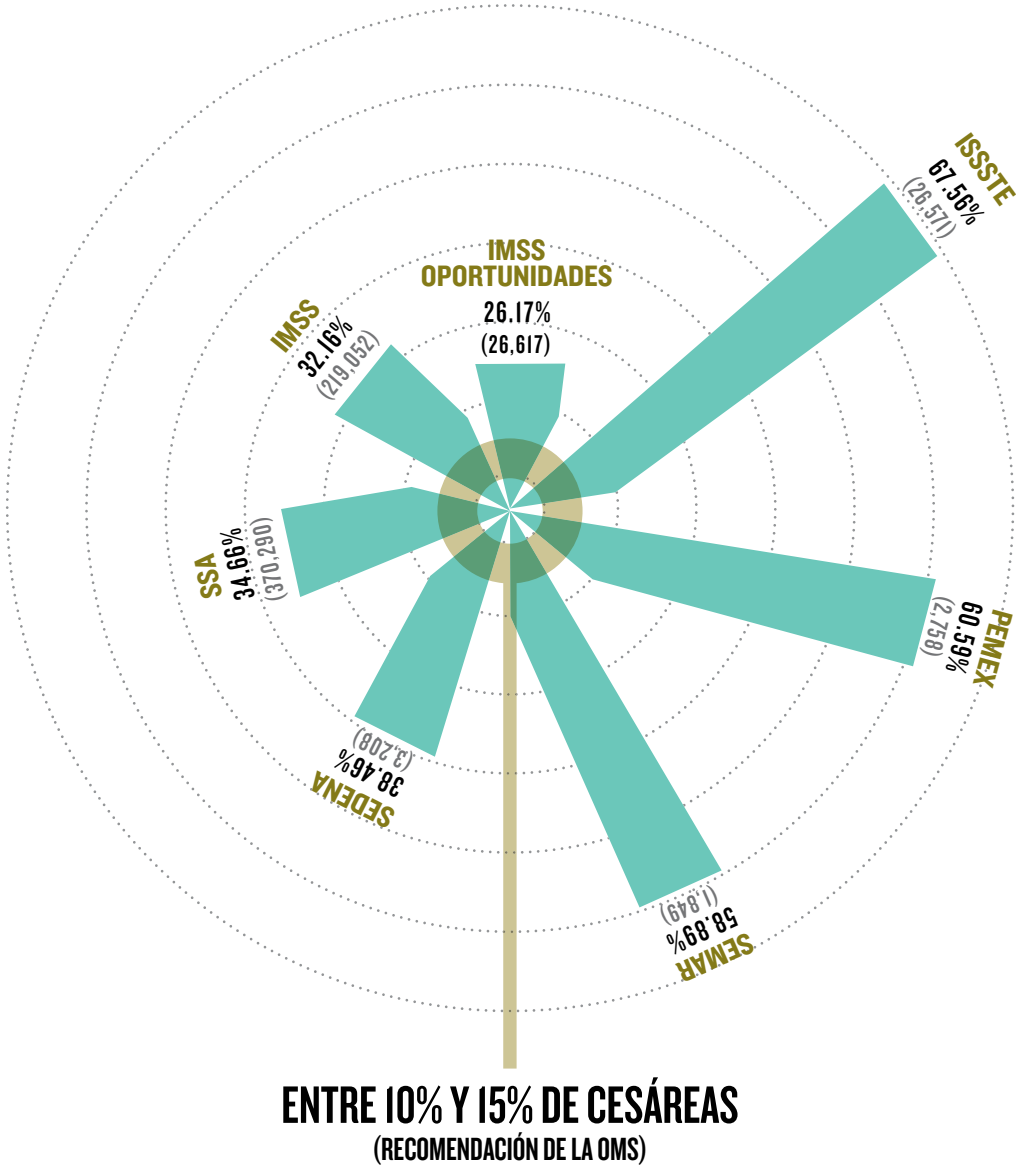
Entre los retos identificados en el Programa se señala la necesidad de implementar los servicios de salud obstétrica con perspectiva de género e interculturalidad, con respeto a los derechos humanos y contar con personal capacitado, infraestructura e insumos necesarios. En cuanto al número de cesáreas, se señala que a nivel mundial se ha observado un incremento en la realización de cesáreas injustificadas debido a causas secundarias: cobertura de las compañías de seguros, mala información a las mujeres embarazadas y mala práctica obstétrica. En el Sistema Nacional de Salud, en 2012 se identificaron instituciones que tenían más de 50% de nacimientos por cesárea, cifra notablemente mayor que la recomendada tanto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como por la NOM 007. En este sentido, cabe señalar que estudios especializados afirman que este procedimiento compromete la salud de la mujer y del producto más que el parto.²³ Además, en análisis llevados a cabo en Brasil y Chile se demuestra que el aumento en el porcentaje de cesáreas se relaciona con las intenciones del personal de salud y no a la decisión libre e informada de las mujeres.²⁴

23. Ruiz-Sánchez, Joaquín, *et. al.*, “Cesárea: Tendencias y resultados” en *Perinatología y Reproducción Humana*, vol. 28, núm. 1, enero-marzo 2014, p. 30. Disponible en <<http://bit.ly/1KHeKgt>> [consulta: 19 de enero de 2015]

24. *Ibíd.*

PORCENTAJE DE CESÁREAS POR INSTITUCIÓN

MÉXICO, 2012



Fuente: Elaboración de GIRE con base en datos de la Dirección General de Información en Salud / Subistema de Información sobre Nacimientos, 2012.

EXAMEN PERIÓDICO UNIVERSAL

En octubre de 2013 el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas evaluó a México por segunda ocasión a través del mecanismo de Examen Periódico Universal. Por primera vez, este órgano internacional emitió recomendaciones en materia de derechos reproductivos al país, las cuales fueron aceptadas por el Estado en marzo de 2014.

Uruguay emitió las siguientes recomendaciones:²⁵

Intensificar los esfuerzos para garantizar el acceso universal a los servicios de salud, información y educación sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos, especialmente para adolescentes.

Aumentar los esfuerzos para reducir la tasa de mortalidad materna, básicamente mediante la adopción de una estrategia de maternidad segura en la que se da prioridad al acceso a servicios de calidad de atención prenatal, postnatal y obstétrica.

El cumplimiento de estas recomendaciones implicaría una medida adecuada para reducir los casos de violencia obstétrica, dada la relación de esta práctica con la negación y falta de calidad de los servicios de salud obstétrica.

25. Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos, *Informe del Grupo de Trabajo sobre el Examen Periódico Universal: México [A/HRC/25/7]*, 25º periodo de sesiones (2013), párrafos 148.154 y 148.155. Disponible en <<http://bit.ly/1KiIxf0>> [consulta: 21 de julio de 2015].

4. ACCESO A LA JUSTICIA

Entre las recomendaciones emitidas por la CIDH a los estados miembros de la Organización de Estados Americanos (OEA) para el cumplimiento de sus obligaciones de derechos humanos se encuentra el acceso oportuno a recursos judiciales efectivos para las mujeres.²⁶ El principal mecanismo para garantizar la debida investigación de estas violaciones y su sanción es asegurar que las víctimas y sus familiares tengan acceso a recursos efectivos y protección judicial.

En México, la identificación de la violencia obstétrica y el acceso a la justicia en estos casos aún se encuentra en una etapa incipiente. A pesar de que existe una amplia gama de procedimientos que pueden utilizarse para reparar los daños sufridos por violencia obstétrica, que van desde quejas administrativas y procedimientos de arbitraje médico hasta procesos civiles y penales, no tienen perspectiva de derechos humanos y son mecanismos segmentados, que obligarían a las mujeres a recurrir a más de un procedimiento. Por esta razón, desde GIRE se impulsa la utilización de los procedimientos de queja ante los órganos públicos de derechos humanos, tanto locales como el nacional.

A. COMISIONES DE DERECHOS HUMANOS

La CNDH y las comisiones locales de derechos humanos son organismos autónomos de denuncia de violaciones a los derechos humanos cometidas por funcionarios públicos. Dado que las comisiones no son instancias judiciales, el resultado de sus investigaciones concluye con la emisión de recomendaciones que no son de cumplimiento obligatorio y dependen, en última instancia, de la voluntad política de la institución pública correspondiente. Sin embargo, la realización de una investigación diligente y la emisión de recomendaciones que establezcan claramente las obligaciones de las instituciones públicas pueden contribuir a la mejora de la actividad administrativa y a la identificación de violaciones a derechos humanos. En casos de violencia obstétrica, las comisiones locales y nacional de derechos humanos pueden ofrecer una vía de acceso a la justicia efectiva que ofrezca recomendaciones con perspectiva de derechos humanos y contribuya a demandar e implementar garantías de no repetición.

En el caso de Irma, a pesar de que la Recomendación fue deficiente en aspectos muy importantes, ya que no tomó en cuenta sus peticiones, como atención médica y educativa para su hijo, su emisión fue determinante para que GIRE, como su representante legal, pudiera acordar con el Gobierno de Oaxaca el cumplimiento de las medidas que repararan adecuadamente las violaciones a los derechos humanos que se cometieron en perjuicio de Irma y de su hijo. En este sentido, el objetivo en el caso de Liliana es lograr la emisión de una recomendación por parte de la CNDH.

26. CIDH, *Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos* [OEA/Ser.L/V/II. Doc. 69, 7 de junio de 2010], Washington, 2010, párrafo 15. Disponible en <<http://bit.ly/WXZD3I>> [consulta: 30 de noviembre de 2014].

QUEJAS EN CONTRA DE PRESTADORES DE SALUD CON MOTIVO DE ATENCIÓN OBSTÉTRICA

COMISIONES DE DERECHOS HUMANOS
AGOSTO 2012-DICIEMBRE 2013












 SIN QUEJAS

 CON QUEJAS

 NÚMERO DE RECOMENDACIONES

 INFORMACIÓN INEXISTENTE/
SIN RESPUESTA

TOTAL: 297 QUEJAS

 AGUASCALIENTES	BAJA CALIFORNIA 0	BAJA CALIFORNIA SUR 0	CAMPECHE 1 	CHIAPAS 13
CHIHUAHUA 6	COAHUILA 4 	COLIMA 8	DISTRITO FEDERAL 2 	DURANGO 6
GUANAJUATO 6	GUERRERO 9 	HIDALGO 15 	JALISCO 28 	MÉXICO 35
MICHOACÁN 10 	MORELOS 0	NAYARIT 9	NUEVO LEÓN 3 	OAXACA 14
PUEBLA 16	QUERÉTARO 3	QUINTANA ROO 10	SAN LUIS POTOSÍ 9	SINALOA 8 
SONORA 5	 TABASCO	 TAMAULIPAS	TLAXCALA 3	VERACRUZ 7 
YUCATÁN 1	ZACATECAS 5	CNDH 61		

Fuente: Elaboración de GIRE con base en datos obtenidos mediante solicitudes de acceso a la información pública.

Como se muestra en el cuadro anterior, la mayoría de las comisiones locales de derechos humanos registran quejas por violaciones a los derechos humanos cometidas con motivo de la atención obstétrica. En un año y medio se registraron un total de 236 quejas a nivel local y 61 ante la CNDH, lo que representa un incremento significativo respecto de las 161 quejas reportadas por los organismos locales en el periodo comprendido entre 2009 y 2012.²⁷

Cabe destacar el caso de Chihuahua en el que la Comisión Estatal de Derechos Humanos archivó el expediente de una queja con motivo de la baja del médico, sin que mediara una reparación integral. De forma similar, resalta un caso resuelto por amigable composición en la Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Guerrero en el que, derivado de una mala atención médica, nació una menor con complicaciones médicas importantes. En este caso se determinó como forma de conciliación que se realizaría una llamada telefónica a otra institución para “asegurar” la buena atención médica de la niña, se otorgara una indemnización a su familia por 1500 pesos, además de cuatro despensas. Este caso permite resaltar la ausencia de una perspectiva de derechos humanos que garantice una reparación integral por los derechos violados.

REPARACIÓN INTEGRAL POR VIOLACIONES A DERECHOS HUMANOS

Con fundamento en el artículo 1, párrafo tercero de la Constitución mexicana, y en los artículos 51.2 y 63.1 de la Convención Americana, relacionados con la obligación general de respetar los derechos humanos establecida en el artículo 1.1 de dicha Convención, el Estado mexicano está obligado a reparar de manera integral las violaciones de los derechos humanos.

Por ende, la obligación de reparación integral surge de la responsabilidad del Estado mexicano ante las víctimas por la violación a sus derechos humanos reconocidos en la Constitución y en los tratados internacionales que está obligado a respetar, promover, proteger y garantizar.

Por su parte, la CoIDH ha establecido que el concepto de “reparación integral” (*restitutio in integrum*) implica “el restablecimiento de la situación anterior y la eliminación de los efectos que la violación produjo, así como una indemnización como compensación por los daños causados”.²⁸ Sin embargo, dicho restablecimiento no se refiere a dejar las cosas materialmente como se encontraba antes de la violación, sino a ubicar a la víctima en un estado de no continuidad de esas vulneraciones.

Cabe destacar que cuando las violaciones a derechos humanos se producen debido a una situación de discriminación estructural, como en los casos de Irma y Liliana, la Corte Interamericana ha establecido que “las reparaciones deben tener una vocación transformadora de dicha situación, de tal forma que las mismas tengan un efecto no sólo restitutivo sino también correctivo. En este sentido, no es admisible una restitución a la misma situación estructural de violencia y discriminación.”²⁹

27. GIRE, *op. cit.*, p. 142 y 143.

28. Corte IDH, *Caso González y otras (“Campo Algodonero”) vs. México. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 16 de noviembre de 2009. Serie C No.205*, párrafo 450. Disponible en <<http://bit.ly/1kho5vc>> [consulta: 6 de junio de 2015].

29. *Ibíd.*

Lo anterior implica que la reparación debe ser entendida no sólo como una medida que se limite a restituir a las víctimas a la situación anterior a la violación de derechos humanos, sino que debe valorar las consecuencias que las violaciones generaron a partir del reconocimiento de la gravedad de los hechos que les dieron origen.

El objetivo principal de la reparación es lograr una *restitutio in integrum*; esto es, volver las cosas al estado anterior a la violación dejando sin efecto todas y cada una de sus consecuencias negativas. En virtud de que en la mayoría de los casos, sin que éste sea la excepción, ello resulta prácticamente imposible, se hace necesario ordenar otro tipo de medidas para reparar las consecuencias de la situación que ha configurado la violación de los derechos humanos, que son:

1. Obligación de **investigar** los hechos e identificar, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables. Pese a que el Estado tiene en sí mismo una obligación de investigar y sancionar toda violación a derechos humanos como parte del derecho de acceso a la justicia, el Sistema Interamericano ha integrado esta obligación de investigación como parte de la reparación. Cabe precisar que no en todos los casos se hace necesaria, pues en ocasiones las violaciones resultan de situaciones exclusivamente jurídicas que no requieren mayores investigaciones. **Por ejemplo: Investigación y sanción del personal médico que cometió violencia obstétrica.**
2. **Restitución.** Este rubro tiene como objetivo regresar a la víctima a la situación anterior a la violación a derechos humanos. No sólo se refiere al aspecto material, sino también al ejercicio de derechos. **Por ejemplo: Sensibilización y capacitación del personal de salud en derechos reproductivos de las mujeres.**
3. **Satisfacción.** Estas medidas están dirigidas a reparar el daño inmaterial; esto es, el sufrimiento y aflicciones causados por la violación de derechos humanos, como el menoscabo de valores muy significativos para las personas y cualquier alteración, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de las víctimas. En este sentido, el Sistema Interamericano ha considerado que en este rubro se comprenden actos u obras de repercusión pública. Con ello se busca reparar un daño inmaterial, pero no tienen un alcance pecuniario. **Por ejemplo: Pronunciamiento público del Estado en el que se reconozca su responsabilidad por la violencia obstétrica cometida con motivo de una deficiente e inadecuada atención médica.**
4. **Rehabilitación.** Estas medidas implican la atención médica y/o psicológica o psiquiátrica que debe garantizar el Estado a las víctimas. Este tipo de reparaciones deben incluir también servicios jurídicos y sociales, pues resulta impensable que se identifiquen violaciones a derechos humanos y sus consecuencias dejen de ser atendidas. **Por ejemplo: Atención médica puntual y especializada.**
5. **Garantías de no repetición.** Estas medidas son de alcance general, tienen un efecto más allá del caso concreto, aunque estrictamente se derivan de él pues deben tener un nexo causal; tienen como propósito prevenir o evitar que los hechos que dieron origen a las violaciones declaradas vuelvan a suceder. Este rubro adquiere especial importancia cuando en los Estados existen patrones recurrentes de hechos similares y violaciones a derechos humanos. Entre las garantías de no repetición las más comunes son ordenar la adopción o reforma de legislación interna, o la adopción de medidas administrativas. **Por ejemplo: Implementación efectiva de programas de salud reproductiva acorde con las necesidades de las mujeres y con financiamiento estatal suficiente.**

6. Indemnizaciones. Este último rubro comprende tanto los daños materiales como los inmateriales y se traduce en una retribución monetaria para las víctimas, característica que distingue a la indemnización de las medidas de satisfacción que también forman parte del concepto de reparación integral. De esta manera, al establecer las reparaciones de violaciones a derechos humanos, el Estado mexicano debe considerar los daños materiales, como son “las pérdidas o detrimentos de los ingresos de las víctimas, los gastos efectuados con motivo de los hechos y las consecuencias de carácter pecuniario que tengan un nexo causal con los hechos del caso”,³⁰ y los daños inmateriales que comprenden “tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y a sus allegados, el menoscabo de valores muy significativos para las personas”³¹ que en ambos casos puede implicar el pago de una determinada cantidad por concepto de indemnización o compensación. **Por ejemplo: Indemnización económica integral.**

B. CASOS REGISTRADOS, DOCUMENTADOS Y LITIGADOS POR GIRE

A continuación se presentan los casos de las niñas y mujeres víctimas de violencia obstétrica que GIRE ha acompañado.³² En el periodo de enero de 2013 a mayo de 2015 GIRE tiene registrados 14 casos, documentados tres y siete litigados o en litigio.³³

REGISTRO³⁴

NOMBRE	EDAD	ENTIDAD	AÑO
Georgina	-	Distrito Federal	2013
Guadalupe	33	Querétaro	2013
Laura	-	Zacatecas	2013
María	-	México	2014
Elsa	38	Puebla	2014
Lucía	23	Oaxaca	2014
Emilia	-	Distrito Federal	2014
Valeria	30	Sinaloa	2014
Andrea	30	Yucatán	2014
Natalia	21	Oaxaca	2014
Paula	16	Oaxaca	2014
Federica	24	Oaxaca	2014
Alina	29	México	2014
Amanda	16	Tabasco	2014

30. Corte IDH, *Caso Bámaca Velásquez Vs. Guatemala. Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de febrero de 2002. Serie C No. 91*, párrafo 43. Disponible en <<http://bit.ly/1KLT4yi>> [consulta: 6 de junio de 2015].

31. Corte IDH, *Caso de los “Niños de la Calle” (Villagrán Morales y otros) vs. Guatemala. Reparaciones y Costas. Sentencia de 26 de mayo de 2001. Serie C No. 77*, párrafo 84. Disponible en <<http://bit.ly/1fkcqqT>> [consulta: 6 de junio de 2015].

32. Todos los nombres han sido cambiados por respeto a la privacidad de las mujeres.

33. Este número incluye los casos de Irma, Liliana, Alba, Sandra y Martina (descrito en el capítulo 4 Muerte Materna de esta publicación).

34. En los casos clasificados como *registro* no existe una documentación completa debido a que no se logró contactar a la víctima o a sus familiares. GIRE los registró a partir de diversas fuentes como notas periodísticas, información proporcionada por autoridades o integrantes de organizaciones civiles en el país.

DOCUMENTACIÓN³⁵

NOMBRE	EDAD	ENTIDAD	AÑO
ZAMIRA	20	OAXACA	2013

Zamira cursaba un embarazo de seis meses cuando tenía 20 años. El 15 de abril de 2013 presentó un sangrado, por lo que fue trasladada en una ambulancia al hospital de San Pablo Huixtepec Oaxaca, donde fue atendida en el pasillo del hospital y donde nació su bebé. Posterior a la expulsión, que ocurrió en una camilla en el pasillo, la llevaron a quirófano para limpiarla y al salir le informaron sobre el fallecimiento de su hija. Por la tarde, su pareja acudió para recoger el cuerpo, pero al pasar al área donde se encontraba, notó que la bebé todavía respiraba, a pesar de que ya le habían colocado algodón en la nariz y boca. El 30 de abril Zamira y su pareja acudieron al Ministerio Público para presentar una denuncia por la mala atención hacia su hija, ya que le habían informado que la niña estaba muerta, pero su pareja la vio respirar cuando fue a recoger su cuerpo.

VIOLETA	15	TABASCO	2014
----------------	-----------	----------------	-------------

Violeta vive en Villahermosa, Tabasco. A los 15 años, cursaba un embarazo de 40 semanas. Al empezar a sentir dolores de parto acudió al Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer de Villahermosa, pero le negaron la atención, obligándola a volver en varias ocasiones. Producto de esta falta de atención, Violeta tuvo a su hijo en la sala de espera del hospital. Este caso fue retomado por múltiples medios de comunicación; al respecto la CNDH emitió la Recomendación 35/2014 contra el Gobernador del estado de Tabasco. GIRE documentó el caso, pero no tuvo éxito para contactar a Violeta una vez emitida la Recomendación.

GLADIS	20	OAXACA	2014
---------------	-----------	---------------	-------------

Gladis cursaba un embarazo gemelar y contaba con Seguro Popular, tenía 20 años. Vive en Santo Domingo de Morelos, Oaxaca una comunidad de difícil acceso debido a la falta de vías de comunicación. Para llegar al hospital más cercano, en San Pedro Pochutla, se requiere viajar por lo menos una hora y media. La falta de recursos hizo que aún estando embarazada intentara cruzar la frontera junto con su esposo. No tuvieron éxito y regresaron a su comunidad para continuar dedicándose a las labores del campo. Cuando el embarazo llegó a término, acudió al hospital de San Pedro Pochutla en donde sus hijos nacieron con bajo peso y dificultades respiratorias. Los niños fallecieron un par de horas más tarde, ya que el hospital no cuenta con unidad de cuidados intensivos neonatales.

35. En los casos clasificados como *documentación* se tuvo contacto directo con la víctima o sus familiares para obtener más información sobre el caso, pero no se emprendió una acción jurídica por parte de GIRE.

LITIGIO³⁶

NOMBRE	EDAD	ENTIDAD	AÑO
CATALINA	26	CHIAPAS	2013

El 2 de octubre de 2013, Catalina, de 26 años, acudió a la clínica San Felipe Ecatepec de San Cristóbal de las Casas, Chiapas, para atender un embarazo de 41.2 semanas. La enfermera que la atendió le comentó que debido a presión alta probablemente le practicarían una cesárea. Sin embargo, la ginecóloga encargada decidió que tendría un parto vaginal. Se sentía muy mal y muchas veces pidió ayuda al personal médico, pero no recibió respuesta. No fue sino hasta que presentó un episodio convulsivo que el personal intervino, realizándole una cesárea. Su hijo falleció horas más tarde. Por iniciativa de Catalina, GIRE realizó una solicitud de acceso a la información para obtener el expediente médico del caso, pero se negó el acceso al mismo. Con base en una opinión técnica, se presentará una ampliación de queja ante la CNDH.

GILDA	30	ZACATECAS	2014
--------------	-----------	------------------	-------------

Gilda es de Zacatecas, tiene 30 años y tres hijos. cursaba un embarazo de 37 semanas cuando, el 3 de julio de 2014, acudió al Hospital de la Mujer porque se le rompió la fuente. Hacia las 10 de la noche le indicaron que debían realizar una cesárea. Su hija nació y le dijeron que trasladarían al área de neonatos porque presentaba bajo peso. Posterior a la cesárea que le practicaron, Gilda presentaba dolor, tenía un hematoma, por lo que la volvieron a operar. Permaneció en el hospital hasta el 7 de julio con dolor y molestias. Durante el tiempo que estuvo internada no la dejaron ver a su hija, argumentando que se encontraba en el área de neonatos, pero le aseguraban que se encontraba bien. Cuando salió del hospital se enteró de que iban a operar a su bebé por una infección en los intestinos. No le dieron más información. El 9 de julio su hija falleció. En septiembre de 2014 presentó una queja ante la CNDH. Hasta ahora no ha recibido respuesta, por lo que presentará, con el acompañamiento de GIRE, una ampliación de queja.

36. Los casos de *litigio* se refieren a aquellos en los que GIRE emprendió alguna acción jurídica para acompañar a la víctima o a sus familiares.



5. CONCLUSIONES

La violencia obstétrica es una forma específica de violencia contra las mujeres que se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y puerperio en los servicios de salud públicos y privados y es producto de un entramado multifactorial en donde confluyen la violencia institucional y la violencia de género. Casos como el de Irma y Liliana permiten mostrar que las mujeres en México enfrentan serios obstáculos para ejercer sus derechos reproductivos, que van desde la discriminación en el acceso y la negativa de los servicios de salud obstétrica, hasta la atención deficiente en la prestación de los servicios debido a problemas estructurales en los sistemas de salud, como infraestructura insuficiente y la falta de capacidad de las clínicas y hospitales públicos, federales y locales, para atender partos y urgencias obstétricas, así como los procesos de enseñanza para el personal médico que favorecen una visión autoritaria que fomenta el maltrato y en la que las opiniones de las mujeres no son tomadas en cuenta durante los procesos obstétricos. La tipificación de la violencia obstétrica como un delito no es idónea para evitarla, puesto que no atiende a los problemas estructurales que subyacen en la perpetuación de dicha práctica.

En México, la identificación de la violencia obstétrica y el acceso a la justicia en casos de violación a los derechos humanos de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio aún se encuentra en una etapa incipiente. A pesar de que existe una amplia gama de procedimientos de queja y sanción, éstos no cuentan con una perspectiva de derechos humanos y son mecanismos de reparación segmentados que obligan a las mujeres a recurrir a más de un procedimiento. Por esta razón, desde GIRE se impulsa la utilización de los mecanismos de queja ante los organismos de protección a los derechos humanos, como en el caso de Irma y Liliana.

6. RECOMENDACIONES

NORMATIVAS

AL CONGRESO DE LA UNIÓN Y A LOS CONGRESOS LOCALES: No reformar los códigos penales de las entidades federativas para incluir la violencia obstétrica como un delito.

A LOS CONGRESOS LOCALES DE VERACRUZ, CHIAPAS Y GUERRERO: Reformar sus códigos penales para eliminar el delito de violencia obstétrica.

A LA SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL: Publicar la *NOM 007-SSA2-2010, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido.*

IMPLEMENTACIÓN DE LA NORMATIVA

A LA SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL, AL IMSS, AL ISSSTE Y A LAS SECRETARÍAS DE SALUD LOCALES: Identificar la violencia obstétrica como una forma de violencia institucional y de género reconocida en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia y en las leyes locales para erradicar su práctica.

Garantizar el acceso universal a las mujeres que requieran servicios de salud obstétrica, particularmente en trabajo de parto.

Promover que las mujeres embarazadas y en trabajo de parto conozcan sus derechos, se reconozca su voluntad y se garantice que la prestación de los servicios de salud se provean con su consentimiento informado.

ACCESO A LA JUSTICIA

A LA SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL, AL IMSS, AL ISSSTE Y A LAS SECRETARÍAS DE SALUD LOCALES: Fortalecer los sistemas de quejas y de contraloría interna en los hospitales que atienden partos, para favorecer el acceso a la justicia en casos de violencia obstétrica.

A LA CNDH, A LAS COMISIONES LOCALES DE DERECHOS HUMANOS Y A LOS TRIBUNALES DE JUSTICIA: Garantizar el acceso a la justicia y la reparación integral a las víctimas de violencia obstétrica de acuerdo con los estándares más altos de derechos humanos y que tomen en cuenta las peticiones de las víctimas, dando seguimiento al cumplimiento de dichas recomendaciones.

A LA CONAMED Y A LAS COMISIONES LOCALES DE ARBITRAJE MÉDICO: Fortalecer los mecanismos de queja en casos de violencia obstétrica, eliminando obstáculos y facilitando el acceso a resoluciones de acuerdo con los estándares de derechos humanos.

4

MUERTE MATERNA



ROMEO, ESPOSO DE SUSANA.



1. Susana

(Chiapas)

Susana estaba casada con Romeo. Ambos tzotziles, tenían un hijo de seis años, y estaban esperando a una niña. Susana tenía 26 años, hablaba tzotzil y español y había estudiado hasta la secundaria. El 4 de octubre de 2013 acudió al Hospital de la Mujer de San Cristóbal de las Casas, Chiapas, con indicaciones para realizarse una cesárea. Susana fue víctima de maltratos por parte del personal del hospital desde que llegó. Le pidieron que se quitara la ropa y la dejaron desnuda en una camilla, expuesta a la vista del personal, porque “no tenían batas”, mientras la hacían esperar para ser atendida. Iba acompañada de su suegra, quien únicamente habla tzotzil y quien no pudo estar presente en el proceso por no hablar español, pues el Hospital de la Mujer de San Cristóbal no cuenta con un intérprete del tzotzil.

En el informe médico de Susana se reporta que esa misma noche, hacia las 22 horas, su estado de salud era grave. Sin embargo, en ese momento su familia no recibió ninguna información acerca del deterioro en su salud. Unas horas más tarde, se le notificó a la familia que se había realizado la cesárea junto con una extracción de la vesícula, de la cual no tenían conocimiento y de la que no existe un consentimiento informado por parte de Susana o algún familiar. Después de la cirugía se le entregó a los familiares un frasco con la vesícula de Susana y, sin mayor información, se les pidió acudir a otro hospital a realizar estudios de patología. Era domingo y no pudieron hacerse dichos estudios.

Las notas médicas posteriores a la cirugía reportaban la condición de Susana como estable. Sin embargo, el 6 de octubre Susana sufrió un paro respiratorio y falleció. De acuerdo con una opinión técnica independiente elaborada por el Dr. Marcos Arana, responsable del Comité Promotor por una Maternidad Segura y Voluntaria en Chiapas, el expediente médico de Susana reporta un diagnóstico de Síndrome de Hellp, una complicación grave que se presenta en 0.9% de los embarazos y que afecta la placenta, el hígado, el riñón y provoca alteraciones graves en la coagulación sanguínea. De acuerdo con el Dr. Arana, dicho diagnóstico debió ser suficiente para realizar una cesárea inmediata a la llegada de Susana al hospital, además de posponer la extracción de la vesícula.

Los familiares de Susana fueron notificados de su muerte sin recibir mayor explicación al respecto. En ese momento les entregaron a su hija recién nacida, sin ropa, sin documento alguno y cubierta de sangre. No se les otorgó ninguna indicación de alimentación a pesar de que ya no podría recibir leche materna. El personal del hospital tenía una injustificable prisa por darla de alta y, con ello, la expuso a riesgos innecesarios que más tarde derivaron en un cuadro de hipotermia por el que debió ser tratada en una clínica privada.

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) conoció del caso iniciado de oficio por la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Chiapas. Después de hablar con los familiares de Susana y asumir su representación legal, GIRE presentó una ampliación de queja ante la CNDH el 14 de febrero de 2014. En ésta, se subrayó la importancia de establecer que la muerte de Susana fue consecuencia de una serie de violaciones de derechos humanos, así como de reconocer a Susana, a sus hijos, a Romeo, su esposo, y a su padre como víctimas.



Manuel, padre de Susana.

El 17 de julio de 2014 la CNDH emitió la Recomendación No. 29/2014 en la que determinó que se contaba con elementos suficientes para evidenciar la violación a los derechos humanos de Susana y de sus familiares —su esposo Romeo y sus hijos—, atribuibles al Gobierno del estado de Chiapas por conducto del Hospital de la Mujer. Se recomendó, por un lado, la indemnización a las víctimas y su inscripción en el Registro Nacional de Víctimas, así como el seguimiento de la denuncia penal y la administrativa del caso; por el otro, el establecimiento de garantías de no repetición en las clínicas, hospitales y centros de salud dependientes de la Secretaría de Salud del estado: la integración debida de expedientes médicos, la revisión de credenciales del personal de salud y su capacitación.

Si bien estas medidas son importantes para el reconocimiento de una reparación integral de violaciones a derechos humanos, resultan insuficientes para prevenir y atender el grave problema de la muerte materna en Chiapas. La Recomendación emitida por la CNDH fue omisa en establecer medidas de reparación integral incluidas en la ampliación de queja presentada por GIRE, como la cobertura en salud y educación para los hijos de Susana, el pronunciamiento de una disculpa pública por parte del Estado y la atención psicológica a las víctimas.

El 14 de noviembre de 2014 el Gobierno del estado de Chiapas y los familiares de Susana firmaron un convenio para dar cumplimiento a la Recomendación de la CNDH. Sin embargo, el documento no atendía todos los elementos incluidos en la Recomendación, además de que, de acuerdo con lo que las víctimas narraron

a GIRE, la firma del mismo se efectuó en un contexto de presión. El Convenio estableció una indemnización por concepto de reparación del daño, daño emergente y lucro cesante a Manuel y Romeo, padre y esposo de Susana, así como la obligación de Romeo de depositar cierta cantidad a nombre de sus hijos en un instrumento financiero “conveniente” para los niños. Lo anterior no representa una reparación adecuada debido a que impone a una de las víctimas la responsabilidad de encontrar un mecanismo financiero que otorgue una protección adecuada a sus hijos, en lugar de que el Estado plantee un mecanismo que salvaguarde estos recursos hasta que los niños alcancen la mayoría de edad, protegiendo la construcción de su proyecto de vida. Además, hace mención de una cobertura en salud y educación para los hijos de Susana, pero determina un monto de beca educativa notablemente menor al establecido en las Reglas de Operación del Fideicomiso para el Cumplimiento de Obligaciones en Materia de los Derechos Humanos y sólo incluye como cobertura en salud la inscripción de las víctimas en el Seguro Popular, inscripción a la que tienen derecho independientemente de su calidad de víctimas.

El 19 de noviembre, el Gobierno de Chiapas llevó a cabo un acto de disculpa pública por la muerte de Susana, la primera disculpa emitida en México por parte de una autoridad por un caso de muerte materna. Dicha disculpa no se encontraba incluida dentro de la Recomendación emitida por la CNDH y forma parte de la ampliación de queja impulsada por GIRE en el caso. Además, con el acompañamiento de GIRE, el monto de la indemnización correspondiente a los hijos de Susana fue incorporado al Fideicomiso para el Cumplimiento de Obligaciones en Materia de los Derechos Humanos —operado por la Secretaría de Gobernación— a través de la firma de un Convenio de reconocimiento del Estado mexicano de violaciones de derechos humanos el 4 de marzo de 2015, que dejó sin efectos al convenio anterior y fue suscrito por la Secretaría de Gobernación, el Gobierno del estado de Chiapas, Romeo, a nombre propio y en representación de sus hijos, y Manuel. GIRE firmó en calidad de testigo de honor.

A pesar de que el reconocimiento del Estado mexicano de un caso de muerte materna como uno de violaciones a derechos humanos representa un cambio fundamental de paradigma, es esencial que la CNDH y las comisiones locales de derechos humanos establezcan de manera sistemática medidas de reparación integral para recomendaciones de este tipo que incluyan: a) la obligación de investigar los hechos e identificar, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables; b) medidas de restitución; c) medidas de satisfacción; d) medidas de rehabilitación; d) indemnizaciones, y e) garantías de no repetición.

Lamentablemente, el caso de Susana es representativo de los patrones de violación a los derechos humanos que enfrentan las mujeres en México, donde la última estimación oficial (2013) indica que la razón de muerte materna (RMM) es de 38.2, muy por encima de la meta establecida por los Objetivos del Milenio hace quince años, de 22.¹ Hasta ahora, la CNDH ha sido omisa en vigilar e impulsar el seguimiento de sus recomendaciones en el caso de Susana; en particular, la implementación de las garantías de no repetición en el Hospital de la Mujer de San Cristóbal de las Casas para evitar que se sigan dando casos como éste.

1. Freyer-muth, Graciela y Marisol Luna, *Numeralia 2013: mortalidad materna en México*, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), Observatorio de Mortalidad Materna en México (OMM), 2015. *Numeralia 2012: mortalidad materna en México*, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), World Vision México, Observatorio de Mortalidad Materna en México (OMM), México, 2014.

DEFENSA DE GIRE EN EL CASO DE SUSANA

A. QUEJA ANTE LA COMISIÓN NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS

La falta de mecanismos accesibles y efectivos de acceso a la justicia en casos de muerte materna contribuye a perpetuar las desigualdades económicas, sociales y culturales relacionadas con este fenómeno, además de que impide la transformación estructural de los sistemas de salud. Por ello, no sólo resulta indispensable promover la prevención y atención de todos los casos de morbilidad y mortalidad materna, sino también los mecanismos de acceso a la justicia y de reparación integral para las víctimas.

Existen diferentes mecanismos de atribución de responsabilidad en casos de muerte materna cuyas ventajas y problemas serán expuestos más adelante. La familia de Susana optó por llevar su defensa ante un organismo de protección de derechos humanos, la CNDH. A pesar de las debilidades inherentes a este mecanismo, es el único diseñado para resolver quejas desde una perspectiva de derechos humanos. Si bien hasta ahora las resoluciones de este organismo han carecido de una visión de reparación integral, se consideró que, dadas sus facultades y mandato, a través de la CNDH y las comisiones locales de derechos humanos se puede lograr un acceso a la justicia para casos de muerte materna que repare integralmente a las víctimas y no ofrezca sólo una indemnización económica.

Para la defensa del caso de Susana, GIRE presentó a nombre de la familia una ampliación de queja ante la CNDH con miras a obtener una recomendación del caso en donde se reconociera la responsabilidad estatal y, a partir de ahí, dar seguimiento al cumplimiento de dicha recomendación. Si bien los resultados aún son insuficientes, el caso de Susana es paradigmático por ser uno de los pocos en los que se ha logrado una respuesta por parte del Estado: una indemnización a las víctimas, una protección al interés superior de los niños involucrados, un acto de disculpa pública y el compromiso de otorgar protección en salud y educación a los hijos de Susana.

B. DERECHOS VIOLADOS

Para defender el caso de Susana, el primer paso fue determinar que, efectivamente, su caso se trató de una muerte materna prevenible y no de un fallecimiento atribuible a factores accidentales o inevitables. **La mortalidad materna se define como la muerte de la mujer durante el embarazo, el parto o el puerperio, por cualquier causa relacionada o agravada por éstos, o su manejo, pero no por causas accidentales.**² La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que entre 88% y 98% de las muertes durante el embarazo, parto y puerperio son prevenibles, lo que hace de la muerte materna un asunto de derechos humanos.³ Así, la muerte materna se relaciona con fallas estructurales en los sistemas de salud que representan una violación al derecho a la vida, a la salud y a la no discriminación de las mujeres.

2. OPS, *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE-10)*: vol. 1, 10ª edición, Washington, D. C., Organización Panamericana de la Salud, 1995, p. 1169.

3. OMS, "Maternal mortality: helping women off the road to death" en *WHO Chronicle*, vol. 40, núm. 5, 1986, p. 175-183. Disponible en <<http://bit.ly/1GhJZXv>> [consulta: 2 de mayo de 2015].

La muerte materna es, además, un tema de justicia social, pues afecta de manera particular a las mujeres que se encuentran en situaciones más vulnerables. El caso anterior es ilustrativo de ello: **en el estado de Chiapas, de donde era originaria Susana, las mujeres indígenas representaron 44.1% de las muertes maternas en 2012 y 42.9% en 2013.**⁴ Sin embargo, de acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2010, las personas hablantes de un idioma indígena representan 27% de la población en el estado de Chiapas.⁵ **Esto indica que las mujeres indígenas sufren una carga desproporcionada para acceder a servicios de salud materna que no pongan en riesgo su vida, lo que da cuenta de un problema grave de discriminación en el derecho a la salud en México.**

Susana y sus familiares, en particular sus hijos, sufrieron violaciones a derechos humanos de los que el Estado mexicano es responsable. De haber otorgado una atención oportuna y adecuada a Susana, las condiciones médicas que finalmente llevaron a su muerte podrían haber sido prevenidas. La muerte de Susana es producto de una serie de acciones y omisiones por parte de los prestadores de servicios de salud que la atendieron y de las deficiencias del Sistema de Salud público. Su muerte era prevenible.

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) ha reiterado que la falta de acceso a servicios adecuados de salud materna es una violación a los derechos humanos de las mujeres, en especial a su integridad personal, a la salud y a la no discriminación. Asimismo, ha señalado que es imprescindible que los Estados cumplan con sus obligaciones internacionales en esta materia y que se requieren medidas prioritarias inmediatas para atender la mortalidad materna.⁶

En 2014 México recibió y aceptó dos recomendaciones relacionadas con muerte materna, por parte de Uruguay y de Bosnia y Herzegovina, durante su evaluación ante el Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas para el Examen Periódico Universal.⁷

148.155 Intensificar los esfuerzos para reducir la tasa de mortalidad materna, en particular mediante la adopción de una estrategia amplia sobre la maternidad segura, en la que se otorgue prioridad al acceso a servicios de atención de salud prenatal, posnatal y obstétrica de calidad (Uruguay);

148.157 Aplicar las recomendaciones del Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (Comité CERD) y del Comité para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (Comité CEDAW) sobre los servicios de salud adecuados y accesibles para reducir la elevada mortalidad materna e infantil entre la población indígena (Bosnia y Herzegovina).

4. Freyermuth, *op. cit.*

5. INEGI, *Censo de Población y Vivienda (2010): panorama sociodemográfico de México*, México, 2011. Disponible en <<http://bit.ly/1kYsgAz>> [consulta: 29 de marzo de 2015].

6. CIDH, *Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos*[OEA/Ser.L/V/II. Doc. 69, 7 de junio de 2010], párrafo 15, Washington, 2010. Disponible en <<http://bit.ly/WXZD31>> [consulta: 14 de abril de 2015].

7. Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos, *Informe del Grupo de Trabajo sobre el Examen Periódico Universal: México* [A/HRC/25/7], 25º periodo de sesiones (2013), párrafos 148.155 y 148.157. Disponible en <<http://bit.ly/1KiIxf0>> [consulta: 21 de julio de 2015].

Así, el marco internacional de los derechos humanos que México suscribe y al que está comprometido evidencia y reconoce que la mortalidad materna es el producto de una serie de violaciones a derechos humanos; en particular, a la vida, al acceso a la salud sin discriminación y a la información.

DERECHO A LA VIDA

El derecho a la vida está reconocido en diversos tratados internacionales de los cuales México es parte; entre ellos el artículo 6 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el artículo 4 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos. Sobre esta última, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CoIDH) ha señalado que el Estado tiene una serie de obligaciones tanto negativas como positivas para garantizar el derecho a la vida:

153 [...] el derecho a la vida juega un papel fundamental en la Convención Americana por ser el corolario esencial para la realización de los demás derechos. Al no ser respetado el derecho a la vida, todos los derechos carecen de sentido. Los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para que no se produzcan violaciones de ese derecho inalienable y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él. El cumplimiento del artículo 4, relacionado con el artículo 1.1 de la Convención Americana, no sólo presupone que ninguna persona sea privada de su vida arbitrariamente (obligación negativa), sino que además requiere que los Estados tomen todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida (obligación positiva), bajo su deber de garantizar el pleno y libre ejercicio de los derechos de todas las personas bajo su jurisdicción.⁸

Por su parte, la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) ha refrendado el deber positivo del Estado con respecto al derecho a la vida, que implica acciones legislativas, ejecutivas y judiciales para asegurar su cumplimiento.⁹ Así, tanto la jurisprudencia interamericana como los criterios de la SCJN han establecido que las obligaciones del Estado en materia de protección y garantía del derecho a la vida van más allá de abstenerse de privar de la vida a las personas, sino que requieren una serie de acciones positivas para proteger este derecho. En este sentido es importante retomar la resolución del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Comité CEDAW) en el caso *Alyne da Silva Pimentel vs. Brasil* por tratarse de un caso de muerte materna, como lo es el de Susana.

8. Corte IDH, *Caso de los 19 Comerciantes vs. Colombia. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 5 de julio de 2004*. Serie C. No. 109, párrafo 153. Disponible en <<http://bit.ly/1OAzoyz>> [consulta: 23 de julio de 2015].

9. SCJN, “Derecho a la vida. Supuestos en que se actualiza su transgresión por parte del estado. Tesis: P. LXI/2010, Registro 163169” en *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Novena Época, Tomo XXXIII, enero de 2011, p. 24. Disponible en <<http://bit.ly/1TxZgNg>> [consulta: 22 de junio de 2015].

ALYNE DA SILVA PIMENTEL VS. BRASIL: LA RESPONSABILIDAD DEL ESTADO EN UNA MUERTE MATERNA¹⁰

Alyne da Silva Pimentel era una mujer afro-descendiente proveniente de una comunidad marginal en Río de Janeiro, Brasil. Era madre de una niña de cinco años de edad. El 11 de noviembre de 2002, acudió a un centro de salud local con náuseas y dolores abdominales; tenía seis meses de embarazo. Ahí, le prescribieron medicamentos y la enviaron a su casa. Los siguientes días su situación empeoró considerablemente, por lo que regresó al centro de salud. Sin embargo, tuvo que esperar horas para ser atendida. Cuando al fin la revisaron, el médico en turno le informó que no había latidos fetales, por lo que tendrían que inducirle el parto.

Alyne esperó seis horas más para que se llevara a cabo la inducción del parto. Unas 14 horas después del parto, Alyne fue sometida a un raspado para eliminar partes de la placenta y otros restos del parto. Su condición empeoraba y requería de atención médica especializada de urgencia. Sin embargo, el personal del centro de salud no pudo localizar sus expedientes prenatales y, dado que no había transporte disponible, tuvo que esperar ocho horas, dos en estado de coma, para ser transferida a un hospital público. Una vez en el hospital, requirió reanimación y fue colocada en un área provisional establecida en el pasillo. Como el personal del centro de salud no traía consigo sus expedientes médicos, tuvo que proporcionar una breve descripción oral de sus síntomas. Alyne murió el 16 de noviembre de 2002, tres días después de la inducción del parto.

Tras un juicio doméstico llevado a cabo de oficio, un tribunal brasileño dictó una pensión y una indemnización por daño moral para la hija de Alyne. Sin embargo, el tribunal no estableció que el Estado fuera responsable de su muerte, por tratarse de una clínica privada. Así, su caso fue llevado al Comité CEDAW por su madre, representada por el Center for Reproductive Rights (CRR), alegando una violación del Estado brasileño al derecho a la vida y a la salud protegidos por la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW).

En 2011, el Comité CEDAW publicó su decisión sobre el caso, donde reconoció dos elementos principales: a) que la muerte de Alyne era una muerte materna y b) que no se le habían proporcionado servicios adecuados en relación con su embarazo.

En suma, el Comité señaló que la falta de servicios de salud materna que satisfagan las necesidades de las mujeres no sólo representa una violación al derecho a acceder a servicios de salud reproductiva, sino que también implica una discriminación de género y una violación al derecho a la vida. Así, estableció una serie de medidas para el Estado brasileño entre las que se encuentran la reparación del daño a la hija de Alyne, la reducción del índice de muerte materna y la implementación de garantías de no repetición en los hospitales y centros de salud del país.

Alyne da Silva Pimentel vs. Brasil es el primer caso de muerte materna presentado y decidido por un órgano internacional de protección a los derechos humanos. Por ello, ha sido crítico para avanzar en el reconocimiento de los derechos reproductivos de las mujeres y de las obligaciones positivas del Estado para protegerlos, en particular el acceso a servicios de salud sin discriminación y la responsabilidad del Estado de asegurar la calidad de los servicios de salud materna, públicos y privados.

10. Naciones Unidas, Comité CEDAW, [Caso *Alyne da Silva Pimentel vs. Brasil*] Comunicación N° 17/2008, [CEDAW/C/49/D/17/2008], 49° período de sesiones (2011). Disponible en <<http://bit.ly/WGXrOd>> [consulta: 14 de enero de 2015].

Susana murió a consecuencia de complicaciones médicas que pudieron haberse prevenido de haber recibido una atención adecuada y oportuna. El Estado violó su derecho a la vida. Además, dado que el derecho a la vida no sólo se viola cuando una persona se ve privada de ella, sino también cuando se pone en riesgo, la hija recién nacida de Susana también sufrió afectaciones en su derecho a la vida, al no recibir la atención médica adecuada posterior a su nacimiento y ser sometida a un riesgo innecesario a su vida y su salud en el proceso.

DERECHO A LA SALUD

El derecho a la salud se encuentra reconocido en el artículo 4° de la Constitución, así como en diversos ordenamientos internacionales que México ha suscrito, tales como el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el artículo 12 de la CEDAW. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC) ha identificado los siguientes como elementos básicos del derecho a la salud:¹¹

ACCESIBILIDAD: Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte.

ACEPTABILIDAD: Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados; es decir, respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

CALIDAD: Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

NO DISCRIMINACIÓN: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.

De acuerdo con el artículo 12 de la CEDAW, los servicios de salud reproductiva incluyen la salud materna, por lo que son parte de la obligación del Estado para proteger el derecho a la salud. Este artículo establece que los Estados: “eliminarán la discriminación contra la mujer en lo que respecta a su acceso a los servicios de atención médica durante todo su ciclo vital, en particular en relación con la planificación de la familia, el embarazo, el parto y el período posterior al parto”.¹²

La muerte materna en México afecta de manera desproporcional a las mujeres indígenas, quienes enfrentan múltiples formas de discriminación: falta de acceso a los servicios de salud, ausencia de intérpretes que les permitan otorgar un consentimiento informado con respecto a los procedimientos médicos a los que se someten, maltratos y abusos. En efecto, en

11. Naciones Unidas, Comité DESC, *Observación General N° 14 (2000): El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)* [E/C.12/2000/4], 22° periodo de sesiones (2000), párrafo 12. Disponible en <<http://bit.ly/1Tem8RK>> [consulta: 18 de mayo de 2015].

12. *Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*. Disponible en <<http://bit.ly/VJkZY>> [consulta: 7 de mayo de 2015].

2012, el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (Comité CERD) expresó su preocupación por las cifras de mortalidad materna entre la población indígena en México.¹³ En el caso de Susana, la negligente atención médica, así como los maltratos y abusos de los que fue víctima afectaron no sólo su derecho a la salud, sino también pusieron en riesgo la vida y la salud de su hija.

DERECHO A LA INFORMACIÓN

El derecho a la información se encuentra reconocido en el artículo 6 de la Constitución—recientemente reformado— según el cual “Toda persona tiene derecho al libre acceso a información plural y oportuna, así como a buscar, recibir y difundir información e ideas de toda índole por cualquier medio de expresión”, además en normas de tratados internacionales de los que México es parte como el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (artículo 19) y la Convención Americana sobre Derechos Humanos (artículo 13) y que, con base en el artículo 1º constitucional, hacen parte del ordenamiento constitucional.

El personal de salud del Hospital de la Mujer de San Cristóbal de las Casas violó el derecho a la información de los familiares de Susana. Romeo, su esposo, tuvo que esperar dos días a partir del ingreso de Susana al hospital para obtener información acerca de su estado de salud. En ese momento, le dijeron que se encontraba en recuperación, ocultándole los procedimientos quirúrgicos a los cuales fue sometida, así como el estado de gravedad que atravesaba. Finalmente, Romeo fue notificado del fallecimiento de Susana y le fue entregada su hija, con la sola explicación de que su esposa “no había aguantado las cirugías”. La suegra de Susana, quien sería su acompañante durante el proceso, sufrió discriminación, no le permitieron estar con Susana por no hablar español y por la falta de intérpretes de tzotzil en el hospital. Así, la ausencia de una notificación oportuna sobre el estado de salud de Susana y de su hija, y la discriminación estructural que sufren las personas indígenas en los servicios de salud, representan una violación a los derechos humanos por parte del Estado.

C. GARANTÍAS DE NO REPETICIÓN (PLAN DE ACCIÓN PARA LA ATENCIÓN DE LA MUERTE MATERNA EN CHIAPAS)

La muerte de Susana fue producto de una serie de acciones y omisiones por parte de los prestadores de servicios de salud que la atendieron, y de problemas estructurales del sistema de salud público, en específico del Hospital de la Mujer de San Cristóbal de las Casas. A partir de ello, y como parte de las garantías de no repetición para lograr la reparación integral por las violaciones a los derechos humanos sufridas por Susana y sus familiares, GIRE y el Gobierno de Chiapas acordaron el diseño y puesta en marcha de un Plan de acción para la atención de la mortalidad materna en San Cristóbal de las Casas, Chiapas, para lo cual se realizó un primer diagnóstico de la situación del Hospital de la Mujer a partir de información proporcionada por el propio hospital y de una visita llevada a cabo el 4 de febrero de 2015.

13. Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial, *Examen de los informes presentados por los Estados partes de conformidad con el artículo 9 de la Convención: Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial: México*, 80º periodo de sesiones (2012). Disponible en <<http://bit.ly/1fAqyCp>> [consulta: 7 de mayo de 2015].

El Hospital de la Mujer de San Cristóbal de las Casas es un hospital de atención gineco-obstétrica de referencia. Cuenta entre su personal con especialistas para dar respuesta a las emergencias médicas que puedan presentarse entre las mujeres y los recién nacidos. Es decir, se le considera una instancia resolutoria con capacidad para atender partos con diferentes modalidades y complicaciones. Sin embargo, **los recursos hospitalarios reportados y observados en el hospital resultan insuficientes para el volumen de la población usuaria de estos servicios, lo que permite entrever un problema de atención deficiente respecto a la potencial demanda y necesidades de atención.**

El Hospital de la Mujer no es una unidad acreditada por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría de Salud federal, quien se encarga de evaluar y emitir un dictamen sobre la infraestructura, personal y recursos para brindar servicios en emergencias obstétricas, de acuerdo con el Convenio Interinstitucional por la Atención Universal de las Emergencias Obstétricas. En este sentido, sería recomendable cumplir con los requisitos para la acreditación, ya que permitiría tener una mayor certeza del apego a buenas prácticas, disponibilidad de recursos humanos, medicamentos y estandarización de procesos de atención del hospital; es decir avalaría su capacidad resolutoria.

Además, el hospital presenta deficiencias y problemas estructurales que afectan su seguridad física. De particular preocupación resulta un dictamen del 7 de agosto de 2013 por parte de Protección Civil del Gobierno del estado de Chiapas que clasifica al Hospital de la Mujer de San Cristóbal de las Casas como “de alto riesgo y no apto para el uso actual”.¹⁴

A pesar de ser un hospital de referencia, el hospital carece de facilidades de comunicación o de tecnologías de la información, lo que implica serias limitaciones para realizar interconsultas con otras unidades, para referir a usuarias con complicaciones y acordar traslados y para optimizar el uso de las ambulancias. Una mejora en esta comunicación permitiría recibir a las usuarias referidas con la información suficiente para prever las necesidades para la resolución del problema.

En el acto de disculpa pública por la muerte de Susana, el secretario de salud del estado de Chiapas anunció que a través de una inversión en el hospital se llevarían a cabo mejoras en éste, entre las cuales se puede mencionar que en el área de terapia intensiva para el recién nacido se acondicionó una pequeña área como cuarto para aislamiento, lo que permitirá mayor calidad y disminución de complicaciones como las infecciones nosocomiales, condiciones requeridas en la cédula para la acreditación de ese servicio. Durante la visita, se pudo constatar que esta nueva infraestructura cuenta con el equipamiento necesario. Sin embargo, en ese momento no se encontraba funcionando debido a que en su planeación y construcción no se contempló el sistema de extracción de aire. También se acondicionó y se dotó de equipamiento a un área de terapia intermedia para la atención de pacientes obstétricas, ginecológicas y de oncología. Sin embargo, no existe un área de terapia intensiva para la atención de las usuarias que así lo requieran.

Después de esta visita preliminar, se solicitó a la dirección del hospital información específica para diseñar e integrar el Plan de Acción. Hasta abril de 2015 se recibió un documento incompleto por parte de dicha dirección, en el que existe una preocupante falta de coherencia entre los datos proporcionados. Además, a pesar de solicitarla reiteradamente, no se pudo obtener la documentación necesaria para realizar un análisis puntual acerca de los servicios ofrecidos, los programas, políticas, las evaluaciones y protocolos de atención, así como del funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia, entre otros aspectos fundamentales para realizar un diagnóstico integral sobre el Hospital de la Mujer de San Cristóbal. **La falta de esta información impidió realizar un diagnóstico más completo acerca de cómo se podrían satisfacer las necesidades de la población usuaria para garantizar el acceso a la salud y la no repetición de casos como el de Susana.**

14. Chiapas, Sistema Municipal de Protección Civil de San Cristóbal de las Casas, *Evaluación de riesgo del Hospital de la Mujer: oficio No. 0179*, 07 de agosto del 2013. Disponible en <<http://bit.ly/1CVtYM7>> [consulta: 22 de julio de 2015].

De acuerdo con información proporcionada a GIRE por las autoridades estatales, en la actualidad se contempla la planeación y la posible construcción de un nuevo hospital para la atención del parto en San Cristóbal. Sin embargo, la muerte materna es el resultado de fallas estructurales en todos los niveles de atención del sistema de salud. La garantía del derecho a la salud y a la vida de las mujeres en México requiere de un diagnóstico completo e informado de dichas fallas, por lo que se debe evitar dar una solución parcial para un problema estructural y multifactorial. **La simple construcción de un nuevo hospital, si bien altamente costosa, no asegura por sí misma que casos como el de Susana no se repitan.**

En suma, con la información disponible al cierre de esta publicación, se puede concluir que el Hospital de la Mujer de San Cristóbal de las Casas tiene deficiencias generales graves, así como problemas de organización, de probable saturación de los servicios y de seguridad de la infraestructura física: elementos muy importantes a los que se debe dar atención inmediata, pues afectan la calidad de los servicios ofrecidos a las mujeres.

D. REPARACIÓN INTEGRAL POR VIOLACIONES A DERECHOS HUMANOS

La obligación de reparación integral surge de la responsabilidad del Estado mexicano ante las víctimas de violaciones a los derechos humanos reconocidos en la Constitución y en los tratados internacionales que está obligado a promover, respetar, proteger y garantizar.

Por su parte, la CoIDH ha establecido que el concepto de “reparación integral” implica “el restablecimiento de la situación anterior y la eliminación de los efectos que la violación produjo, así como una indemnización como compensación por los daños causados”.¹⁵ Dicho restablecimiento no se refiere a regresar a la persona a la situación exacta en la que se encontraba antes de la violación de derechos, sino más bien de ubicarla en un estado de no continuidad de esas vulneraciones; esto es, que pueda gozar de sus derechos de manera plena.

En ese sentido, la reparación debe ser entendida no sólo como una medida que se limite a restituir a las víctimas a la situación anterior a la violación de derechos humanos, sino que debe valorar las consecuencias que las violaciones generaron en las víctimas a partir del reconocimiento de la gravedad de los hechos que les dieron origen.

El objetivo principal de la reparación, entonces, es dejar sin efecto todas y cada una de sus consecuencias negativas de las violaciones. En virtud de que, en la mayoría de los casos, ello resulta prácticamente imposible, se hace necesario establecer una serie de medidas para reparar al menos las consecuencias de las violaciones a los derechos humanos.

A partir de la aceptación de la Recomendación de la CNDH, del acompañamiento de GIRE y de la firma del Convenio de indemnización por responsabilidad del Estado mexicano entre la Secretaría de Gobernación, las víctimas y el Gobierno de Chiapas, es que este último ha cumplido las siguientes medidas de reparación:

15. Corte IDH, *Caso González y otras (“Campo Algodonero”) vs. México. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 16 de noviembre de 2009. Serie C. No.205*, párrafo 450. Disponible en <<http://bit.ly/1kho5vc>> [consulta: 6 de junio de 2015].

MEDIDAS DE REPARACIÓN INTEGRAL EN EL CASO DE SUSANA

RECONOCIMIENTO COMO VÍCTIMAS

AMPLIACIÓN DE QUEJA PRESENTADA POR GIRE

Susana, Romeo, sus hijos y Manuel.

RECOMENDACIÓN CNDH

Susana, Romeo y sus hijos.

CUMPLIMIENTO

19 de noviembre de 2014

Susana, Romeo, sus hijos y Manuel.

OBLIGACIÓN DE INVESTIGAR LOS HECHOS E IDENTIFICAR, JUZGAR Y, EN SU CASO, SANCIONAR A LOS RESPONSABLES

AMPLIACIÓN DE QUEJA PRESENTADA POR GIRE

El personal médico que prestó atención negligente a Susana sea sancionado, con el objeto de que en un futuro no incurra en conductas semejantes.

RECOMENDACIÓN CNDH

Presentación y seguimiento de denuncia penal ante la Procuraduría General de Justicia del Estado de Chiapas.

Colaboración con la CNDH en el trámite de la queja administrativa para iniciar procedimiento disciplinario ante la Contraloría Interna de la Secretaría de Salud del estado de Chiapas.

CUMPLIMIENTO

A mayo de 2015

Proceso penal y administrativo en curso.

Proceso penal en integración de la averiguación previa.

SATISFACCIÓN

AMPLIACIÓN DE QUEJA PRESENTADA POR GIRE

El Estado lleve a cabo un pronunciamiento público, reconociendo su responsabilidad en la atención negligente brindada a Susana y su hija recién nacida.

RECOMENDACIÓN CNDH

Sin recomendación de la CNDH.

CUMPLIMIENTO

19 de noviembre de 2014

El secretario de salud, Carlos Eugenio Ruiz Hernández, a nombre del Gobierno de Chiapas, pidió una disculpa pública por su responsabilidad en las violaciones a los derechos humanos y la muerte de Susana.

REHABILITACIÓN

AMPLIACIÓN DE QUEJA PRESENTADA POR GIRE

El Estado brinde atención psicológica a las víctimas.

Se le brinde atención médica puntual y especializada a la hija de Susana, con el objeto de garantizar su desarrollo integral y bienestar físico y mental.

El Estado se comprometa a cubrir los gastos educativos de los hijos de Susana.

RECOMENDACIÓN CNDH

Sin recomendación de la CNDH.

CUMPLIMIENTO

4 de marzo de 2015

Firma del Convenio de responsabilidad del Estado por la violación a los derechos humanos de Susana, Romeo, Manuel y sus hijos.

GARANTÍAS DE NO REPETICIÓN

AMPLIACIÓN DE QUEJA PRESENTADA POR GIRE

El Estado adopte las garantías de no repetición necesarias de carácter legislativo, administrativo y judicial que respeten, protejan y garanticen los derechos a la vida, la salud y la integridad personal de las mujeres embarazadas en Chiapas, para que este tipo de hechos no vuelvan a suceder.

RECOMENDACIÓN CNDH

Se exhorte al personal médico del Hospital de la Mujer a entregar copia de la certificación y recertificación que los acredite para brindar un servicio médico adecuado y profesional.

Los servidores públicos que prestan sus servicios en las clínicas, hospitales y centros de salud dependientes de la Secretaría de Salud del estado de Chiapas adopten medidas que permitan garantizar que los expedientes clínicos se encuentren debidamente integrados y protegidos.

Se diseñen e impartan en las clínicas, hospitales y centros de salud dependientes de la Secretaría de Salud del estado de Chiapas, programas integrales de educación, formación y capacitación sobre los derechos humanos.

CUMPLIMIENTO

Cursos de sensibilización y capacitación.¹⁶

INDEMNIZACIONES

AMPLIACIÓN DE QUEJA PRESENTADA POR GIRE

Se repare de manera integral el daño causado por la pérdida de la vida de Susana y el riesgo en el que se puso la vida de su hija recién nacida, incluyendo el pago de una indemnización económica.

RECOMENDACIÓN CNDH

Se tomen las medidas necesarias para reparar el daño ocasionado a Romeo y a los hijos de Susana.

Seguimiento e inscripción de las víctimas ante el Registro Nacional de Víctimas.

CUMPLIMIENTO

4 de marzo de 2015

Firma del Convenio de responsabilidad del Estado por la violación a los derechos humanos de Susana.

Beneficiarios: Romeo, Manuel y los hijos de Susana.

7 de abril de 2015

Entrega de cheques y constancias de apertura de las cuentas de los niños.

16. Se desconoce el número, fecha e impacto de los cursos de sensibilización y capacitación llevados a cabo.

2. MUERTE MATERNA EN MÉXICO

A. CIFRAS GENERALES

Se calcula que en 2013 en el mundo hubo 289 mil muertes maternas, lo que representa una reducción de 45% con respecto a los niveles registrados en 1990.¹⁷ Si bien esta reducción es positiva, ha sido insuficiente para alcanzar la meta establecida por los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de reducir la RMM¹⁸ en 75% para 2015 con respecto a los niveles de 1990. De acuerdo con el Índice Anual de Maternidad de la organización internacional Save The Children, Noruega figura como el mejor país para ejercer la maternidad mientras que Somalia representa aquel donde las madres enfrentan las mayores dificultades. México figura como el número 53 en dicho índice, después de Cuba, Argentina, Chile y Costa Rica.¹⁹

En México, de acuerdo con análisis secundarios de datos oficiales, entre 1990 a 2013 ha fallecido un total de 29,822 mujeres por causas maternas. Para 2008, la RMM en el país fue de 57.2, en 2010 de 51.5, en 2012 de 42.3 y en 2013, último año con estadísticas oficiales validadas hasta mayo de 2015, de 38.2 muertes maternas por cada 100,000 nacimientos.²⁰ En números absolutos, en 2013, las muertes maternas ascendieron a 861, comparadas con 1,119 en 2008.²¹ **Para alcanzar la meta establecida en los ODM, sin embargo, la RMM en 2015 tendría que ser de 22. Este compromiso, contraído por México hace 15 años, estará lejos de cumplirse.** Además, la reducción de la muerte materna en el país no ha sido homogénea y algunas entidades federativas presentan mejores avances que otras. Como muestra el siguiente mapa, de 1990 a 2013 tan sólo una entidad federativa, Tlaxcala, ha logrado una disminución de 75% con respecto a su RMM de hace 15 años. Resultan particularmente preocupantes los casos de Aguascalientes, Coahuila, Tamaulipas, Campeche y Quintana Roo, donde la RMM de hecho se ha incrementado en este periodo de tiempo.

17. OMS, *Trends in Maternal Mortality: 1990-2013: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division*. Ginebra, 2014. Disponible en <<http://bit.ly/11c4Z8f>> [consulta: 5 de mayo de 2015].

18. Número de muertes maternas por cien mil nacidos vivos.

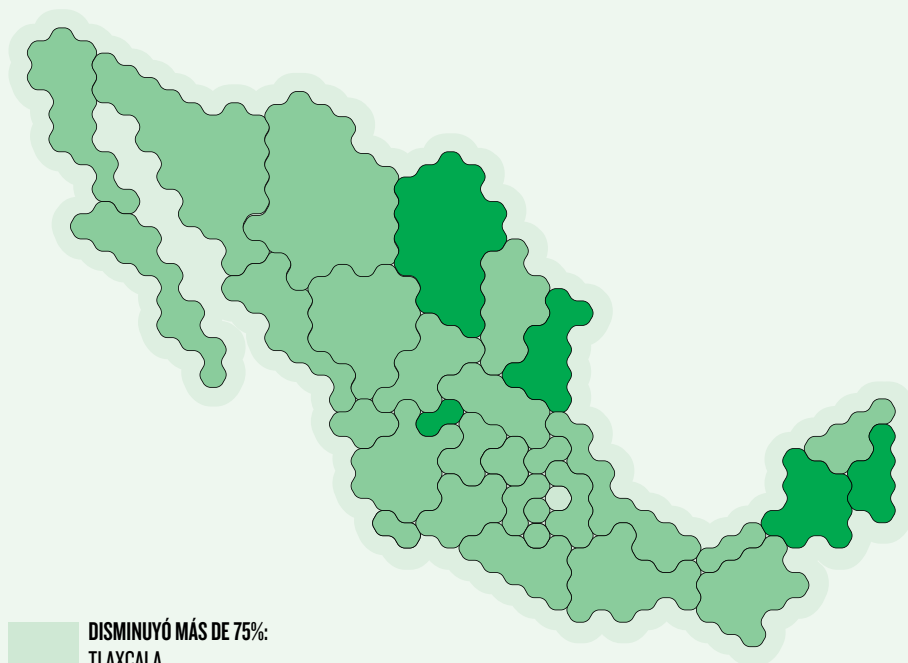
19. Save The Children, *The Urban Disadvantage. State of the World's Mothers 2015*, EUA, 2015. Disponible en <<http://bit.ly/1LrEVYw>> [consulta 29 de mayo de 2015].

20. Schiavon, Raffaella. "Mortalidad Materna: un Problema de Salud Pública y de Derechos Humanos" en *Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Avances y retos a 20 años de las Conferencias Mundiales de El Cairo y Beijing*, en prensa.

21. Freyermuth, Graciela y Marisol Luna, *Numeralia 2013*, op.cit.

CAMBIO EN RAZÓN DE MUERTE MATERNA

1990 - 2013



DISMINUYÓ MÁS DE 75%:
TLAXCALA

DISMINUYÓ DE 0 A MENOS DE 75%
BAJA CALIFORNIA, BAJA CALIFORNIA SUR, CHIHUAHUA, CHIAPAS, COLIMA,
DURANGO, DISTRITO FEDERAL, GUERRERO, GUANAJUATO, HIDALGO, JALISCO,
MÉXICO, MORELOS, MICHOACÁN, NAYARIT, NUEVO LEÓN, OAXACA, PUEBLA,
QUERÉTARO, SINALOA, SAN LUIS POTOSÍ, SONORA, TABASCO, VERACRUZ,
YUCATÁN, ZACATECAS

INCREMENTÓ LA RAZÓN DE MUERTE MATERNA:
AGUASCALIENTES, CAMPECHE, COAHUILA, TAMAULIPAS, QUINTANA ROO

Fuente: Observatorio de Mortalidad Materna en México.

El segundo mapa da cuenta de las enormes variaciones regionales con respecto a la RMM. Los datos de 2013 muestran un notable contraste entre las entidades federativas que reportan una RMM 14 a 30 —Aguascalientes, Coahuila, Colima, Jalisco, Nuevo León, Sinaloa, Tabasco y Tlaxcala— y aquellas que superan una RMM de 46: Campeche, Chiapas, Chihuahua, Guerrero, Oaxaca, Quintana Roo, Veracruz y Yucatán. El mapa evidencia claramente que la mayor RMM se concentra en el sur del país, donde también se concentra, en general, una mayor marginación socioeconómica.

RAZÓN DE MUERTE MATERNA POR ENTIDAD FEDERATIVA 2013



B. PERFIL DE LAS MUJERES QUE MUEREN

La discriminación múltiple que enfrentan las mujeres en México se ve reflejada en el efecto diferenciado que tiene la mortalidad materna en ciertos grupos: de las muertes maternas en el país en 2013, 12.7% correspondió a mujeres que no contaban con seguridad social ni protección en salud y 6.2% a mujeres sin escolaridad. Estos porcentajes, sin embargo, se incrementan en ciertas entidades federativas: en Colima, 33.3% de las muertes registradas fueron de mujeres sin escolaridad; y 33% de las muertes maternas en Tlaxcala correspondieron a mujeres sin afiliación ni cobertura en salud.²²

22. *Ibid.*



Hijos de Cecilia.

CECILIA (DURANGO)

A sus 31 años de edad, Cecilia tenía dos hijos y cursaba un embarazo de 37 semanas. Ella vivía en una comunidad de escasos recursos en Durango. En dos ocasiones acudió a la Unidad de Medicina Familiar N° 1 del IMSS de Durango, por presentar contracciones y sangrado. Las dos veces la mandaron a su casa, diciéndole que regresara cuando tuviera un sangrado mayor. El 13 de enero de 2014 acudió por tercera vez a la clínica. Mientras esperaba a que la atendieran se desmayó y hasta entonces fue ingresada al quirófano.

Cuarenta minutos después, le informaron a su familia que Cecilia había fallecido y que su bebé estaba muy grave. Nadie les explicó el motivo de la muerte. La familia de Cecilia tampoco recibió información clara, veraz y oportuna sobre las condiciones en las que nació la bebé ni sobre su estado de salud y pronóstico de vida. La recién nacida tuvo que enfrentar cuatro cirugías para corregir los múltiples errores médicos que le provocaron perforaciones en diversos órganos, tras las cuales falleció.

En la actualidad, GIRE y Julieta Hernández, abogada integrante de RADAR 4°, acompañan a la familia de Cecilia en la presentación de una ampliación de queja ante la CNDH para la reparación integral por los derechos humanos violados.

Asimismo, los datos actuales evidencian la problemática de la muerte materna entre las adolescentes. El gran crecimiento del fenómeno del embarazo adolescente en México, aunado al riesgo particular del embarazo a esta edad —de dos a cinco veces más alto que en mujeres adultas de acuerdo con la OMS— coloca a las niñas y adolescentes en una situación particularmente preocupante.²³ En México, entre 1990 y 2008, aproximadamente una de cada ocho defunciones maternas fue de adolescentes menores de 19 años.²⁴ **En 2013, 129 muertes maternas correspondieron a menores de 19 años, seis de éstas, a niñas de entre 10 y 14 años. Ese año, las niñas y adolescentes representaron 15% del total de muertes maternas.**²⁵ En efecto, la RMM se eleva en especial entre las niñas de 10 a 14 años, que es prácticamente del doble que las mujeres de 20 a 24 años de edad.²⁶

23. CIDH, *Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos* [OEA/Ser.L/V/II. Doc. 69, 7 de junio de 2010], Washington, 2010, párrafo 15. Disponible en <<http://bit.ly/WXZD31>> [consulta: 26 de mayo de 2015].

24. Schiavon, R., Erika Troncoso y Gerardo Polo, "Analysis of maternal and abortion-related mortality in Mexico over the last two decades, 1990-2008" en *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 188, suplemento 2, septiembre de 2012, p. S78-S86. Disponible en <<http://bit.ly/12lqx1m>> [consulta: 11 de abril de mayo de 2015].

25. Freyermuth, Graciela, Marisol Luna y José A. Muñoz, *Indicadores 2013*, op. cit.

26. Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología, *Informe semanal de vigilancia epidemiológica: defunciones maternas: semana epidemiológica 53 del 2014*. Disponible en <<http://bit.ly/1Hc9qit>> [consulta: 30 de marzo de 2015].



Foto: Vanessa García Blanca

ALICIA, ABUELA DE LUPITA.

LUPITA (DURANGO)

Lupita vivía en Durango, Durango. A los 17 años, cursaba su segundo embarazo. El 5 de junio de 2014 acudió al Hospital General de los Servicios de Salud de Durango en trabajo de parto. Unas horas después nació su hijo. Al día siguiente Lupita no se sentía muy bien y tenía fiebre, pero como no había suficientes camas para mantenerla en observación, fue dada de alta del hospital junto con su bebé. Cuatro días después fue a su centro de salud para revisión y el médico le dijo que presentaba un cuadro respiratorio. Le realizaron un ultrasonido para descartar que tuviera restos placentarios. De acuerdo con el personal de salud no había nada de qué preocuparse, así que la mandaron a su casa. Pero el estado de salud de Lupita no mejoraba.

Unos días después, Lupita ingresó nuevamente al Hospital General, en donde el personal de salud indicó que le realizarían estudios de laboratorio y verificarían que el problema no fuera su apéndice. Horas más tarde, informaron a sus familiares que la habían operado por una infección en el ovario izquierdo. En ese momento se les pidió firmar un documento de consentimiento, posterior a la cirugía. Lupita permaneció siete días en terapia intensiva. Su abuela, Alicia, cuenta que los médicos decían que la joven iba mejorando, pero “nosotras la veíamos cada vez más hinchada y con el cuerpo morado”. Lupita falleció la noche del 20 de junio de 2014. El personal de salud no proporcionó una explicación clara a sus familiares acerca de la causa de su muerte. Sin embargo, afirmaron en múltiples ocasiones que estaba relacionada con un supuesto consumo de drogas desde que ella tenía 15 años, información sin sustento que permite entrever un grave problema de discriminación y prejuicios hacia las adolescentes embarazadas en los sistemas de salud.

Ninguna de las dos instituciones de salud que evaluaron el estado de salud de Lupita logró relacionar sus síntomas con la infección puerperal que cursaba, a pesar de ser datos de alarma suficientes para llevar a cabo una valoración más exhaustiva u hospitalizarla para tenerla bajo observación y vigilancia, por tratarse de una emergencia obstétrica.

La falta de atención médica oportuna derivó en la muerte de Lupita, una adolescente que requería una protección especial por parte del sistema de salud. La muerte de Lupita fue una muerte materna prevenible. El personal de salud que la atendió violó, entre otros, sus derechos humanos a la vida, a la salud y al interés superior de la infancia.

Sus familiares decidieron denunciar los hechos en los medios de comunicación y presentar una queja ante la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Durango en agosto de 2014. El 9 de diciembre de 2014, GIRE y Julieta Hernández, abogada integrante de RADAR 4°, acompañaron a su familia en la presentación de una ampliación a dicha queja.

El 15 de abril de 2015 la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Durango emitió la Recomendación 07/15 sobre el caso. Sin embargo, el documento no reconoce las violaciones a los derechos humanos de Lupita descritas en la queja y ampliación presentada por sus familiares, ni las pruebas y opiniones médicas incluidas en estos documentos. En cambio, la Recomendación se limita a determinar que existió una vulneración del derecho a la seguridad jurídica de Lupita, por el incumplimiento de normas administrativas por parte del personal de salud. No se consideró vulnerado ningún otro derecho. Por ello, la familia de Lupita, con el acompañamiento de GIRE, presentó un recurso de impugnación ante la CNDH, con el fin de que se modifique la Recomendación emitida por la Comisión estatal.

La mortalidad materna también afecta de manera diferenciada a las mujeres indígenas —que en 2013 representaron 11.3% de las muertes maternas en el país— a pesar de que, de acuerdo con el último censo, representan un 6% de la población mexicana.²⁷ **Así, la estadística nacional da cuenta de una discriminación estructural en contra de las mujeres indígenas, quienes se ven afectadas de manera particular por las omisiones y deficiencias del sistema de salud.**

En algunas entidades, esta cifra aumenta de forma notable: en Chiapas, de donde era proveniente Susana, las mujeres indígenas representaron 41.9% del total de muertes maternas en 2013 en contraste con el porcentaje de personas indígenas en la entidad, de 27%. En Guerrero, esta cifra asciende a 31.8%, a pesar de que la población indígena del estado representa el 15% de la población total.²⁸ Si bien ambas entidades tienen un porcentaje de población de habla indígena mayor que el promedio del país, las cifras de muerte materna dan cuenta de la carga desproporcionada que enfrentan las mujeres indígenas en relación con la población no hablante de un idioma indígena. Además, el importante porcentaje de población indígena en estas entidades indica la necesidad de establecer políticas diferenciadas en la atención obstétrica que atiendan a las necesidades particulares de estas mujeres desde una perspectiva intercultural y de derechos humanos.

La discriminación que enfrentan las mujeres indígenas en los servicios públicos de salud, así como las condiciones de marginación en las que frecuentemente se encuentran, imposibilitan su acceso al derecho a la salud y derivan en muertes prevenibles, como en el caso de Susana y de Lidia.

LIDIA²⁹ (YUCATÁN)

Lidia, mujer maya de 41 años de edad, estaba casada y era madre de cinco hijos. Originaria de la comunidad de Chacsinkin, en Yucatán, cursaba un embarazo gemelar. Durante su embarazo, Lidia había enfrentado maltratos y humillaciones por parte de personal del hospital de Chacsinkin, le habían negado el acceso a anticonceptivos e incluso la habían amenazado con que si se quejaba podría afectar su acceso a servicios de salud y al programa Oportunidades.

Por eso, cuando en su quinto mes de embarazo presentó fuertes dolores, decidió trasladarse al Hospital Comunitario de Peto, a 20 minutos de Chacsinkin. Al llegar al hospital, el 25 de enero de 2014, el médico que la atendió le dijo que tenía tres centímetros de dilatación, que era necesario realizarle una cesárea y que perdería el embarazo. Lidia y su esposo aceptaron.

Al día siguiente, les dijeron que ya no era necesaria la cesárea. Un día después, la familia fue notificada de que sí se realizaría la cesárea debido a ciertas complicaciones.

Para ello, Lidia fue trasladada al Hospital Agustín O'Haran, en Mérida, donde falleció ese mismo día. Nunca se practicó la cesárea. Su esposo no recibió información oportuna respecto a su estado de salud y las causas de su muerte y la pérdida del embarazo. El personal médico entregó el cuerpo de Lidia el 28 de enero, y tardaron ocho días en entregar los restos de los productos, argumentando que no hay ley que los obligara a entregarlos.

Derivado de este caso, la CNDH emitió la Recomendación 24/2014, en la que se señalan las fallas en el servicio de salud y la existencia de violaciones a derechos humanos en contra de Lidia. GIRE, y Amelia Ojeda, abogada integrante de RADAR 4°, quienes llevan el caso desde el inicio, no recibieron notificación alguna de la emisión de dicho documento y la familia de Lidia fue notificada mediante una visita a la comunidad sin un intérprete que pudiera explicarles correctamente el contenido del mismo. Además, la Recomendación contiene medidas poco precisas para las autoridades de salud y está lejos de establecer una reparación integral para las víctimas.



Hospital Comunitario de Peto, Yucatán.

C. CAUSAS DE MUERTE MATERNA

De acuerdo con el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud federal, las causas de muerte materna han cambiado de manera importante en los últimos años con respecto a las décadas anteriores. Antes, las primeras causas correspondían a hemorragias, enfermedades hipertensivas del embarazo, la infección puerperal y el aborto. En el último periodo registrado se ha incrementado el porcentaje de muertes maternas por causas obstétricas indirectas, como la influenza en 2009, la neumonía, enfermedades crónico-degenerativas, el cáncer, la diabetes y otras enfermedades pre-existentes al embarazo.³⁰ Las mujeres embarazadas que padecen estas enfermedades deberían recibir información de los riesgos de muerte y de complicaciones severas asociadas con llevar a término un embarazo y, en su caso, poder optar por una interrupción legal del mismo.

El aborto, aún penalizado en la mayoría del país, sigue siendo una causa importante de muerte materna en México: entre 1990 y 2013, causó 2,186 muertes, de las cuales 279 fueron en adolescentes de 15 a 19 años y 11, en niñas de 10 a 14 años. Así, poco más de 7.3% —en promedio— de todas las muertes maternas a lo largo de las últimas dos décadas se relacionan con el aborto inseguro.³¹ En 2013 el aborto representó 8.9% del total nacional de muertes maternas, lo que corresponde a la cuarta causa de muerte materna en México, por grandes grupos de causas.³²

27. INEGI, *Censo de Población y Vivienda (2010): panorama sociodemográfico de México*, México, 2011. Disponible en <<http://bit.ly/1kYsgAz>> [consulta: 29 de marzo de 2015].

28. *Ibid.*

29. El nombre ha sido cambiado por respeto a la privacidad.

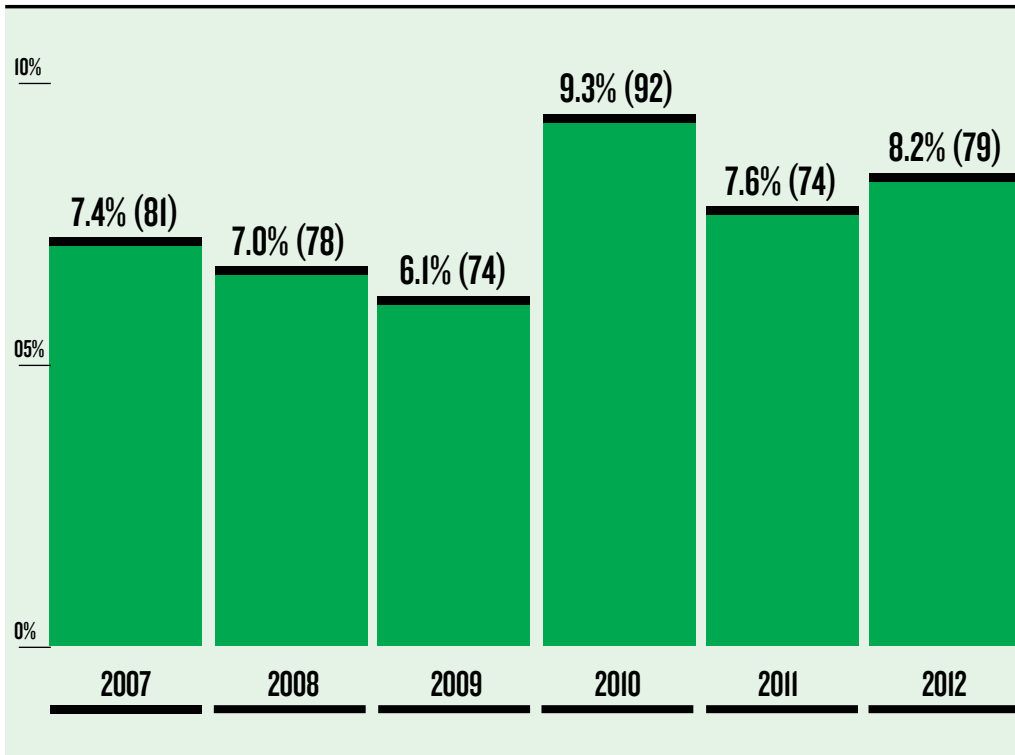
30. Las causas obstétricas indirectas resultan de una enfermedad existente antes del embarazo (problemas de diabetes, cardíacos, hepáticos) o de una enfermedad que evoluciona de manera negativa durante el embarazo y tiene consecuencias adversa. Véase OMS, *Mortalidad materna en 2005: estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial*, Ginebra, 2008. Disponible en <<http://bit.ly/1R070tG>> [consulta: 7 de mayo de 2015].

31. Schiavon, Raffaella. “Mortalidad Materna: un Problema de Salud Pública y de Derechos Humanos” en *Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Avances y retos a 20 años de las Conferencias Mundiales de El Cairo y Beijing*, en prensa.

32. Freyermuth, Graciela y Marisol Luna, *Numeralia 2013*, op. cit.

MORTALIDAD POR ABORTO

2007 - 2012



Fuente: Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud/Cubos Dinámicos.

3. MARCO NORMATIVO Y POLÍTICAS PÚBLICAS

A. LEY GENERAL DE SALUD

La Ley General de Salud (LGS) establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. En su capítulo V prevé como materia de salubridad general la atención materno-infantil y establece que ésta debe ser incluida en los servicios básicos de salud de forma prioritaria. Esta norma determina diversas acciones encaminadas a identificar y erradicar los factores de riesgo para la salud de las mujeres embarazadas y mejorar el acceso y la calidad de la atención del embarazo, parto y puerperio, mediante medidas como la capacitación de parteras en la atención obstétrica, la participación de la sociedad civil y el sector privado en redes de apoyo a la salud materna, y la creación de comités de prevención de la mortalidad materna e infantil.

INICIATIVAS DE REFORMA A LA LEY GENERAL DE SALUD

El 13 de agosto de 2014 las diputadas Martha Lucía Mi-cher (PRD), María de las Nieves García (PRI), Dora María Guadalupe Talamantes (NA) y Ruth Zavaleta Salgado (PVEM) presentaron una iniciativa ante la Cámara de Diputados que propone incluir el concepto de salud sexual y reproductiva como materia de salubridad general en la LGS. La iniciativa propone una definición de salud reproductiva como un “estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos”. En suma, plantea elevar a nivel de salubridad general la operación de los servicios de salud reproductiva, para garantizar la homogeneidad en el acceso a los mismos, bajo una perspectiva de derechos humanos.

Esta iniciativa fue turnada a la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados. Hasta mayo de 2015, sigue en proceso de estudio en la misma comisión.

Por su parte, el 7 de octubre de 2014 la senadora Diva Gastélum (PRI) presentó una iniciativa de reforma a la LGS para incluir la salud sexual y reproductiva como materia de salubridad general. En dicha iniciativa se define a la salud sexual y reproductiva como:

“un estado de bienestar físico, mental y social que trasciende la mera ausencia de dolencias o enfermedades en todo aspecto relacionado con la actividad sexual y con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos; ello a través del disfrute y goce del derecho a desarrollar una vida sexual plena y sin riesgos, así como de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia, para lo cual el Estado, a través de la Secretaría, dotará de información en la materia para que el ejercicio de ese derecho se dé libre pero, al mismo tiempo documentado, con la finalidad que las decisiones puedan ser tomadas de forma razonada y con base en principios científicos.”

También incluye como parte de los servicios de salud sexual y reproductiva:

1. El acceso a la salud y educación sexual y reproductiva para adolescentes.
2. La prevención y atención de la violencia de género.
3. El consentimiento informado en general y con atención particular en menores de edad.

La iniciativa fue turnada a las Comisiones Unidas de Salud y de Estudios Legislativos del Senado para su dictamen, el cual sigue pendiente a mayo de 2015.

La LGS en el artículo 62 establece que en los servicios de salud se promoverá la organización institucional de comités de prevención de la mortalidad materna e infantil, a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema de la muerte materna en México y adoptar las medidas conducentes. De conformidad con esta disposición, la *NOM-007-SSA2-2010, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido* (NOM 007) establece la obligación de toda unidad médica de segundo nivel que brinde atención obstétrica de integrar y operar un Comité de Estudios de Mortalidad Materna y un Grupo de Estudios de Mortalidad Perinatal. Los dictámenes de dichos comités y grupos deben incluir acciones de prevención y mejoras específicas hacia los factores y las causas que ocasionan la muerte materna y perinatal.

En 1995, la Secretaría de Salud federal creó el Comité Nacional para el Estudio de la Mortalidad Materna y Perinatal (CNEMMP) con el objetivo de mejorar los registros y estimaciones de los indicadores sobre mortalidad materna y perinatal en todos los hospitales públicos y privados del país, con la intención de establecer estrategias para la reducción de dicha mortalidad. En 2001 se publicó el acuerdo secretarial para crear el Comité Nacional del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida, que deja sin efectos el CNEMMP. En 2004 se publicó un acuerdo que intenta organizar y coordinar de mejor forma los comités de mortalidad materna.

Así, la estructura actual de los comités es la siguiente:

- Comité nacional del Programa de Arranque Parejo en la Vida
- Comité institucional (nivel central) en dependencias diferentes a la Secretaría de Salud, como el IMSS, el ISSSTE y otras
- Comité estatal o delegacional
- Comité jurisdiccional
- Comité local u hospitalario

Secretaría de Salud federal, Distrito Federal.



Foto: Grace Navarro

El Comité Nacional de Arranque Parejo en la Vida tiene como atribuciones proponer políticas, lineamientos, normas, procedimientos, estrategias y acciones para la operación del Programa; vigilar y evaluar el cumplimiento de las normas, procedimientos y lineamientos generales, así como el desarrollo y los resultados del Programa; proponer las medidas para mejorar la instrumentación del mismo; promover, vigilar y, en su caso, acreditar que las unidades de atención médica cuenten con la infraestructura, así como con los insumos necesarios para realizar las acciones del Programa, entre otras.³³ **De acuerdo con lo anterior, las atribuciones del Comité Nacional y de los comités locales son amplias y coadyuvan al monitoreo y rendición de cuentas de las instancias médicas. Sin embargo, cabe preguntarse qué tipo de seguimiento le dan los comités a las políticas, lineamientos y recomendaciones que proponen para mejorar los servicios de salud obstétrica y qué ocurre en casos donde se identifican responsabilidades específicas de servidores públicos.**

La implementación de los comités ha permitido disminuir el subregistro de muerte materna y su notificación tardía, precisar las causas y formular análisis clínicos y epidemiológicos. Sin duda, todo ello ha sido importante para identificar en cada institución las acciones que son necesarias para mejorar la calidad de la atención obstétrica básica y de emergencia. Sin embargo, no queda documentado qué tipo de acciones y lineamientos han sido propuestos por estos comités —sobre todo locales— y qué grado de implementación se ha logrado.

Además de este complejo esquema institucional, existe una estructura de la sociedad civil para monitorear la mortalidad materna, que está compuesta por el Comité Promotor por una Maternidad Segura en México, sus correspondientes comités locales en seis entidades federativas (Chiapas, Guerrero, Jalisco, Oaxaca, San Luis Potosí y Veracruz) y el OMM en México. Los comités están integrados por organizaciones de la sociedad civil, dependencias gubernamentales, instituciones académicas y agencias internacionales de cooperación preocupadas por la salud materna. **El Comité Nacional y los comités locales realizan trabajo de difusión, monitoreo e incidencia en políticas públicas relacionadas con la muerte materna, mientras que el OMM tiene como función monitorear los indicadores de avances o retrocesos en la salud obstétrica.**

Si bien estas medidas han resultado cruciales para seguir enfatizando la prioridad del combate a la muerte materna y para señalar sus principales causas, así como los perfiles de las mujeres que mueren, han sido insuficientes para lograr el compromiso firmado por México en los ODM de alcanzar una reducción de 75% en su RMM para 2015.

33. Secretaría de Salud, *Programa de Acción: "Arranque Parejo en la Vida"*, México, 2002. Disponible en <<http://bit.ly/1oJa3FU>> [consulta: 7 de mayo de 2015].

CONVENIO INTERINSTITUCIONAL PARA LA ATENCIÓN UNIVERSAL DE LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

La fragmentación del Sistema Nacional de Salud representa una barrera de acceso para los servicios de salud de emergencia obstétrica que necesitan las mujeres. Es decir, la existencia de diferentes sistemas de seguridad social y aseguramiento —IMSS, ISSSTE y Seguro Popular principalmente— representa un obstáculo para la reducción de la muerte materna. Con el objetivo de promover una mayor colaboración entre instituciones y reducir la muerte materna, en mayo de 2009 se estableció el Convenio Interinstitucional para la Atención Universal de las Emergencias Obstétricas.

Este Convenio, firmado por la Secretaría de Salud, el IMSS y el ISSSTE busca garantizar la atención a cualquier mujer que presente una emergencia obstétrica, sin importar su condición de derechohabiente. En 2011 se reactivó y, con apoyo de las tres instituciones, se creó el Sistema para el Registro de las Emergencias Obstétricas de uso obligatorio para la contraprestación de los servicios derivados del Convenio General.

A pesar de la existencia de programas como éste, las barreras persisten. Del total de muertes maternas en el país en 2012, 14.7% no tenía seguridad social ni protección en la salud.³⁴

El OMM ha evaluado el cumplimiento del Convenio y ha expresado con preocupación la presencia de problemas básicos en su implementación, como la falta de difusión y de conocimiento del acuerdo por parte tanto de usuarias como de personal de salud y los problemas de infraestructura persistentes en los centros de atención médica.

De acuerdo con el OMM, de agosto de 2011 a diciembre de 2012, menos de mil 600 mujeres fueron atendidas por alguna urgencia obstétrica a través del Convenio. Además, reportaron que la cooperación institucional entre IMSS, ISSSTE y Secretaría de Salud para la referencia y contrarreferencia de mujeres con emergencias obstétricas es limitada o nula.³⁵

El 28 de abril de 2015 fue dictaminada en positivo por las Comisiones Unidas de Seguridad Social y Estudios Legislativos de la Cámara de Senadores la iniciativa con proyecto de decreto presentada por la diputada Flor de María Pedraza (PAN), con el fin de incluir dicho Convenio en la Ley General de Salud, la Ley del Seguro Social y la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. La iniciativa busca establecer en dichas normas que las mujeres que presenten una urgencia obstétrica podrán acceder a una atención expedi-

34. Freyermuth, Graciela y Marisol Luna, *Numeralia* 2012, *op. cit.*

35. Ramírez-Rojas, María Guadalupe y María Graciela Freyermuth Enciso. “Monitoreo al Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica, 2011” en *Revista CONAMED*, vol. 17, suplemento 1, 2012, p. S16-S22. Disponible en <<http://bit.ly/1HM71Kd>> [consulta: 7 de mayo de 2015].

ta en cualquier institución de salud, independientemente de su derechohabiencia. Además, este servicio deberá ser otorgado de forma gratuita para las mujeres en condiciones de pobreza o de alta marginación. La iniciativa tiene como objetivo, al igual que el Convenio, que una mujer que presente una urgencia obstétrica tenga la posibilidad de acceder de forma oportuna a la atención médica que requiere, sin que su pertenencia a un sistema de seguridad social o su capacidad económica represente un obstáculo que ponga en riesgo su vida y su salud.

Así, pretende incluir el artículo 64 Bis a la Ley General de Salud para quedar como sigue:

Artículo 64 BIS I. Los servicios de salud a que hace referencia el artículo 34 de la presente Ley, prestarán atención expedita a las mujeres embarazadas que presenten una urgencia obstétrica, solicitada de manera directa o a través de la referencia de otra unidad médica, en las unidades con capacidad para la atención de urgencias obstétricas, independientemente de su derechohabiencia o afiliación a cualquier esquema de aseguramiento.

Además, busca adicionar una fracción V al artículo 89 de la Ley del Seguro Social:

Para el Instituto, será obligatoria la atención de las mujeres embarazadas que presenten una urgencia obstétrica, solicitada de manera directa o a través de la referencia de otra unidad médica, en términos de las disposiciones aplicables para tal efecto, en las unidades con capacidad para la atención de urgencias obstétricas, independientemente de su derechohabiencia o afiliación a cualquier esquema de aseguramiento.

En el mismo sentido, pretende adicionar un artículo 31 Bis a la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado:

Para el Instituto, será obligatoria la atención de las mujeres embarazadas que presenten una urgencia obstétrica, solicitada de manera directa o a través de la referencia de otra unidad médica, en las unidades con capacidad para la atención de urgencias obstétricas, independientemente de su derechohabiencia o afiliación a cualquier esquema de aseguramiento.

Al cierre de este informe queda pendiente una segunda lectura, discusión y votación de esta iniciativa en el Senado. En caso de ser aprobada en favor, pasará al Ejecutivo para su publicación.

MARTINA (BAJA CALIFORNIA)³⁶

Martina y su esposo son de origen mixteco, provienen de Guerrero, pero viven en San Quintín, Baja California. Cuando Martina supo que estaba embarazada acudió a la clínica del ISSSTE de San Quintín para realizar su control prenatal. El médico a cargo de estas consultas le dio una buena atención y faltando mes y medio para su fecha tentativa de parto le aseguró que llegado el día recibiría atención inmediata en esta clínica, sin inconveniente.

El 24 de septiembre de 2014 acudió con dolores de parto a la clínica de San Quintín. El médico que la atendió en ese momento —diferente al que había estado a cargo de sus consultas prenatales— le informó que no tenían permitido atender partos, por lo que tenía que ser trasladada a Ensenada. Martina sintió mucho temor de no llegar a tiempo, por lo que solicitó ser trasladada al Hospital IMSS 69, que es el más cercano. A pesar de la urgencia, se negaron a transferirla, pero ante la insistencia de Martina y su esposo, finalmente la llevaron hacia allá.

Al llegar al Hospital IMSS 69, la doctora en turno le informó que había tres pacientes más esperando a ser atendidos por lo que tendría que ser trasladada al hospital del ISSSTE de Ensenada. “Antes de que me sacaran en camilla del IMSS 69 le pregunté a la doctora en turno: ‘Disculpe, doctora ¿y qué debo hacer en caso de que en el camino quiera nacer mi bebé?’, a lo que ella contestó: ‘Respiras profundo, no pujes hasta llegar, porque si no va a nacer tu bebé’. Durante el trayecto a Ensenada los dolores de parto se intensificaron, y el enfermero se limitó a decirme que aguantara para evitar que naciera el bebé. Empecé a sudar muchísimo, y vi la línea regresiva de mi vida, y ya no sabía si llegaría al hospital viva con mi bebé o ya sería demasiado tarde. En un momento rompí la camisa del enfermero por apoyarme en ella por tanto dolor y aguante. Él mismo me hizo mención de que era la primera vez que se encontraba dando acompañamiento a una mujer en labor de parto, por lo que era preferible que siguiera aguantando para que mi bebé no naciera en la ambulancia”.

Después de un trayecto aproximado de una hora con 20 minutos, llegaron a la Clínica Hospital Ensenada del ISSSTE. Sin poder resistir más, con un solo pujido, nació su bebé. Los médicos del hospital le comentaron que debió haber sido atendida en San Quintín, porque el trayecto le pudo haber costado la vida.

Martina fue dada de alta del hospital al día siguiente, pero tenía anemia y no se sentía muy bien. A pesar de que solicitaron regresar a San Quintín en ambulancia, les indicaron que esto no era posible y tuvieron que regresarse en autobús. En el trayecto su bebé lloró mucho y al llegar no quería comer. Esa noche en la madrugada, Martina notó que su bebé tenía orina con sangre y la boca morada. Ella y su esposo acudieron rápidamente a la clínica de San Quintín donde un médico revisó superficialmente a su bebé con un estetoscopio y les dijo que no tenía ritmo cardíaco. No hizo ningún esfuerzo por reanimarlo. “Desesperada le rogué que mandara a mi bebé con un especialista, pero el doctor simplemente se limitó a decirme que ya no había nada que hacer, mientras le rogaba que me ayudara se empezó a poner morada la parte de la nariz del bebé y entonces le pedí un teléfono para hablar a un especialista y pasaron cinco minutos para que me pudiera indicar dónde había un teléfono”. Martina y su esposo acudieron a un hospital particular, donde realizaron maniobras de reanimación, pero no había ya nada que hacer.

Martina presentó una queja ante la CNDH y ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). GIRE funge como su representante legal y la acompaña en el seguimiento de estos procesos y en la presentación de una ampliación de queja ante la CNDH. Su caso es característico de los graves obstáculos que aún persisten en México para que las mujeres con urgencias obstétricas puedan acceder a atención médica de calidad, sin ser rechazadas por falta de personal o equipo médico, ni dilaciones para ser transferidas a hospitales cercanos, independientemente de su derechohabencia. El caso de Martina pudo haber sido uno de muerte materna.

36. Si bien el caso de Martina no es uno de muerte materna, muestra la falta de aplicación del Convenio Interinstitucional para la Atención Universal de las Emergencias Obstétricas, lo cual tuvo como consecuencia violaciones a sus derechos humanos y la muerte de su bebé.

Foto: Enrique Botello



MARTINA.

B. NOM 007

La NOM 007 establece el protocolo de atención médica para las mujeres durante todo el periodo del embarazo, el parto y el puerperio con el fin de garantizar una atención de calidad y reducir la mortalidad y morbilidad materno infantil. La NOM 007 describe los pasos a seguir para el cuidado prenatal y el protocolo de atención en casos de urgencias obstétricas que pongan en riesgo la vida de la mujer embarazada. Su principal propósito es homologar los procedimientos de atención a la mujer gestante y evitar prácticas que pongan en riesgo el desarrollo del embarazo o que no respondan a los más altos estándares de calidad.

El 1° de abril de 2014 se aprobó para su publicación en el Diario Oficial de la Federación el Proyecto de Modificación a la NOM 007. Dicho proyecto actualizó la norma de acuerdo con la más reciente evidencia científica y técnica, lo que implicaría mejorar e impulsar el fortalecimiento de los servicios de salud obstétrica. Con respecto a las acciones para la prevención de la muerte materna, se incluyeron varios elementos, como la necesidad de mejorar la atención prenatal para identificar factores de riesgo de forma oportuna, dar prioridad a la atención de las urgencias obstétricas y fomentar la nutrición en el embarazo.

Sin embargo, a más de un año de su aprobación por el comité correspondiente, la Norma actualizada no ha sido publicada y se encuentra detenida en la Secretaría de Salud federal. Este inexplicable atraso resulta particularmente grave, debido a la gran relevancia que tiene la NOM 007 respecto a la protección, promoción y garantía de los derechos humanos de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio; la omisión de su expedición es un atentado contra estos derechos.

C. PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO DE SALUD MATERNA Y PERINATAL

El Programa de Acción Específico de Salud Materna y Perinatal 2013-2018 plantea la política pública del Gobierno federal con respecto a la muerte materna y neonatal, dos de los ODM que México se comprometió a cumplir para 2015. De acuerdo con el Programa, la política pública en materia de atención materna y perinatal en México debe dirigirse a favorecer la prevención de la morbimortalidad materna desde la etapa preconcepcional y a lo largo de todo el embarazo, el parto y el puerperio, así como mejorar la atención de las urgencias obstétricas, favoreciendo el cero rechazo en las instituciones de salud.

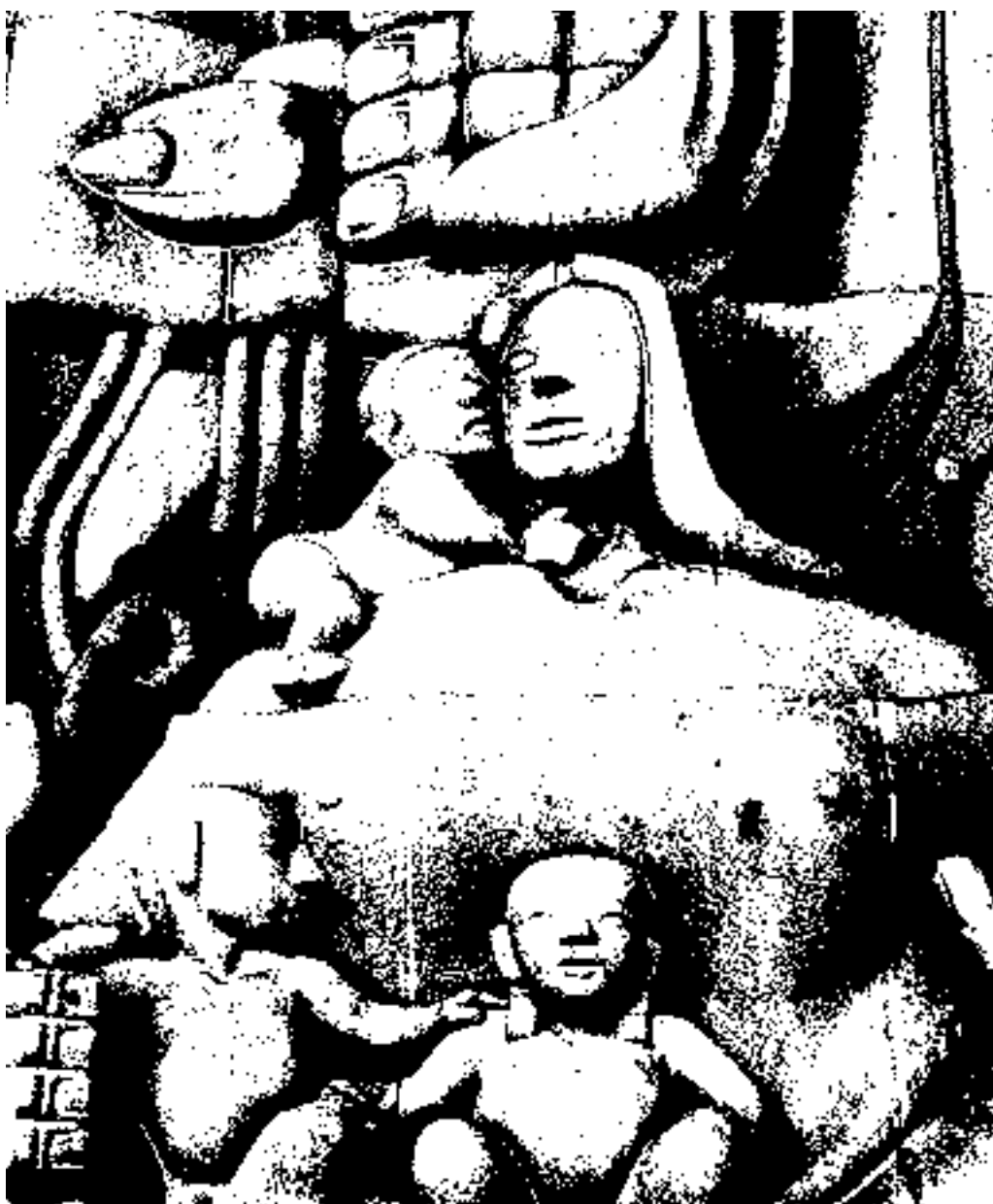
Si bien el Programa identifica algunos de los factores principales que inciden en los índices de muerte materna en el país como el aborto inseguro y la falta de insumos y equipamiento en los servicios de salud materna, es omiso al establecer acciones específicas enfocadas a resolver dichas problemáticas.

Por ejemplo, el Programa contiene un énfasis muy importante en la necesidad de proveer atención prenatal a las mujeres embarazadas, servicio que se ha considerado un componente esencial en la prevención de la muerte materna. Para ello utiliza como indicador de éxito el aumento en el número promedio de consultas prenatales otorgadas por las diferentes instituciones de salud con respecto al año anterior. Sin embargo, no identifica las barreras que existen para que las mujeres acudan a dichas revisiones, como los largos tiempos de espera y el maltrato por parte del personal de salud, ni los graves problemas de calidad en estos servicios, entre ellos, la preocupante ausencia durante las consultas prenatales de acciones necesarias para la identificación oportuna y efectiva de factores de riesgo.

Asimismo, aunque reconoce los preocupantes casos de muertes maternas de niñas y adolescentes embarazadas, por los riesgos a su salud y vida que representa un embarazo a temprana edad, no considera acciones preventivas puntuales, como garantizar la oferta de los servicios de aborto legal por riesgo a la salud o a la vida, o asegurar el acceso a métodos anticonceptivos sin discriminación.

A pesar de los cambios normativos y de política pública emprendidos en la materia, existen todavía prácticas del sistema de salud que ponen en riesgo la vida de las mujeres. Se trata de la ausencia de controles prenatales de calidad, el debilitamiento de la atención en el primer nivel a partos sin complicaciones —que se atienden en hospitales y generan una saturación importante—; el aumento de las cesáreas injustificadas; la falta de calidad en la atención y la falta de cumplimiento de normas, lineamientos y protocolos basados en evidencia. Todas éstas son deficiencias sistemáticas que impiden una disminución significativa y persistente de la mortalidad materna en México.

Foto: Grace Navarro



Instituto Mexicano del Seguro Social, Distrito Federal.

PARTERÍA EN MÉXICO

Se estima que para el año 2030 existirán 3.1 millones de embarazos en México. Para cumplir con sus obligaciones en materia de derechos humanos, el Estado mexicano deberá proveer atención en salud que esté disponible y sea aceptable, accesible y de calidad. En efecto, el cumplimiento de los odm firmados por México en 1990 no sólo incluye la reducción en 75% de la rmm, sino el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva.³⁷

La saturación del sistema de salud, en particular de los hospitales de segundo y tercer nivel que proporcionan atención obstétrica a las mujeres afecta de manera importante la calidad de la atención, dificulta la atención de emergencias obstétricas y, con ello, repercute en la muerte materna.³⁸

En respuesta, algunos países han comenzado a apostar por la redistribución de los partos sin complicaciones hacia el primer nivel de atención, garantizando la referencia de casos complicados cuando así lo ameriten, e incluyendo a profesionales de la salud de nivel medio —como enfermeras obstétricas— para la atención obstétrica desde las etapas preconcepcionales, pasando por el embarazo, el parto y el puerperio.

Por lo tanto, han comenzado a mirar la importancia de formar parteras profesionales así como enfermeras obstétricas entre el personal capacitado para la atención obstétrica. En efecto, de acuerdo con un reporte publicado en 2014 por el Fondo de Población de Naciones Unidas, la oms y la Confederación Internacional de Matronas, las parteras que cuentan con la educación y la reglamentación adecuadas conforme a las normas internacionales pueden proporcionar los servicios esenciales de atención requeridos por mujeres embarazadas y recién nacidos.³⁹

La LGS y su reglamento en materia de prestación de servicios de atención médica son los instrumentos jurídicos que regulan la prestación de los servicios de salud, tanto públicos como privados, en México. En este sentido, la legislación en materia de salud señala a las personas facultadas para brindar servicios de obstetricia y planificación familiar y para recetar medicamentos, así como sus obligaciones en la prestación de estos servicios. En su artículo 64, fracción IV establece la obligación de las autoridades sanitarias de capacitar a dichas personas con el objetivo de fortalecer su competencia técnica en la atención. Si bien el marco jurídico incluye una referencia a la partería tradicional, ésta es sólo para efectos de determinar la obligación del Estado de proveer cursos de capacitación, sin que ello implique un reconocimiento de la partería, como parte del sistema de salud, público o privado, en México.

37. *El estado de las parteras en el mundo 2014. Hacia el acceso universal en salud, un derecho de la mujer*. New York, UNFPA, International Confederation of Midwives, World Health Organization, junio 2014. Disponible en <<http://bit.ly/1KqUGy>> [consulta: 20 de abril de 2015].

38. Berdichevsky, K., *Diagnóstico situacional de la partería profesional y la enfermería obstétrica en México: Informe final*, México, Fundación MacArthur, 2013.

39. *El estado de las parteras en el mundo 2014, op. cit.*

Por su parte, la Constitución mexicana reconoce el derecho de las personas a elegir libremente la profesión o trabajo que deseen mientras sea lícita. Al respecto, señala que la legislación de cada entidad establecerá las profesiones que requieren de un título profesional para su ejercicio. Existen entidades del país, como el Distrito Federal y el estado de México cuyas legislaciones sobre el ejercicio profesional expresamente consideran a la partería como una profesión que requiere de título y cédula profesional. Otras, como Sonora, establecen que aquellas profesiones relacionadas con sectores de la salud requieren de título profesional para su ejercicio, sin especificar de manera particular lo relativo a la partería. Así, a pesar de que en algunas entidades la partería está reconocida como una profesión cuyo ejercicio requiere de un título profesional, esto no es una constante en todo el país y a nivel federal el Estado no ha emitido normativa alguna que la defina y establezca sus límites de actuación. Esto es crucial para garantizar seguridad jurídica tanto a las parteras como a las mujeres cuyos embarazos y partos atienden.

De acuerdo con información del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, en octubre de 2013 había 23 parteras técnicas contratadas en hospitales de Guerrero (9), Veracruz (5), San Luis Potosí (5), Puebla (3) y Tabasco (1).⁴⁰ Por otro lado, de acuerdo con el Fondo de Población para las Naciones Unidas en la actualidad existen en México 78 parteras profesionales oficialmente registradas.⁴¹ Aunque esto representa un comienzo importante, persisten grandes retos relacionados con la atención obstétrica y la partería, como la falta de claridad en el marco jurídico respecto a la acreditación y capacitación de parteras, la falta de reconocimiento del valor de la partería tradicional,—en especial en las comunidades donde existen importantes barreras para acceder a los servicios formales de salud—y la reticencia por parte del gremio médico para la inclusión de personal de nivel medio capacitado para la atención del embarazo, parto y puerperio.

A pesar de que el proyecto de revisión de la NOM 007 hace referencia a la importancia de la partería en la atención de las mujeres embarazadas y los recién nacidos, el Programa de Acción Específico de Salud Materna y Perinatal 2013-2018 no hace mención específica a la partería ni a la necesidad de incluir personal de nivel medio y capacitado en la atención obstétrica como estrategia para reducir la muerte materna en el país. Es decir, el Programa mantiene una visión limitada de la atención obstétrica y no promueve la inclusión de prestadores de servicios calificados alternos a los médicos, como las parteras profesionales o las enfermeras obstetras, que permita responder a la alta demanda y la falta de calidad de dichos servicios en el país. Esta omisión, en el marco de la enorme deuda del Estado mexicano para la reducción de la muerte materna, es una clara muestra de la urgente necesidad de un diálogo informado sobre el papel que puede cumplir la integración de personal de nivel medio en la atención obstétrica en México.

40. Listado de parteras técnicas profesionales contratadas por los servicios de salud estatales. Documento con información actualizada a octubre 2013 elaborado por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Véase Berdichevsky, K., *op. cit.*, p. 8.

41. *El estado de las parteras en el mundo 2014*, *op. cit.*

4. ACCESO A LA JUSTICIA

Entre las recomendaciones emitidas por la CIDH a los Estados miembros de la Organización de Estados Americanos (OEA) para el cumplimiento de sus obligaciones, se encuentra el acceso oportuno a recursos judiciales efectivos para las mujeres.⁴² El principal mecanismo para garantizar la debida investigación de violaciones a los derechos humanos y su sanción es asegurar que las víctimas y sus familiares tengan acceso a recursos efectivos y protección judicial. La atribución de responsabilidad por casos de muerte materna, además, sirve para identificar y erradicar las prácticas discriminatorias que perpetúan la mortalidad materna, reparar las violaciones a derechos humanos de las víctimas y promover garantías de no repetición.

En México se cuenta con una amplia gama de procedimientos que puede iniciarse cuando ocurre una muerte materna. Éstos pueden ser civiles, penales o administrativos, pero ninguno prevé el establecimiento de medidas de reparación integral por violaciones a derechos humanos. Por ello, GIRE ha impulsado la utilización de los mecanismos de queja ante las comisiones de derechos humanos, tanto locales como la nacional.

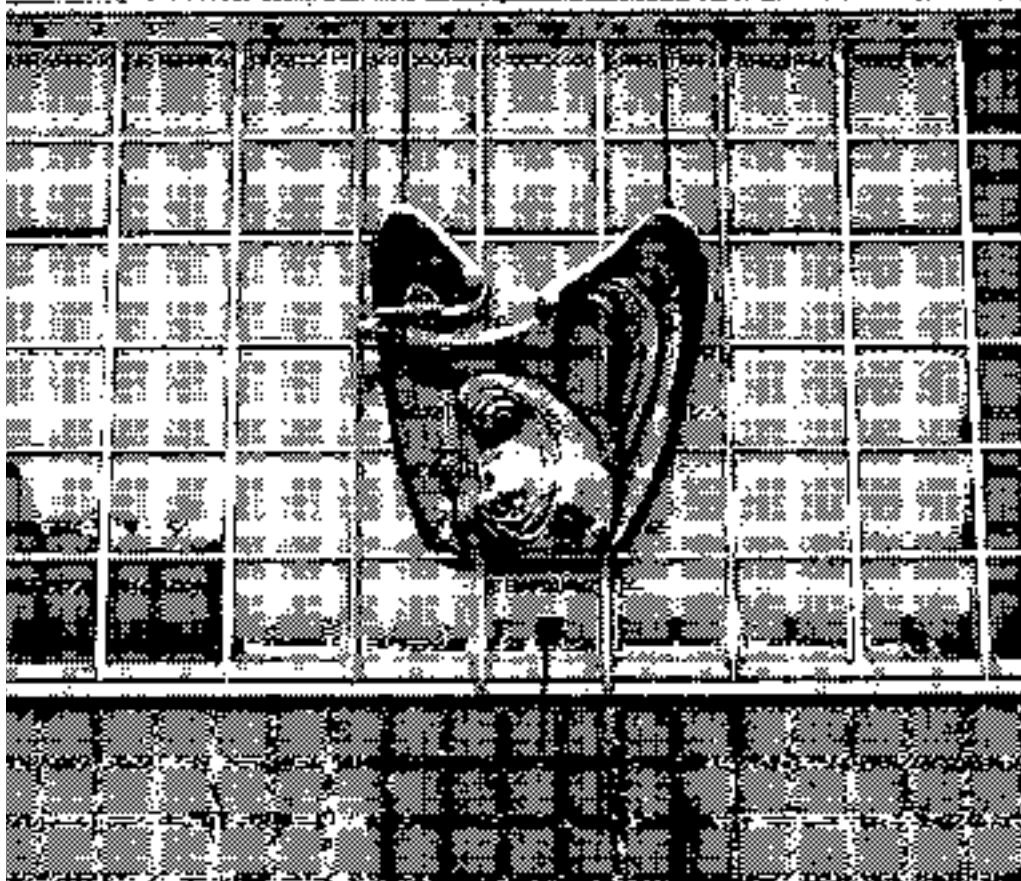
A. QUEJAS ADMINISTRATIVAS

Las quejas médicas pueden resolverse por dos vías: la administrativa, ante la institución de salud o ante tribunales administrativos; o la arbitral, a través de la comisión nacional y locales de arbitraje médico. Por lo tanto, el acceso a la justicia en casos de muerte materna puede llevar a la atribución de una responsabilidad administrativa a un prestador de servicios de salud, o bien, a la atribución de una responsabilidad del Estado por el incumplimiento de sus obligaciones en la prestación de los servicios de salud.

El recurso más inmediato que tienen los familiares ante un caso de muerte materna es el escrito de queja, por medio del cual las personas pueden reportar las deficiencias en la atención médica recibida en las instituciones públicas de salud. Para este procedimiento se debe presentar una queja ante una unidad de contraloría interna de la institución de salud, a partir de la cual se realizará una investigación correspondiente de los hechos. Una vez realizada la investigación se deben aplicar las sanciones correspondientes. Cada institución de salud determinará el procedimiento que se debe seguir para el procedimiento de queja. Lo anterior representa una barrera importante para el acceso a la justicia en casos de muerte materna, ya que **la ausencia de un procedimiento institucional homogéneo crea incertidumbre respecto del procedimiento que deben seguir los familiares ante un caso de muerte materna**. Además, el hecho de que la denuncia se presente en una oficina de la misma institución de salud sobre la que se presenta la queja puede crear conflicto de interés para establecer la responsabilidad del servidor público.

Por ejemplo, en el caso del IMSS, el artículo 296 de la Ley del Seguro Social prevé la posibilidad para los derechohabientes de presentar una queja administrativa cuya finalidad es conocer las insatisfacciones de los usuarios por actos u omisiones del personal con motivo de la prestación de los servicios médicos. Dicho procedimiento se encuentra regulado en el Instructivo para el Trámite y Resolución de las Quejas Administrativas ante el Instituto Mexicano del Seguro Social, que establece un plazo de 50 días

42. CIDH, *op. cit.*



Instituto Mexicano del Seguro Social, Distrito Federal.

hábiles —alrededor de dos meses y medio— para la resolución de la queja, la cual estará a cargo del propio IMSS. Esto implica que la misma institución que cometió las violaciones resolverá sobre el trámite y resultado de la misma, impidiendo que sea un mecanismo autónomo.


Por otra parte, los juicios por responsabilidad administrativa se pueden llevar a cabo sólo en casos que involucren prestadores de servicios de instituciones públicas de salud, y se regulan por medio de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos. De acuerdo con ésta, los servidores públicos deben cumplir las obligaciones que correspondan al servicio que les sea encomendado y abstenerse de realizar actos u omisiones que no permitan la prestación del mismo o provoquen que se preste de una manera deficiente. Asimismo, deben observar buena conducta y tratar con respeto a las personas con las que tengan relación en el desempeño de su servicio. En caso de incumplimiento de sus obligaciones, el servidor público puede ser sometido a un procedimiento administrativo y a las sanciones correspondientes, que pueden ser amonestación privada o pública; suspensión del empleo o cargo; destitución del puesto; sanción económica e inhabilitación temporal para desempeñar empleos, cargos o comisiones en el servicio público.

Por medio de solicitudes de acceso a la información pública GIRE requirió a las secretarías de salud locales y la federal el número de quejas administrativas registradas de agosto de 2012 a diciembre de 2013 por casos de muerte materna relacionados con negligencia en la atención del embarazo, parto y puerperio. De todas las entidades federativas, solamente seis reportan haber recibido este tipo de quejas, lo que muestra que existe un desconocimiento de estos procedimientos o barreras importantes para acceder a éstos.

QUEJAS ADMINISTRATIVAS EN CASOS DE MUERTE MATERNA

AGOSTO 2012-DICIEMBRE 2013

SEIS QUEJAS A SECRETARÍAS LOCALES
QUEJAS FEDERALES: UNA DE ACUERDO CON LAS INSTITUCIONES DE SALUD
TRES DE ACUERDO CON LA SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

 SIN QUEJAS	 CON QUEJAS	 INFORMACIÓN INEXISTENTE/ SIN RESPUESTA			
AGUASCALIENTES 0	BAJA CALIFORNIA 0	BAJA CALIFORNIA SUR 0	CAMPECHE 0	CHIAPAS 0	
CHIHUAHUA 1	COAHUILA 0	COLIMA 0	DISTRITO FEDERAL 0	DURANGO	
GUANAJUATO	GUERRERO 1	HIDALGO 0	JALISCO	MÉXICO 0	
MICHOACÁN 0	MORELOS 0	NAYARIT 0	NUEVO LEÓN 0	OAXACA 0	
PUEBLA 1	QUERÉTARO 0	QUINTANA ROO 0	SAN LUIS 1	SINALOA 2	
SONORA 0	TABASCO 0	TAMAULIPAS 0	TLAXCALA 0	VERACRUZ 0	
YUCATÁN	ZACATECAS 0	IMSS	SSA	ISSSTE 1	
SFP 2: ISSTE 1: IMSS					

Fuente: Elaboración de GIRE con base en datos obtenidos mediante solicitudes de acceso a la información pública.

Además, cabe destacar que la mayoría de estos procesos se resuelven sin responsabilidad por parte del servidor de salud, elemento que contribuye a la falta de acceso a la justicia para las víctimas de violaciones a derechos humanos en casos de muerte materna. Es importante resaltar también que la información proporcionada por la Secretaría de la Función Pública con respecto a quejas presentadas ante el IMSS, ISSSTE y Secretaría de Salud difiere de aquella presentada por estas instancias federales.

Además de las sanciones previstas para los prestadores de servicios públicos de salud, ya sea por medio de escritos de queja o de procesos de responsabilidad administrativa, existe la figura de la responsabilidad patrimonial del Estado. La Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado fija las bases y procedimientos para reconocer el derecho a la indemnización de quienes sufran daños en cualquiera de sus bienes y derechos, como consecuencia de la actividad administrativa irregular del Estado; es decir, la que cause daño a los bienes y derechos de las personas.

En caso de muerte materna, por lo tanto, los familiares de la mujer pueden exigir al Estado el pago de una indemnización por el daño. Sin embargo, la pura indemnización no representa una reparación integral de la violación a derechos humanos de las víctimas, además de que no incluye garantías de no repetición que modifiquen las condiciones normativas y estructurales que permitieron que la muerte materna sucediera. El procedimiento es utilizado de manera muy infrecuente, como se puede observar con las respuestas obtenidas por GIRE al realizar solicitudes de acceso a la información con respecto al número de procedimientos de indemnización por responsabilidad patrimonial presentados de agosto de 2012 a diciembre de 2013, para las que únicamente Chihuahua reportó tener un procedimiento de este tipo correspondiente a la muerte de una mujer de 21 años.⁴³

B. COMISIONES DE ARBITRAJE MÉDICO

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) fue creada en 1996 con el fin de ofrecer mecanismos alternos de solución de controversias entre usuarios y prestadores de servicios médicos. Es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud federal, con autonomía técnica para emitir acuerdos y laudos. Sus principales atribuciones consisten en brindar asesoría a los usuarios de servicios médicos, atender quejas por irregularidades en el servicio médico y negación de acceso al mismo, intervenir en conciliaciones entre prestadores de servicios y usuarios, fungir en el arbitraje entre ambos, y emitir opiniones técnicas sobre asuntos de carácter general que consideren de importancia, aunque no estén relacionados con una queja particular.

Su marco jurídico se encuentra establecido por el Reglamento de Procedimientos para la Atención de la Queja Médica y Gestión Pericial de la CONAMED, así como el decreto de creación y reglamento interno de la misma. Cada entidad federativa regula localmente lo relativo al funcionamiento interno de sus órganos de arbitraje médico, por lo que el procedimiento de los mismos no siempre es homogéneo. **No todas las entidades federativas tienen una comisión local de arbitraje médico, por lo que el acceso a un mecanismo de arbitraje en casos de muerte materna se limita, en última instancia, al lugar de residencia, así como a las reglas de operación de cada comisión.**⁴⁴

Como instancia de arbitraje, la CONAMED y las comisiones de arbitraje médico locales representan una posibilidad para las víctimas de negligencia médica a obtener una indemnización a través de un proceso más rápido y sencillo que un tribunal. Sin embargo, contiene también barreras importantes, en especial para casos de muerte materna, como el requisito de que se presente un albacea en casos de

43. Gobierno del estado de Chihuahua, Secretaría de Salud, Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex, folio 05882014.

44. Baja California Sur, Chihuahua, Distrito Federal, Durango, Quintana Roo y Zacatecas no tienen comisión local de arbitraje médico.

indemnización por muerte en lugar de simplemente un familiar. Además, al centrarse exclusivamente en el actuar individual del personal médico no permite establecer garantías de no repetición que eviten otras muertes maternas y concluye con una conciliación o laudo que limita sus efectos a las partes involucradas.

GIRE realizó solicitudes de acceso a la información a las comisiones locales de arbitraje médico, quienes reportaron diez casos de inconformidades por casos de muerte materna presentadas en el periodo de agosto 2012 a diciembre 2013. Sin embargo, no proporcionaron información acerca de si estos casos se resolvieron por conciliación o por laudo, los montos de las indemnizaciones ni el seguimiento de los mismos.

La CONAMED, por su parte, reportó inexistencia de información al ser cuestionada respecto a este mismo tema. Sin embargo, su último informe de actividades reporta que en 2013 recibieron un total de 17,249 inconformidades, de las cuales 2,033 calificaron como quejas y por lo tanto se les dio ingreso al proceso arbitral; 110 de estas quejas se relacionan con la atención de parto y puerperio inmediato y 100 fueron concluidas. Sin embargo, no se sabe cuántas de éstas se relacionan directamente con casos de muerte materna.⁴⁵

Respecto a los laudos emitidos, el informe indica que se emitieron cinco en 2013 relacionados con atención obstétrica, cuatro de ellos resueltos sin evidencia de mala práctica por parte del personal de salud.⁴⁶ A pesar de que dicha información resulta insuficiente para determinar el uso del procedimiento arbitral y sus resultados, es un primer indicador de la poca frecuencia con la que se accede a este mecanismo, así como de la tendencia por parte de la CONAMED de emitir fallos que favorecen al prestador de servicios de salud.

45. CONAMED, *Informe anual de actividades 2013*, México, 2013, p. 33. Disponible en <<http://bit.ly/1IqK29w>> [consulta: 30 de junio de 2015].

46. CONAMED, *op. cit.*, p. 40-50

INCONFORMIDADES POR CASOS DE MUERTE MATERNA COMISIONES DE ARBITRAJE MÉDICO

AGOSTO 2012-DICIEMBRE 2013

TOTAL: 10 INCONFORMIDADES

SIN INCONFORMIDADES
 CON INCONFORMIDADES
 INFORMACIÓN INEXISTENTE/SIN RESPUESTA
 NO CUENTAN CON COMISIÓN LOCAL DE ARBITRAJE MÉDICO

AGUASCALIENTES	BAJA CALIFORNIA	BAJA CALIFORNIA SUR	CAMPECHE 0	CHIAPAS 0
CHIHUAHUA	COAHUILA 0	COLIMA 0	DISTRITO FEDERAL	DURANGO
GUANAJUATO 3	GUERRERO 1	HIDALGO 0	JALISCO 1	MÉXICO
MICHOCÁN	MORELOS	NAYARIT	NUEVO LEÓN 0	OAXACA 1
PUEBLA 0	QUERÉTARO 0	QUINTANA ROO	SAN LUIS POTOSÍ	SINALOA 2
SONORA 0	TABASCO 1	TAMAULIPAS 0	TLAXCALA 0	VERACRUZ 1
YUCATÁN 0	ZACATECAS	COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO		

Fuente: Elaboración de GIRE con base en datos obtenidos mediante solicitudes de acceso a la información pública.

Como puede observarse, el procedimiento ante la CONAMED y ante las comisiones locales de arbitraje médico —cuando existen— no implica una vía idónea para lograr una reparación integral en los casos de muerte materna, debido a los efectos limitados del propio procedimiento y, en su caso, de la resolución, al establecer responsabilidad en lo individual, sin realizar un análisis de los obstáculos y/o fallas estructurales que provocaron muertes maternas prevenibles.

C. JUICIOS PENALES

La mayor parte de los casos de muerte materna se relacionan con fallas estructurales del sistema de salud y las precarias condiciones en las que los prestadores de servicio de salud suelen verse obligados a trabajar. **Por ello, en temas relacionados con el acceso a servicios de salud, la vía de solución jurídica no debería de ser la penal. Imponer sanciones penales al personal de salud que comete abusos o negligencias relacionadas con deficiencias estructurales del sistema de salud no resuelve las razones de fondo de estos problemas. En este sentido, no contribuye a resolver la grave problemática de la muerte materna en México.**

Sin embargo, en casos donde se configura un delito por parte del personal médico, como la esterilización forzada, el juicio penal es una vía de acceso a la justicia por parte de las víctimas y sus familiares. El artículo 228 del Código Penal Federal regula los delitos por responsabilidad profesional en la práctica médica al establecer que: “Los profesionistas [...] serán responsables de los delitos que cometan en

DELITOS COMETIDOS POR PERSONAL DE SALUD EN CASOS DE MUERTE MATERNA AGOSTO 2012-DICIEMBRE 2013

	AGUASCALIENTES	BAJA CALIFORNIA	BAJA CALIFORNIA SUR	CAMPECHE	CHIAPAS	CHIHUAHUA	COAHUILA	COLIMA	DISTRITO FEDERAL	DURANGO	GUANAJUATO	GUERRERO	HIDALGO	JALISCO	MÉXICO
DENUNCIAS	-	1	0	X	0	1	1	0	X	X	0	X	0	10	X
JUICIOS PENALES	0	0	0	X	0	0	X	X	X	0	X	0	0	X	X
SENTENCIAS	0	0	0	X	0	0	X	X	X	0	X	0	0	X	X

X INFORMACIÓN INEXISTENTE/SIN RESPUESTA

el ejercicio de su profesión”. Además de las sanciones penales correspondientes a los delitos que cometen, los profesionales y auxiliares de la salud pueden enfrentar la suspensión temporal o definitiva de su práctica, así como la responsabilidad de reparar el daño causado por sus actos.

GIRE realizó solicitudes de acceso a la información a las procuradurías de justicia locales sobre el número de denuncias por delitos cometidos por personal de salud en casos de muerte materna para el periodo de agosto de 2012 a diciembre de 2013. Las autoridades cuestionadas reportaron un total de 23 denuncias en este periodo: 1 en Baja California, 1 en Chihuahua, 1 en Coahuila, 10 en Jalisco, 2 en Oaxaca, 1 en Querétaro, 2 en Quintana Roo y 5 en Veracruz. Sin embargo, no se incluyó información alguna sobre el delito denunciado, ni las edades o el sexo de las víctimas. La Procuraduría General de la República, por su parte, respondió que no tenía competencia para responder esta pregunta.

Por otro lado, se cuestionó al Poder Judicial con respecto al número de juicios penales durante el mismo periodo por delitos cometidos por personal de salud en casos de muerte materna. La mayoría de las entidades federativas respondieron no registrar la información, lo que da cuenta de un problema grave de registro de información. Únicamente se reportaron dos casos en el estado de Oaxaca.

También se cuestionó a las autoridades de justicia de las entidades federativas con respecto a las sentencias emitidas por dichos delitos en el mismo periodo. En este caso se recibió por parte del Poder Judicial del Estado de Oaxaca una sentencia absolutoria a un médico acusado del delito de homicidio culposo en un caso de muerte materna, con fecha del 13 de diciembre de 2012. No se tiene información acerca de por qué el otro juicio penal reportado en la entidad no concluyó con una sentencia.

	0	0	0	X	●	X	●	●	X	X	X	X	X	0	●	X	0	23
	X	-	0	X	X	X	X	X	X	X	X	0	0	0	0	0	0	2
	X	-	0	X	●	X	X	X	X	X	0	0	0	0	0	0	0	1
MICHOACÁN																		
MORELOS																		
NAYARIT																		
NUEVO LEÓN																		
OAXACA																		
PUEBLA																		
QUERÉTARO																		
QUINTANA ROO																		
SAN LUIS POTOSÍ																		
SINALOA																		
SONORA																		
TABASCO																		
TAMAULIPAS																		
TLAXCALA																		
VERACRUZ																		
YUCATÁN																		
ZACATECAS																		
TOTAL																		

Fuente: Elaboración de GIRE con base en datos obtenidos mediante solicitudes de acceso a la información pública.

D. COMISIONES DE DERECHOS HUMANOS

La CNDH y las comisiones locales de derechos humanos son organismos autónomos de denuncia de violaciones a los derechos humanos cometidas por funcionarios públicos. Dado que las comisiones no son instancias judiciales, el resultado de sus investigaciones concluye con la emisión de recomendaciones que no son de cumplimiento obligatorio y dependen, en última instancia, de la voluntad política de la institución pública correspondiente para aceptar la recomendación. Sin embargo, la realización de una investigación diligente y la emisión de recomendaciones que establezcan claramente las obligaciones de las instituciones públicas pueden contribuir en la mejora de la actividad administrativa. En casos de muerte materna, las comisiones locales y nacional de derechos humanos pueden ofrecer una vía de acceso a la justicia que ofrezca recomendaciones con perspectiva de derechos humanos y contribuya a demandar e implementar garantías de no repetición.

El caso de Susana representa un primer paso muy importante —aunque insuficiente— en el seguimiento de la CNDH a un caso de muerte materna y la emisión de la recomendación correspondiente que incluye medidas de reparación por violaciones a los derechos humanos. Sin embargo, es urgente mejorar el sistema de acceso a la información para dar seguimiento a quejas remitidas por parte de las comisiones locales a la CNDH, la emisión de recomendaciones y los mecanismos de seguimiento a éstas, así como la notificación oportuna a las víctimas con respecto a estos procesos. Además, las recomendaciones emitidas por la CNDH en casos de muerte materna distan de representar una reparación integral a las víctimas de violaciones de derechos humanos. Los organismos locales y nacional de protección a los derechos humanos pueden cumplir un papel esencial en el acceso a la justicia de las víctimas en casos de muerte materna, así como de la reparación integral a estas violaciones.

Por medio de solicitudes de acceso a la información pública desde GIRE se cuestionó a las comisiones locales de derechos humanos, así como a la CNDH, acerca del número de quejas presentadas por casos de muerte materna en el periodo que comprende de agosto 2012 a diciembre 2013. De las respuestas obtenidas por parte de las autoridades se desprende que han existido un total de 14 quejas de este tipo ante comisiones locales y cinco ante la CNDH. De acuerdo con dichas autoridades, ninguna de estas quejas ha concluido con la emisión de una recomendación.

En este sentido, resulta esencial asegurar que la actuación de la CNDH en casos que terminen en conciliación no excusen de una investigación diligente y a profundidad sobre las causas de la muerte materna y sobre la presunta responsabilidad de las autoridades de salud. La conciliación entre las partes debe garantizar también la identificación de medidas que garanticen que estos casos no se repitan. La aceptación parcial de una autoridad o el otorgamiento de una compensación económica no debe ser suficiente para que la CNDH dé por concluida y cerrada una queja sin verificar los términos de la atención proporcionada ni asegurar la reparación integral de las violaciones a derechos humanos.

QUEJAS PRESENTADAS ANTE COMISIONES DE DERECHOS HUMANOS POR CASOS DE MUERTE MATERNA

AGOSTO 2012-DICIEMBRE 2013

19 QUEJAS REGISTRADAS

SIN
QUEJAS

CON
QUEJAS

INFORMACIÓN INEXISTENTE /
SIN RESPUESTA

AGUASCALIENTES	BAJA CALIFORNIA	BAJA CALIFORNIA SUR	CAMPECHE	CHIAPAS
	0	0	0	
CHIHUAHUA	COAHUILA	COLIMA	DISTRITO FEDERAL	DURANGO
1	0	0	0	
GUANAJUATO	GUERRERO	HIDALGO	JALISCO	MÉXICO
1	0	0		1
MICHOACÁN	MORELOS	NAYARIT	NUEVO LEÓN	OAXACA
3	0	0	0	2
PUEBLA	QUERÉTARO	QUINTANA ROO	SAN LUIS	SINALOA
1	0	0	0	0
SONORA	TABASCO	TAMAULIPAS	TLAXCALA	VERACRUZ
1	1		0	0
YUCATÁN	ZACATECAS	CNDH		
0	3	5		

Fuente: Elaboración de GIRE con base en datos obtenidos mediante solicitudes de acceso a la información pública.

En su informe de actividades de 2014, la CNDH estableció que las violaciones más frecuentes reportadas ante este organismo fueron las relacionadas con el derecho a la salud que tienen que ver con desatención médica, negligencia médica, abandono del paciente, aislamiento hospitalario, integración irregular de expedientes clínicos, deficientes trámites médicos, y diversas omisiones relacionadas con el suministro de medicamentos, servicios de hospitalización, información sobre el estado de salud e implementación de infraestructura necesaria para una adecuada prestación de los servicios de salud, entre otros.⁴⁷ El IMSS es la institución pública que más recomendaciones ha recibido por parte de la CNDH con respecto a violaciones al derecho a la salud, lo que da cuenta de un problema estructural que debe ser atendido de manera urgente.

E. CASOS REGISTRADOS Y LITIGADOS POR GIRE

A continuación se presentan los casos de las niñas y mujeres víctimas de muerte materna que GIRE ha acompañado durante el periodo de enero de 2013 a mayo de 2015.⁴⁸ GIRE tiene tres casos registrados y seis litigados o en litigio en este periodo.⁴⁹

REGISTRO⁵⁰

NOMBRE	EDAD	ENTIDAD	AÑO
Elia	23	Coahuila	2013
Blanca	35	Oaxaca	2014
Aurora	29	Chiapas	2015

47. CNDH, *Informes de actividades del 1 de enero al 31 de diciembre de 2014*, México, 2015. Disponible en <<http://bit.ly/1fjTRdL>> [consulta: 24 de abril de 2015].

48. Los nombres han sido cambiados por respeto a la privacidad de las mujeres.

49. Este número incluye los casos de Susana, Cecilia, Lupita y Lidia incluidos en este capítulo

50. En los casos clasificados como *registro* no existe una documentación completa debido a que no se logró contactar a los familiares de la mujer. GIRE los registró a partir de diversas fuentes como notas periodísticas, información proporcionada por autoridades o integrantes de organizaciones civiles en el país

LITIGIOS ABIERTOS⁵¹

NOMBRE	EDAD	ENTIDAD	AÑO
PILAR	29	OAXACA	2013
<p>Pilar, de 29 años, trabajaba como médica general en la Unidad Médica de Atoyaquillo, en Oaxaca. Estaba embarazada por segunda ocasión. Como sabían que en vacaciones no hay personal suficiente en el hospital de Juchitán, ella y su esposo acordaron programar una cesárea antes de Semana Santa, el 15 de marzo de 2013. A pesar de que la cesárea estaba programada para las 8 de la mañana, no fue sino hasta las 12 que su esposo fue informado de que la cirugía se había complicado y que ella había tenido un derrame cerebral. Entonces se enteró también de que Pilar había sido atendida por residentes y no por médicos titulares. A las dos de la tarde tuvo conocimiento de que el hospital había solicitado una ambulancia aérea para trasladar a Pilar a la ciudad de Oaxaca. El helicóptero llegó al hospital a las 5:45 de la tarde. Al llegar a Oaxaca, un médico anestesiólogo le informó a la familia de Pilar que tenía muerte cerebral. Permaneció internada en el Hospital General de la Zona número 1 del IMSS del 16 al 20 de marzo de 2013, fecha en la que falleció. GIRE acompaña a la familia de Pilar en la presentación de una queja ante la CNDH por las violaciones a derechos humanos de las que fue víctima y que derivaron en su muerte.</p>			
ANGÉLICA	24	DISTRITO FEDERAL	2014
<p>Angélica tenía 24 años y cursaba un embarazo de 26 semanas. El 12 de octubre del 2014 acudió al Hospital de Gineco-Obstetricia 3-A, en el Distrito Federal, por una tos que se había complicado. Ahí, la remitieron al Hospital de “La Raza”, en donde le negaron por horas la atención médica porque no contaban con el personal médico especializado que requería. Después de mucho tiempo de espera, los especialistas acudieron a revisar a Angélica. Le realizaron varias cirugías, pero falleció en el proceso. Su hijo murió minutos más tarde. GIRE acompaña a su familia en el seguimiento de una queja interpuesta ante el CONAMED y en la presentación de una queja ante la CNDH.</p>			

51. Los casos de *litigio* se refieren a aquellos en los que GIRE emprendió alguna acción jurídica para acompañar a los familiares de la mujer.

5. CONCLUSIONES

La muerte materna es un reflejo de las múltiples violaciones a derechos humanos que enfrentan las mujeres para acceder a servicios de atención obstétrica. A pesar de los avances llevados a cabo para prevenir la muerte materna, la razón de muerte materna en México sigue siendo mayor a la meta establecida en 1990 por los Objetivos de Desarrollo del Milenio de lograr una reducción del 75% para 2015. Así, las deficiencias del sistema de salud continúan contribuyendo a que niñas y mujeres mueran por causas obstétricas. Como en el caso de Susana, estas muertes reflejan de manera particular las múltiples discriminaciones que enfrentan las niñas y adolescentes, las mujeres que viven en situaciones económicas precarias y las mujeres indígenas en México.

El acceso a la justicia para las familias de las niñas y mujeres que mueren por causas prevenibles en el embarazo, parto y puerperio —en particular para sus hijos— es precario o nulo. Los diferentes mecanismos de queja existentes en el país carecen de una perspectiva de derechos humanos, no son accesibles y no permiten la reparación integral a las víctimas. La reparación lograda en el caso de Susana —que incluyó la emisión de la primera disculpa pública ofrecida por un caso de muerte materna, así como el establecimiento de un fideicomiso para sus hijos— marca un antecedente muy importante para el acceso a la justicia en casos de muerte materna y el establecimiento de garantías de no repetición para evitar que estas situaciones vuelvan a ocurrir.

6. RECOMENDACIONES

NORMATIVAS

AL CONGRESO DE LA UNIÓN: Reformar la Ley General de Salud para incluir el concepto de salud reproductiva como materia de salubridad general.

Aprobar la iniciativa para incluir el Convenio Interinstitucional para la Atención Universal de Emergencias Obstétricas en la Ley General de Salud, la Ley del Seguro Social y la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

A LA SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL: Publicar la *NOM-007-SSA2-2010, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido.*

DE IMPLEMENTACIÓN DE LA NORMATIVA

A LA SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL, AL IMSS, AL ISSSTE Y A LAS SECRETARÍAS DE SALUD LOCALES: Proveer acceso universal a las mujeres con urgencias obstétricas a todas las instituciones del Sistema de Salud, favoreciendo la referencia y contra referencia de pacientes entre sistemas, independientemente de su derechohabiencia y de su capacidad económica.

Identificar y resolver los obstáculos que enfrentan las mujeres para acudir a las consultas prenatales, entre ellos la falta de intérpretes para mujeres cuyo idioma no es el español; así como garantizar una mejora en la calidad y efectividad de las mismas.

A LA SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL Y A LAS SECRETARÍAS DE SALUD LOCALES: Vincular y consolidar la atención de los servicios de primer nivel con acciones preventivas y de atención, aprovechando la infraestructura disponible, asegurando la referencia oportuna y una red funcional de atención con los servicios de segundo y tercer nivel para la resolución de urgencias obstétricas.

Fortalecer las acciones de formación y acreditación de profesionales de salud no médicos, como parte-ras y enfermeras obstétricas, para incorporarlas de manera progresiva a los servicios de salud materna.

ACCESO A LA JUSTICIA

A LA CNDH, A LAS COMISIONES LOCALES DE DERECHOS HUMANOS Y A LOS TRIBUNALES DE JUSTICIA:

Garantizar el acceso a la justicia para víctimas de muerte materna, garantizando una reparación integral y velando por la implementación de garantías de no repetición.

A LA CNDH Y LAS COMISIONES LOCALES DE DERECHOS HUMANOS, EN PARTICULAR LA COMISIÓN DE

DERECHOS HUMANOS DEL ESTADO DE DURANGO: Emitir recomendaciones en casos de muerte materna de acuerdo con los estándares más altos de derechos humanos y que tomen en cuenta las peticiones de las víctimas, dando seguimiento al cumplimiento de dichas recomendaciones y garantizando el interés superior de la infancia en los casos en los que así se requiera.

AL GOBIERNO DEL ESTADO DE CHIAPAS: Implementar las recomendaciones de la CNDH en el caso de Susana, relacionadas con las garantías de no repetición.

AL GOBIERNO DEL ESTADO DE YUCATÁN: Dar cumplimiento a la Recomendación 24/2014 emitida por la CNDH en el caso de Lidia.

A LA CNDH: Dar seguimiento al cumplimiento de las recomendaciones del caso de Susana en Chiapas y de Lidia en Yucatán.

A LA SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL, AL IMSS, AL ISSSTE Y A LAS SECRETARÍAS DE SALUD LOCALES:

Fortalecer los sistemas de quejas y de contraloría interna en los hospitales que atienden partos, para favorecer el acceso a la justicia en casos de muerte materna.

A LA CONAMED Y A LAS COMISIONES LOCALES DE ARBITRAJE MÉDICO:

Fortalecer los mecanismos de queja en casos de muerte materna, eliminando obstáculos y facilitando el acceso a resoluciones de acuerdo con los estándares de derechos humanos.



5

REPRODUCCIÓN ASISTIDA



CECILIA Y SERGIO.

I. ACCESO A TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

1.1 Cecilia

(Distrito Federal)

Cecilia y Sergio contrajeron matrimonio en 2007 y comenzaron a buscar un embarazo. Tenían 34 y 36 años de edad, respectivamente. Ese mismo año, Cecilia tuvo un embarazo que no prosperó, por lo que comenzó a tomar tratamientos hormonales, recetados por su médico de la clínica del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) a la que acudía. Pasó los siguientes años en diferentes tratamientos hasta que en 2011 le diagnosticaron *microadenoma hipofisiario* —un tipo de tumor que puede interferir con la producción de hormonas necesarias para la reproducción— y fue diagnosticada con infertilidad primaria. Para la fecha del diagnóstico, Cecilia había cumplido 37 años. A pesar de que contaba con un estudio de un especialista en genética del sector público que indicaba que su edad no implicaba una contraindicación para iniciar un tratamiento de reproducción asistida, el Hospital General Darío Fernández, dependiente del ISSSTE, la clasificó como “no candidata a reproducción por edad”. Esto impidió que fuera referida al Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, el único hospital del ISSSTE que otorga servicios de reproducción asistida.

El 27 de agosto de 2013 Cecilia presentó una queja ante el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED), contra el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, y contra el ISSSTE por el componente discriminatorio de los requisitos de ingreso al Programa de Reproducción Humana Asistida. Esto hizo que el 20 de Noviembre respondiera que accedía a brindar el servicio a la pareja, con lo cual CONAPRED dio por concluido el asunto.

Cecilia se presentó en el 20 de Noviembre a solicitar el procedimiento, pero éste le fue negado. Contó su caso a Fundar,¹ quien a su vez buscó a GIRE para que de manera conjunta interpusieran un recurso ante CONAPRED para que se reabriera la queja. Ocho meses más tarde, el 20 de Noviembre accedió a brindar el tratamiento, con la condición de que Cecilia firmara los requisitos de ingreso al Programa —que la establecían como no candidata por su edad— y un formato de consentimiento informado redactado en términos ambiguos. De nuevo, la oferta realizada por el 20 de Noviembre dejaba a Cecilia en una situación de inseguridad jurídica. El proceso ante el CONAPRED sigue pendiente.

1. Fundar Centro de Análisis e Investigación es una organización de la sociedad civil dedicada a la incidencia en políticas públicas e instituciones a través de la construcción y socialización de conocimiento especializado, de la reflexión crítica y propositiva, así como de la experimentación y vinculación con actores civiles, sociales y gubernamentales. Véase <www.fundar.org.mx>.



Hospital Darío Fernández, Distrito Federal.

De manera simultánea a la queja ante el CONAPRED, la pareja envió un escrito al 20 de Noviembre donde manifestaban que los requisitos para entrar a su Programa de Reproducción Humana Asistida eran discriminatorios y solicitaban que les explicaran los pasos que contempla dicho programa. En respuesta, el 20 de Noviembre accedió a una valoración integral de la pareja, pero con la condición de que no se abriría un expediente, lo cual es ilegal y violatorio de derechos humanos. Cecilia y su esposo no acudieron a dicha valoración, pues sabían que se seguirían aplicando los criterios de ingreso que impedían su acceso al programa por ser ella mayor de 36 años al momento de la solicitud. Además, la falta de un expediente médico dejaba a la pareja en una situación de total inseguridad jurídica, sin la claridad de los estándares y responsabilidades con que se les atendería.

Con el acompañamiento de GIRE y de Fundar, Cecilia interpuso un juicio de amparo indirecto en contra de las autoridades del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, la Secretaría de Salud, el ISSSTE, el Congreso de la Unión y el Presidente de la República por las violaciones a sus derechos humanos ocasionadas por la negativa de acceso al Programa de Reproducción Humana Asistida del referido hospital; la inconstitucionalidad de los criterios de ingreso a dicho programa y la inexistente regulación en materia de reproducción asistida en México. Las diferentes autoridades justificaron su actuación argumentando que los requisitos de ingreso estaban basados en criterios científicos y que la normativa en materia de reproducción asistida en el país, aunque vaga, resultaba “suficiente”.

REQUISITOS DE INGRESO AL PROGRAMA DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA²

- a. Edades de los pacientes:
Femenina, de 36 años de edad.
Masculino, de 55 años de edad.
- b. Parejas constituidas legalmente que deberán presentar la siguiente documentación:
Copia fotostática de identificación oficial de ambos.
Acta de matrimonio o concubinato.
- c. Pacientes que tengan ningún o un hijo.
- d. Parejas sin anomalías genéticas heredables a sus hijos.
- e. Pacientes que presenten alguna enfermedad concomitante se realizará una consulta preconcepcional para evaluar el riesgo potencial de embarazo.

En respuesta al amparo, el Juez Décimo de Distrito en Materia Administrativa del Primer Circuito dictó una sentencia en la que estableció que el oficio emitido por las autoridades de salud no negaba expresamente el servicio de reproducción asistida a Cecilia, lo que hace suponer que la resolución se emitió sin haber revisado el contenido de los informes justificados, donde la negativa a brindar el servicio es clara y explícita. En segundo lugar, se resolvió que el reclamo con respecto a los criterios de ingreso al Programa era extemporáneo. Esto, porque el Juez confundió la fecha de negación de referencia por parte del Hospital Darío Fernández con la de la negación del servicio por parte del 20 de Noviembre. Por último, la resolución concluyó que los actos reclamados en contra del ISSSTE, el Congreso de la Unión y el Presidente de la República no eran ciertos, ya que “al rendir dichas autoridades sus informes justificados así lo expresaron”. Es decir, resolvió que era suficiente la afirmación de las autoridades de que existía una regulación suficiente y una implementación de la misma sobre reproducción asistida en el país para desechar ese aspecto de la demanda. Frente a esta decisión, se interpuso un recurso de revisión que al momento de concluir el presente informe se encuentra pendiente de resolución. Mientras tanto, el tiempo pasa y las posibilidades de Cecilia y Sergio de lograr un embarazo exitoso mediante reproducción asistida disminuyen.

El caso de Cecilia no es único. El acceso a los procedimientos para lograr un embarazo mediante la manipulación tanto de ovocitos como de espermatozoides o embriones humanos,³ conocidos como técnicas de reproducción asistida (TRA), resulta esencial para las personas o parejas que por alguna razón no pueden lograr un embarazo sin ayuda de estas técnicas y desean tener hijos con quienes estén relacionados genéticamente. Sin embargo, la ausencia o fallas en la regulación de estas técnicas permiten que existan abusos y violaciones a derechos humanos relacionados con su práctica o falta de acceso. A pesar de esto, la reproducción asistida sigue siendo un tema poco analizado desde un enfoque de derechos humanos.

2. Sin embargo, la información proporcionada por el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre con respecto a los criterios de ingreso al programa no es homogénea. Por medio de una solicitud de acceso a la información al ISSSTE se obtuvo información acerca de los criterios de ingreso que no coincide de manera exacta con la proporcionada por parte de la Subdirectora Médica del Hospital General Darío Fernández.

3. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) y OMS, *Glosario de terminología en Técnicas de Reproducción Asistida (TRA)*, Santiago, Red Latinoamericana de Reproducción Asistida, 2010, p. 7. Disponible en <<http://bit.ly/XXTRPZ>> [consulta: 6 de febrero de 2013].

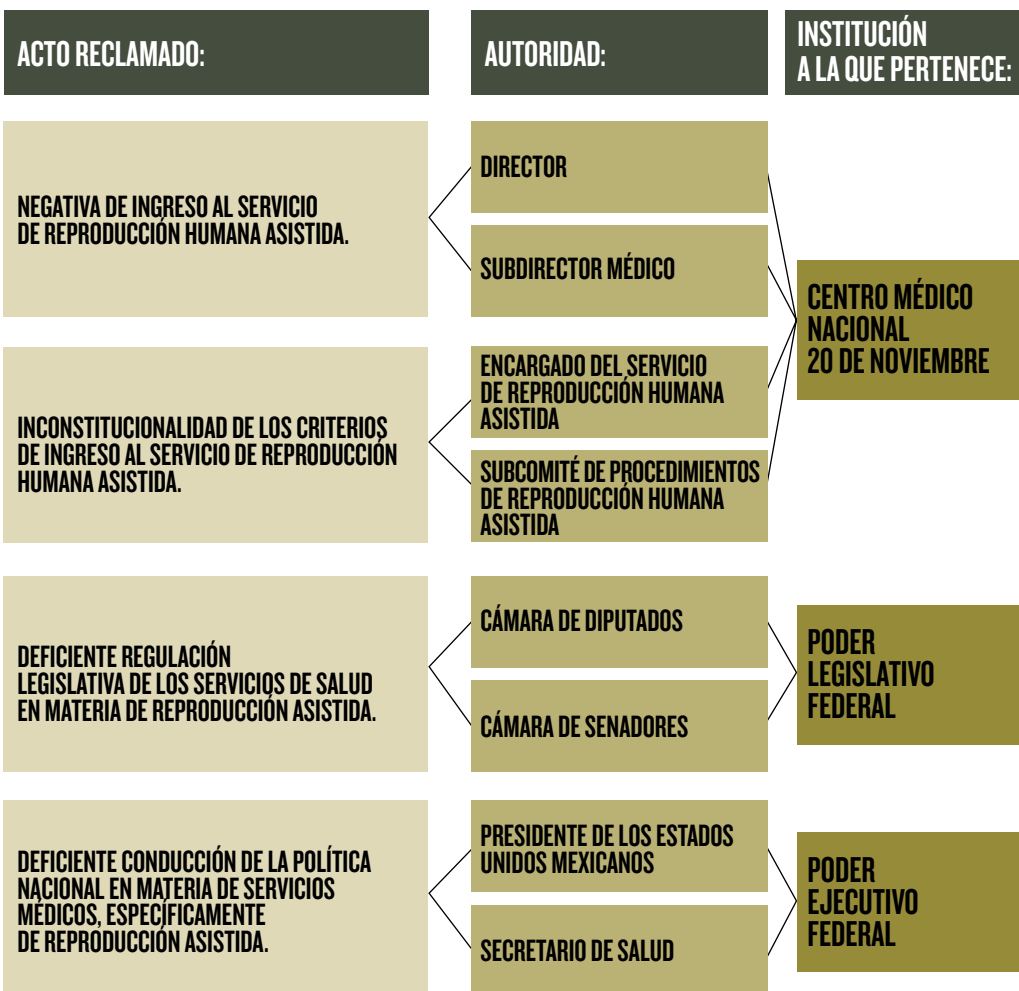
DEFENSA EN EL CASO DE CECILIA

A. AMPARO

El acceso a las TRA implica el ejercicio de una serie de derechos humanos, como a la vida privada (autonomía reproductiva), a fundar una familia y a beneficiarse de los avances científicos. La garantía de estos derechos incluye el acceso, la regulación e implementación de políticas públicas para ofrecer las TRA a quienes, por diversas razones, no puedan lograr o mantener un embarazo, como en el caso de Cecilia. La negativa de acceso al Programa de Reproducción Humana Asistida es una violación a sus derechos humanos. Además, sus derechos humanos se vulneran no sólo por la negativa del Hospital, sino por la misma existencia de criterios discriminatorios de acceso al programa, así como por la ausencia de una regulación efectiva en materia de reproducción asistida en el país.

Por ello, Cecilia decidió promover un juicio de amparo indirecto en contra de las autoridades responsables de negarle el acceso al programa, así como por la inconstitucionalidad de los criterios de ingreso al mismo y por la ausencia de normas que permitan vigilar y garantizar el acceso efectivo y acorde con los derechos humanos a las técnicas de reproducción asistida en México.

ACTOS RECLAMADOS A AUTORIDADES EN EL CASO DE CECILIA



B. DERECHOS VIOLADOS

DERECHO A LA NO DISCRIMINACIÓN

El derecho a la no discriminación se encuentra consagrado en el artículo 1º de la Constitución mexicana, así como en el artículo 2 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el artículo 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y en el artículo 1.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José). En todos esos instrumentos se establece la obligación del Estado de garantizar los derechos humanos contenidos en dichos tratados sin discriminación alguna, incluyendo por razones de sexo, edad, estado de salud, estado civil, o cualquier otra condición que vulnere la dignidad humana.

Los riesgos a la salud asociados con las TRA suponen la necesidad de establecer ciertos criterios de acceso a los programas de reproducción asistida. Sin embargo, esos lineamientos deben ser compatibles con los derechos humanos y los avances de la ciencia médica y no utilizarse como excusas para discriminar a las personas que buscan acceder a dichas técnicas. Los criterios de ingreso al Programa de Reproducción Humana Asistida emitidos por el 20 de Noviembre vulneran el principio de igualdad y no discriminación al basarse en diversas categorías prohibidas por el artículo 1º de la Constitución como la edad, el sexo, el género, el estado civil y el estado de salud. En el caso de Cecilia, la negativa de acceso al programa se basó en que su edad rebasaba la establecida por los requisitos de acceso, de 36 años para las mujeres, sin que se valorara su estado particular de salud.

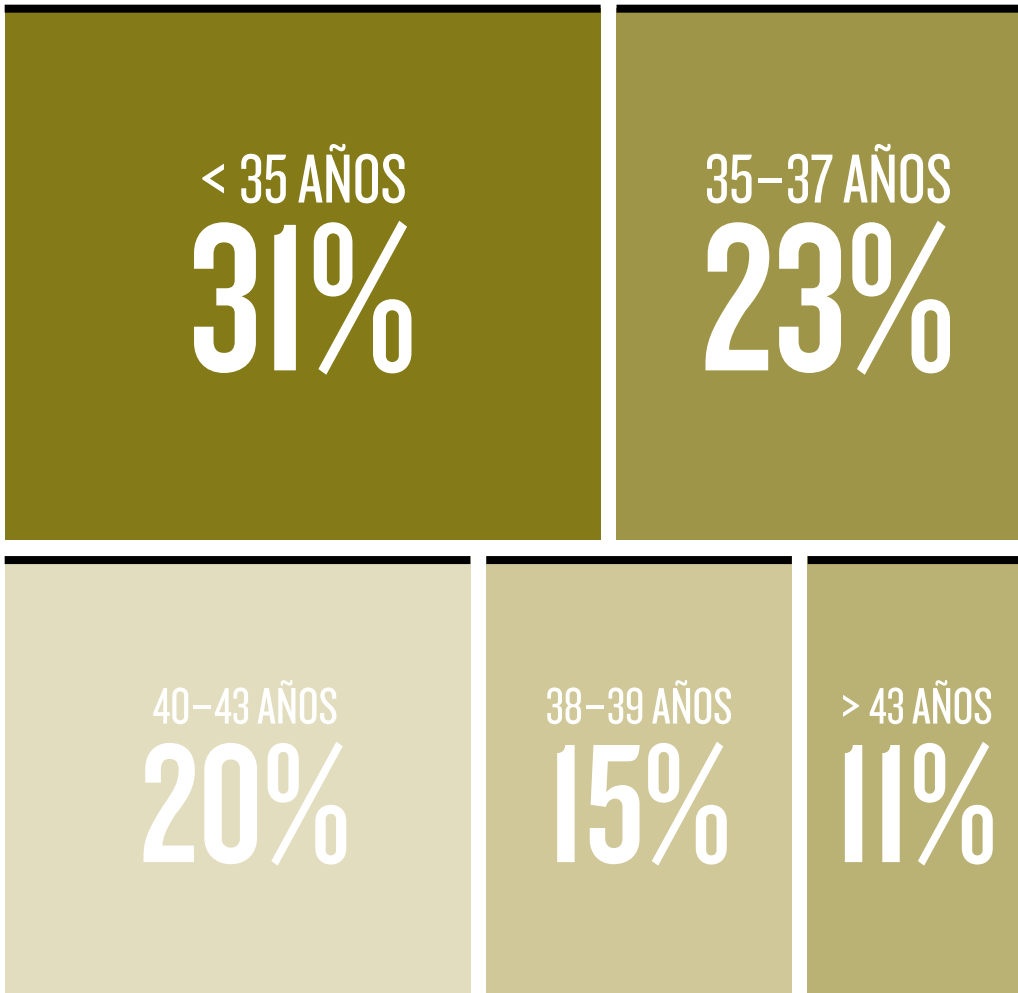
De acuerdo con la respuesta emitida por el 20 de Noviembre al juicio de amparo, “Las técnicas de reproducción asistida se realizarán solamente cuando haya posibilidades razonables de éxito y no supongan riesgo grave para la salud, física o psíquica, de la mujer o la posible descendencia”. Las autoridades argumentaron que la restricción de edad se basa en criterios científicos de protección a la salud y en la disminución significativa de las posibilidades de lograr un embarazo exitoso por medio de TRA después de cierta edad.

El Director General del ISSSTE, al rendir su informe justificado, sostuvo que: “por la materia del asunto se necesitan cumplir ciertos requisitos conforme a la técnica y praxis médica y a la doctrina, y no se puede vincular la negativa de este Instituto con un somero señalamiento de discriminación, pues por el tema a valorar es claro que se necesitan ciertos requisitos y criterios que no son capricho de estas autoridades, sino de la praxis médica”. Sin embargo, el criterio médico invocado por este instituto se sustenta en bibliografía del año 2011, sin que se haga mención alguna de estudios y criterios actuales que sostengan su vigencia, ignorando además que existen pruebas que permiten evaluar la calidad ovocitaria en cada caso específico para determinar la conveniencia de incluir a una mujer particular en un tratamiento de reproducción asistida.⁴

La exclusión automática de cierto grupo de personas —en este caso, las mujeres mayores de 36 años— de los programas de reproducción asistida resulta discriminatoria, ya que se realiza sin una evaluación previa que permita determinar si el criterio de edad es justificable en cada caso. Es decir, en lugar de establecer una exclusión *a priori* de cierta población, se deberían de realizar estudios que

4. Véase, por ejemplo, Bellver J., et. al., “Influence of paternal age on assisted reproduction outcome” en *Reproductive Biomed Online*, vol. 17, núm. 5, 2008, pp. 595-604. Disponible en <<http://bit.ly/1Ci9DQJ>> [consulta: 28 de abril de 2015].

MUJERES QUE UTILIZARON TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA EN AMÉRICA LATINA, 2012



Fuente: Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida, 2012.

permitan establecer de manera clara la idoneidad de llevar a cabo el tratamiento y las posibilidades de lograr un embarazo mediante TRA. Vale la pena resaltar que en América Latina esta exclusión no es un criterio generalizado: de acuerdo con el Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida, 69% de las mujeres que accedieron a alguna TRA en 2012 eran mayores de 35 años.⁵

La exclusión automática de todas las mujeres mayores de 36 años del programa ofrecido por el 20 de Noviembre, como en el caso de Cecilia, no toma en cuenta sus condiciones biológicas y anatómicas particulares, que podrían ser idóneas para lograr un embarazo con ayuda de TRA.

5. Zegers-Hochschild, Fernando, et. al., "Assisted Reproductive Technologies (ART) in Latin America: The Latin American Registry", en *JBRA Assisted Reproduction*, vol. 18, núm. 4, 2014, p. 127-135. Disponible en <<http://bit.ly/1G599IS>> [consulta: 20 de marzo de 2015].

En el caso de Cecilia la edad es el único requisito que se está esgrimiendo para impedir que sea candidata a ingresar al Programa de Reproducción Humana Asistida. No obstante, otros de los criterios establecidos por el 20 de Noviembre merecen ser evaluados desde una perspectiva de derechos humanos, pues discriminan a las personas en razón de su estado civil, situación familiar y estado de salud.

En primer lugar, los criterios de ingreso establecen que las parejas solicitantes no deben tener enfermedades concomitantes o heredables, pero no especifican el tipo de enfermedad, las condiciones particulares, ni admiten la posibilidad de analizar casos concretos, por lo que se deja a las personas usuarias en una situación de inseguridad jurídica. La no especificidad de las anomalías heredables a las que se refieren los requisitos resulta preocupante, ya que podría prestarse a decisiones arbitrarias y discriminatorias por parte de quienes revisan las solicitudes de acceso al programa como —y únicamente por citar a un ejemplo— excluir a parejas que tengan problemas oftalmológicos como miopía o astigmatismo, que están vinculados de manera estrecha a la herencia genética.

En segundo lugar, se establece como requisito que las personas que soliciten el ingreso al programa sean parejas unidas en matrimonio o concubinato. Esto resulta discriminatorio para las personas solas o para las parejas no establecidas legalmente. El Estado no debe establecer normas que excluyan a nadie en razón de su estado civil ni tiene la potestad jurídica de determinar un cierto modelo de familia. En ese sentido y, en respuesta a una solicitud de acceso a la información realizada por GIRE al ISSSTE, la Coordinación de Ginecología y Obstetricia del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre especificó de manera explícita que “la infertilidad es un problema de pareja por lo que cuando son aceptadas para el servicio se refiere a ambos (masculino, femenino)”. Agregó, además que “para la infertilidad es indispensable que exista una pareja legalmente establecida ya sea matrimonio o concubinato para protección de los futuros bebés”,⁶ razón insostenible, ya que el interés superior de la infancia no supone discriminar a los hijos nacidos fuera de un matrimonio o concubinato. Lejos de proteger derechos, esto implica el menoscabo de los derechos humanos de las personas no casadas ni unidas legalmente.

Otro requisito establecido por el 20 de Noviembre es que las personas usuarias de estos servicios tengan un o ningún hijo previo. Este criterio no tiene sustento científico alguno y representa una clara violación al derecho a la vida privada (autonomía reproductiva), consagrado en el artículo 4º de la Constitución, según el cual las personas tienen derecho a decidir el número y espaciamiento de sus hijos. Es decir, no corresponde al Estado mexicano determinar si el acceso a las TRA debe permitirse a quienes no han tenido hijos o a quienes han tenido una cantidad específica de hijos.

Cabe resaltar también que a los criterios de ingreso discriminatorios al Programa de Reproducción Humana Asistida, se suman las barreras administrativas que impiden tener acceso a los servicios del mismo. Éstas consisten, principalmente, en un acuerdo mediante el cual ningún hospital puede enviar al 20 de Noviembre usuarios que no cumplan con los requisitos que éste ha señalado como necesarios para ingresar al programa. Al no ser referidas, las personas no pueden reclamar la negación del servicio como pacientes de la institución.

El ISSSTE, el Congreso de la Unión y el Presidente de la República pretendieron argumentar en sus informes justificados en respuesta al juicio de amparo que el artículo 4º constitucional y los preceptos de la Ley General de Salud (LGS) relativos a los servicios de planificación familiar constituyen una regulación efectiva con respecto a las TRA. Sin embargo, resulta claro que estas disposiciones están lejos de constituir una legislación integral sobre la materia. De acuerdo con el informe justificado del

6. Gobierno Federal, ISSSTE, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 0063700062514.

Senado, la legislación nacional establece que “el Estado garantiza la reproducción humana”. El mismo texto defiende que esto por sí solo implica una regulación adecuada de los servicios de salud en materia de reproducción asistida, a pesar de que admite que dicha regulación “se establece de forma general”. Sin embargo, **el hecho de que la normativa actual sea alarmantemente genérica omite por completo los aspectos más relevantes de la reproducción asistida, dejando a quienes buscan acceder a las TRA en un estado de vulnerabilidad y dando pie a abusos y violaciones a derechos humanos.**

Los artículos de la LGS citados por las autoridades establecen la obligación del Estado de garantizar servicios de planificación familiar, pero no mencionan siquiera a las TRA como parte de estos servicios, no establecen autoridades competentes para regularlas o el tipo de procedimientos ni criterios médicos a utilizarse. La ausencia de una norma técnica en México que establezca criterios precisos, acordes con los derechos humanos y al ‘estado del arte’ en la ciencia respecto a estas técnicas vulnera los derechos de las personas que participan de estos procesos. Dicha omisión debería ser cubierta por una Norma Oficial Mexicana emitida por la Secretaría de Salud federal que regule estos aspectos en consulta previa con personas especialistas en la materia.

DERECHO A FUNDAR UNA FAMILIA

La emisión de requisitos discriminatorios para acceder a las TRA, como los establecidos por el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, vulnera el derecho a fundar una familia, protegido por el artículo 23 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el artículo 10 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el artículo 17 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

Además del contenido de dichos instrumentos internacionales, en su sentencia de 2012 en relación con la prohibición de la fertilización in vitro (FIV) en el Estado de Costa Rica, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CoIDH) retomó el argumento de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) con respecto a que “la vida en común y la posibilidad de procrear es parte del derecho a fundar una familia”.⁷ En el mismo sentido, el Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas en su Observación General 19 ha señalado que la posibilidad de procrear es parte del derecho a fundar una familia.⁸ La negativa del 20 de Noviembre a brindar servicios de reproducción asistida a Cecilia y a su esposo representa una limitación del derecho a fundar una familia, en virtud de que el acceso a las TRA constituye un medio para materializar una decisión protegida por la Convención Americana y otros instrumentos de derechos humanos. Las barreras para acceder a estas técnicas constituyen una interferencia injustificada por parte del Estado en la vida privada, como señala la sentencia del caso *Artavia Murillo vs. Costa Rica*.

7. Corte IDH, *Caso Artavia Murillo y otros (Fecundación In Vitro) vs. Costa Rica. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 28 noviembre de 2012 Serie C No. 257*. Disponible en <<http://bit.ly/VUYz0A>> [consulta: 17 de marzo de 2015].

8. Naciones Unidas, Comité de Derechos Humanos, *Observación General N° 19, La familia (artículo 23) [HRI/GEN/1/Rev.7 at 171]*, 39° periodo de sesiones (1990). Disponible en <<http://bit.ly/1MbIEXv>> [consulta: 17 de marzo de 2015].

LA PROHIBICIÓN DE LA FIV: CASO ARTAVIA MURILLO VS. COSTA RICA⁹

En el año 2012, la CoIDH emitió la sentencia del caso *Artavia Murillo vs. Costa Rica*, su primer fallo respecto a las técnicas de reproducción asistida. El caso involucró al Estado de Costa Rica, cuya Corte Suprema declaró la inconstitucionalidad de la FIV en el año 2000, argumentando que atentaba contra “la vida y la dignidad del ser humano”. El caso fue llevado al Sistema Interamericano por parte de nueve parejas infértiles que, a causa de la prohibición, no habían podido acceder a un tratamiento. La Corte estableció que la prohibición de la FIV constituyó una injerencia arbitraria en los derechos a la vida privada y familiar, a formar una familia y a la igualdad de las personas con problemas de infertilidad en Costa Rica, en tanto el Estado les impidió el acceso a un tratamiento que les hubiera permitido superar su situación de desventaja respecto de la posibilidad de tener hijas o hijos biológicos. Además, señaló que esta prohibición ha tenido un impacto desproporcionado en la vida de las mujeres, ya que constituye una fuente de sufrimiento físico y psicológico por el rol reproductivo que socialmente les ha sido impuesto. Por último, la Corte Interamericana determinó que Costa Rica había violado los derechos de los peticionarios y que debía adoptar las medidas necesarias para dejar sin efecto la prohibición de la FIV en el país, además de establecer una reparación a las víctimas. Este caso representa un avance crucial en el reconocimiento y la protección de los derechos reproductivos en América debido a que fue la primera vez que la Corte Interamericana reconoció a los derechos reproductivos como derechos humanos. Además, determinó que la protección a la vida establecida en la Convención Americana no implica una protección absoluta del embrión —que no puede ser entendido como persona— y que ésta debe ser gradual e incremental de acuerdo con su desarrollo.

9. Corte IDH, *Caso Artavia Murillo y otros*, *op. cit.*

I.2 HOSPITALES QUE PRACTICAN TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

La ausencia de un marco normativo que regule y vigile el acceso a las TRA en México limita la calidad de la información acerca de la manera en la que se llevan a cabo estos procedimientos. Sin embargo, por medio de solicitudes de acceso a la información GIRE cuestionó a la Secretaría de Salud federal, al IMSS, al ISSSTE y al Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas (ISSFAM) acerca de la provisión de TRA en sus hospitales y clínicas, el número de personas a las que se brindó tratamiento de agosto de 2012 a diciembre de 2013 y los requisitos de acceso a sus programas de reproducción asistida.

De las instituciones públicas cuestionadas respondieron el Hospital de la Mujer, el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, el Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes”, la Clínica de Especialidades de la Mujer y el Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini Sáenz”. Los requisitos de acceso a cada uno de los programas varían, pero en general todos contienen elementos discriminatorios que resultan preocupantes desde una perspectiva de derechos humanos.¹⁰

Centro Médico Nacional Hospital 20 de Noviembre, Distrito Federal.



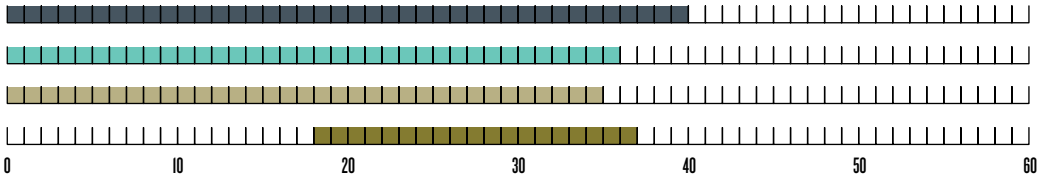
Foto: Grace Navarro

10. El Hospital de la Mujer indicó que provee servicios de reproducción asistida, pero no proporcionó información acerca de los requisitos de acceso a los mismos.

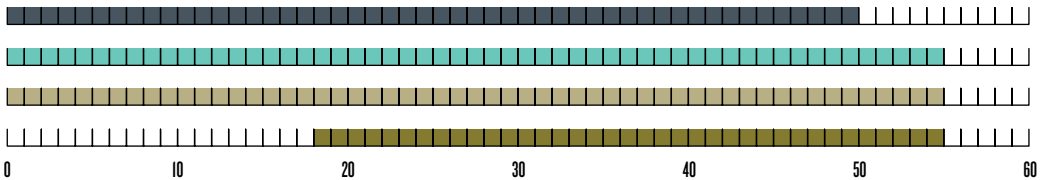
REQUISITOS DE ACCESO A PROGRAMAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

CLÍNICA DE ESPECIALIDADES DE LA MUJER (ISSSFAM)	CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE (ISSSTE)	INSTITUTO DE PERINATOLOGÍA (SSA)	HOSPITAL MATERNO PERINATAL "MÓNICA PRETELINI SÁENZ" (SSA - MÉXICO)
---	---	----------------------------------	--

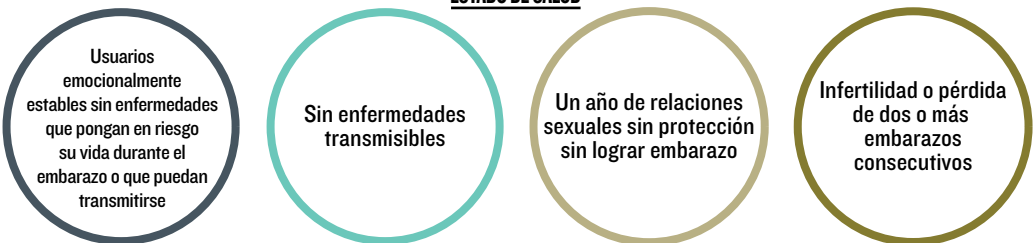
EDAD MUJERES



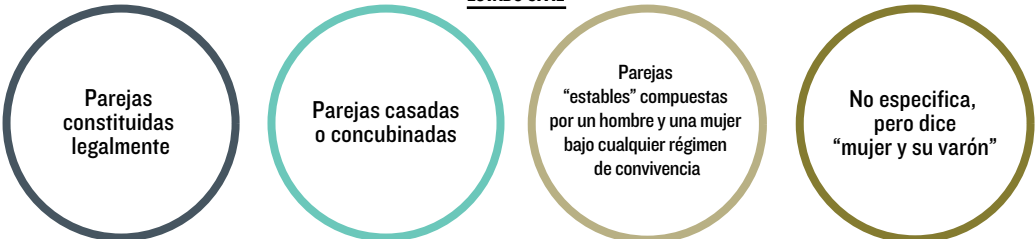
EDAD HOMBRES



ESTADO DE SALUD



ESTADO CIVIL



HIJOS PREVIOS



Fuente: Elaboración de GIRE con base en datos obtenidos mediante solicitudes de acceso a la información pública.

A pesar de que la edad específica varía, las instituciones públicas que practican TRA incluyen entre sus requisitos una edad máxima para hombres y mujeres, muy similar a la establecida por el 20 de Noviembre que negó el acceso a Cecilia al Programa de Reproducción Humana Asistida. Así, se determina *a priori* que las personas no son candidatas a las TRA por su edad, sin que exista una valoración del caso en específico, de los riesgos involucrados y de sus posibilidades de éxito o fracaso.

Además, por lo general se otorga acceso a los tratamientos únicamente a parejas legalmente constituidas, en ocasiones especificando que deben ser compuestas por un hombre y una mujer y, en el caso del Instituto Nacional de Perinatología, agregando que deben ser emocionalmente “estables”. De manera preocupante resaltan también otros criterios contrarios a los derechos humanos, como un límite máximo de hijos previos para solicitar el tratamiento y la ausencia de enfermedades “transmisibles”, sin especificar a qué enfermedades se refiere y dejando en una situación de vulnerabilidad a las personas que buscan acceder a dichos tratamientos.

Con respecto al tipo de técnicas ofrecidas por estas instituciones, costos y el número de personas a las que se brindaron servicios e información en el periodo de agosto de 2012 a diciembre de 2013, a continuación se muestran los datos obtenidos por GIRE a partir de solicitudes de acceso a la información.

NÚMERO Y COSTO DE TRATAMIENTOS AGOSTO 2012-DICIEMBRE 2013

INSTITUCIÓN DE SALUD	ÉXITO	COSTO
CENTRO MÉDICO NACIONAL HOSPITAL 20 DE NOVIEMBRE (ISSSTE)  SE OFRECIÓ TRATAMIENTO A 284 PERSONAS DE LAS 2,278 A LAS QUE SE PROPORCIONÓ INFORMACIÓN.	 33%	SIN COSTO PARA DERECHOHABIENTES
HOSPITAL DE LA MUJER¹¹ (SSA)  SE OFRECIÓ TRATAMIENTO A TODAS LAS 541 PERSONAS A LAS QUE SE PROPORCIONÓ INFORMACIÓN *ESTE HOSPITAL SOLAMENTE PROVEE TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA DE BAJA COMPLEJIDAD.	 25%	DEPENDE DE UN ESTUDIO SOCIOECONÓMICO
INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA “ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES”  SE OFRECIÓ TRATAMIENTO A 524 PERSONAS, NO SE SABE A CUÁNTAS SE PROPORCIONÓ INFORMACIÓN.	 34%-39% 14%	\$7,000^{IA} \$30,000^{FIV}
CLÍNICA DE ESPECIALIDADES DE LA MUJER¹² (ISSFAM)  SE OFRECIÓ TRATAMIENTO A 470 PERSONAS DE LAS 1,664 A LAS QUE SE PROPORCIONÓ INFORMACIÓN.	 33%	DEPENDE DE UN ESTUDIO SOCIOECONÓMICO
HOSPITAL MATERNO PERINATAL “MÓNICA PRETELINI SÁENZ”  SE OFRECIÓ TRATAMIENTO A 524 PERSONAS, NO SE SABE A CUÁNTAS SE PROPORCIONÓ INFORMACIÓN.	 SIN RESPUESTA	GRATUITO PARA MEXIQUENSES AFILIADOS AL SEGURO POPULAR

SE OFRECIÓ TRATAMIENTO

SE PROPORCIONÓ INFORMACIÓN

SIN RESPUESTA

IA = INSEMINACIÓN ARTIFICIAL
 FIV = FECUNDACIÓN IN VITRO

11. Sólo ofrece técnicas de baja complejidad.

12. El acceso a estas técnicas no se contempla como parte de los servicios gratuitos a los que pueden acceder los derechohabientes del ISSFAM.

Fuente: Elaboración de GIRE con base en datos obtenidos mediante solicitudes de acceso a la información pública.

CLÍNICA DE FERTILIDAD Y BIOLOGÍA DE LA REPRODUCCIÓN

El 16 de febrero de 2015 Eruviel Ávila Villegas, gobernador del estado de México, inauguró la Clínica de Fertilidad y Biología de la Reproducción en el Hospital Materno Infantil Perinatal “Mónica Pretelini Sáenz”, ubicado en Toluca, estado de México.

De acuerdo con el Gobierno del estado, la clínica beneficiará a 240 mil parejas mexiquenses inscritas al Seguro Popular, a quienes se les proporcionarán tratamientos de reproducción asistida, de alta y baja complejidad, de manera gratuita.¹³ La garantía de servicios de reproducción asistida gratuitos es un hecho de gran importancia en el país, donde las técnicas ofrecidas por las pocas instituciones públicas que las proveen son costosas y dependen de una afiliación a un esquema de seguridad social y, por

lo tanto, son accesibles sólo para quienes cuentan con los recursos para pagarlas o son derechohabientes de una institución como el ISSSTE, lo que hace de la reproducción asistida un tema de justicia social.

Si bien la provisión gratuita de tratamientos de reproducción asistida a personas mexiquenses que cuentan con inscripción al Seguro Popular puede significar un gran paso en el acceso a las TRA, es importante resaltar que los requisitos de acceso al programa son discriminatorios; en particular, el criterio de edad límite para acceder al programa —37 años en el caso de las mujeres y 55 en el de los hombres— y la condición de que los beneficiarios de estas técnicas sean parejas de diferente sexo con infertilidad probada.¹⁴

13. Gobierno del estado de México, “Inauguran clínica de fertilidad; a la vanguardia Edomex en medicina reproductiva”. En *El Edomex Informa*. Disponible en <<http://bit.ly/1FUjSZ2>> [consulta: 5 de marzo de 2015].

14. Gobierno del estado de México, Secretaría de Salud, *Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex*, Folio 0002170100000/0111/2015.

1.3 PANORAMA EN EL MUNDO

Las TRA son todos los tratamientos o procedimientos que incluyen la manipulación tanto de ovocitos como de espermatozoides o embriones humanos para el establecimiento de un embarazo.¹⁵ Entre dichas técnicas se encuentran la fertilización in vitro, la transferencia de embriones, la donación de óvulos y espermatozoides, y la gestación subrogada. La primera persona nacida mediante FIV fue Louise Brown nacida en Inglaterra en 1978 y conocida como la primera “bebé probeta”. Desde entonces, el Comité Internacional de Monitoreo de Tecnologías de Reproducción Asistida¹⁶ estima que cerca de cinco millones de personas han nacido en el mundo mediante TRA.¹⁷ Específicamente en Latinoamérica se estima que de 1990 a 2010 han nacido 150 mil personas a partir de estas técnicas.¹⁸

El aumento de los niveles de infertilidad en el mundo obliga a revisar el acceso y práctica de las TRA ya que éstas permiten que parejas infértiles accedan a la reproducción biológica o genética. Un estudio sobre los niveles y las tendencias globales de infertilidad de 1990 a 2010 señala que en 2010 1.9% de las mujeres entre 20 y 44 años que deseaban un hijo no pudieron tenerlo (infertilidad primaria) y que 10.5% de las mujeres que ya tenían uno no pudieron tener otro (infertilidad secundaria). En total, se estima que en 2010 48.5 millones de parejas en el mundo eran infértiles. En 1990 esta cifra ascendía a 42 millones.¹⁹

Sin embargo, el acceso a las TRA no sólo es relevante para las personas o parejas infértiles, sino para quienes, por diferentes razones, no puedan lograr un embarazo sin asistencia, como las parejas del mismo sexo o las personas solas. Un estudio reveló que en países en los que existen restricciones que impiden que parejas del mismo sexo o personas solas tengan acceso a TRA, las personas viajan a otros lugares donde no existen estas barreras para acceder a los tratamientos, dando lugar a un fenómeno conocido como “turismo reproductivo”.²⁰ Sin embargo, esta posibilidad se encuentra limitada a quienes tengan los recursos para ello, por lo que el acceso a TRA es también un tema de desigualdad y justicia social.

De acuerdo con el Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida²¹ del año 2012, 66% de los tratamientos de reproducción asistida en América Latina no concluyeron con un embarazo, 7% terminaron en abortos involuntarios y tan sólo 27% en embarazos exitosos.²² En total, de todos los procedimientos mediante TRA reportados por parte de las 155 clínicas que conforman el estudio, 52% correspondió a tratamientos de inseminación artificial, 22% a la transferencia de embriones congelados y 10% a procedimientos de fertilización in vitro.²³

15. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART), *op. cit.*

16. El Comité (ICMART por sus siglas en inglés) es una organización internacional sin fines de lucro que ha logrado un liderazgo en el desarrollo, recolección y difusión de datos internacionales sobre las TRA. Véase <<http://www.icmartivf.org>>

17. European Society of Human Reproduction and Embryology, “Art fact sheet” en *Sitio web de ESHRE*, julio 2014. Disponible en <<http://bit.ly/1Eue74b>> [consulta: 28 de abril de 2015].

18. Zegers-Hochschild, Fernando, *op. cit.*

19. Mascarenhas, Maya N., *et. al.*, “National, Regional, and Global Trends in Infertility Prevalence Since 1990: A Systematic Analysis of 277 Health Surveys” en *PLOS Medicine*, vol. 9, núm. 12, diciembre 2012. Disponible en <<http://bit.ly/WijKbg>> [consulta: 1 de febrero de 2013].

20. European Society of Human Reproduction and Embryology, *Comparative Analysis of Medically Assisted Reproduction in the EU: Regulation and Technologies (SANCO/2008/C6/051), Final Report*, Bélgica, 2009, p. 10. Disponible en <<http://bit.ly/1KPQPtR>> [consulta: 18 de marzo de 2015].

21. El Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida (RLA) es un órgano de la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida cuyas funciones son la recopilación, análisis y publicación de los procedimientos de Reproducción Asistida realizados en los centros acreditados o afiliados a la Red. Véase <http://www.redlara.com/aa_espanhol/registro.asp>.

22. Zegers-Hochschild, Fernando, *op. cit.*

23. *Ibid.*

RESULTADO DE TRATAMIENTOS DE TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA EN AMÉRICA LATINA 2012

Fuente: Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida, 2012.

66%
NO CONCLUYEN
EN EMBARAZO

7% ABORTOS
INVOLUNTARIOS

27%
EMBARAZOS
EXITOSOS

TIPOS DE PROCEDIMIENTO REALIZADOS EN AMÉRICA LATINA 2012

52%
INSEMINACIÓN
ARTIFICIAL

22%
TRANSFERENCIA
DE EMBRIONES CONGELADOS

10% FERTILIZACIÓN
IN VITRO

16% OTROS
PROCEDIMIENTOS

Fuente: Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida, 2012.

A medida que se extiende el uso de las TRA en el mundo surge un amplio abanico de regulación alrededor de éstas. A pesar de que la tendencia general continúa siendo que operen en un contexto desregulado, desde hace varias décadas diversos países han comenzado a elaborar leyes, normas técnicas o protocolos encargados de diferentes aspectos de la reproducción asistida, además de establecer órganos de vigilancia que aseguren el correcto funcionamiento de las clínicas públicas y privadas.²⁴ El ejemplo más comúnmente citado, por tratarse además de un precursor en la materia, es el organismo regulador independiente del Reino Unido: la Autoridad de Fertilización Humana y Embriología (HFEA).²⁵ Las clínicas de reproducción asistida deben demostrar que pueden cumplir con un código de normas orientativas en la práctica, actualizado con regularidad por la HFEA, antes de que se les conceda una licencia.²⁶ Adicionalmente, la autoridad publica un informe anual que contiene información sobre las clínicas que ofrecen servicios de reproducción asistida. Esta información es útil para futuros usuarios, ya que les permite tener acceso a información confiable antes de solicitar los servicios.²⁷

La sentencia del caso *Artavia Murillo vs. Costa Rica* estableció la obligación del Estado costarricense de adoptar las medidas apropiadas para dejar sin efecto la prohibición de la FIV, permitir el acceso a esta técnica sin impedimentos al ejercicio de los derechos humanos, así como regular los aspectos que considere necesarios para la implementación de la FIV y el establecimiento de sistemas de inspección y control de calidad de las instituciones o profesionales calificados que desarrollen este tipo de técnica. Sin embargo, en América Latina la tendencia continúa siendo la desregulación del tema. Con excepción de Argentina, que en 2013 publicó la Ley No 26.862 de “Acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida” que estipula que los servicios de salud pública deben incluir el acceso gratuito a estas técnicas,³⁰ en general la reproducción asistida opera en un marco de completa desregulación y, en consecuencia, de diversos abusos. Únicamente la legislación de Brasil y la de algunas entidades federativas en México contienen disposiciones respecto a la gestación subrogada.

24. Véase “Directiva 2004/23/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 31 de marzo de 2004 relativa al establecimiento de normas de calidad y de seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos: [artículos 6 y 10]” en *Diario Oficial de la Unión Europea*, año 47, núm. L102, 7 de abril de 2004, pp. 0048 - 0058. Disponible en <<http://bit.ly/1G5rXrn>> [consulta: 18 de marzo de 2015].

25. Human Fertilisation Embriology Authority. Disponible en <<http://www.hfea.gov.uk/>> [consulta: 8 de abril de 2015]

26. International Federation of Fertility Societies, *IFFS Surveillance 2010*, New Jersey, 2010, p. 10. Disponible en <<http://bit.ly/1LQU98O>> [consulta: 7 de abril de 2015].

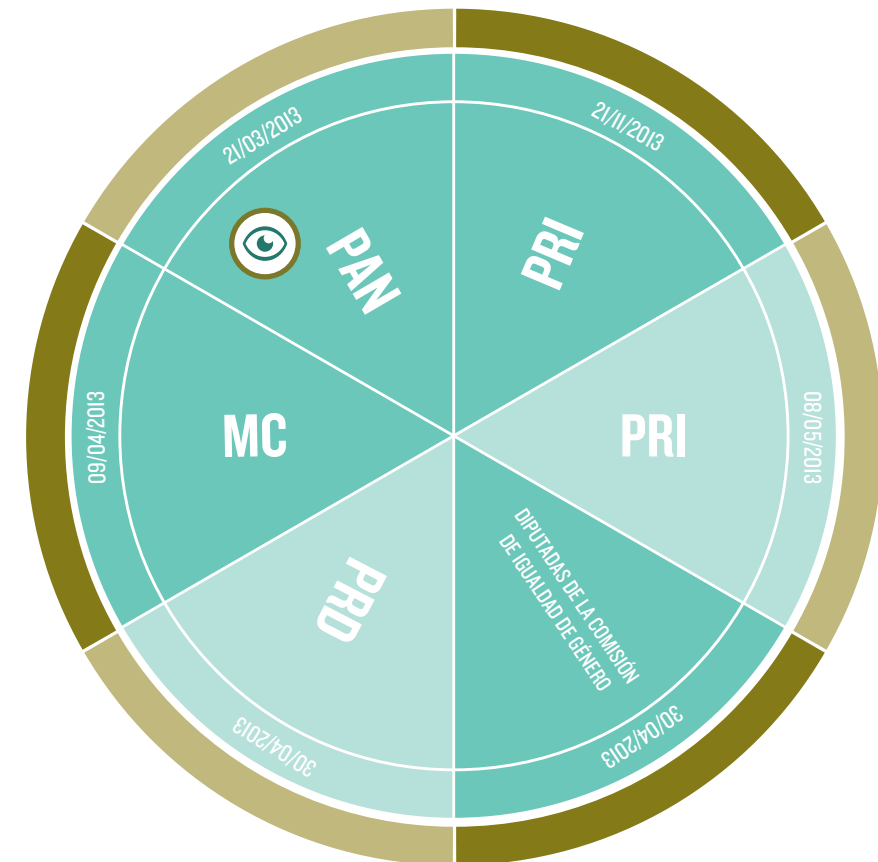
27. *Ibid.*, p. 11.

28. La Ley establece que tienen derecho a las prestaciones de reproducción asistida todas las personas, mayores de edad, sin discriminación o exclusión de acuerdo con su orientación sexual o estado civil. Una persona podrá acceder a un máximo de cuatro tratamientos anuales de baja complejidad, y hasta tres tratamientos con técnicas de alta complejidad. En caso de que se requieran gametos donados, la donación nunca tendrá carácter lucrativo o comercial. Véase Argentina, “Decreto 956/2013: Ley N° 26.862. Acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida. Reglamentación.” en *Boletín Oficial de la República de Argentina*, 1ª sección, año CXXI, núm 32.685, 23 de julio de 2013. Disponible en <<http://bit.ly/1UBeUJe>> [consulta: 20 de marzo de 2015].

I.4 FALTA DE REGULACIÓN EN MÉXICO

En México, la falta de una normativa que regule las técnicas de reproducción asistida implica que se presten sin una verificación sanitaria adecuada que proteja los derechos, la seguridad y la integridad física de las personas que se someten a este tipo de tratamientos. **El artículo 3° de la Ley General de Salud establece que el control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y células es materia exclusiva federal de salubridad general.** Por lo tanto, la emisión de la normatividad aplicable a los servicios de reproducción asistida es competencia federal y, con fundamento en el artículo 73 constitucional, corresponde a la Ley General de Salud establecer las bases para su regulación.

INICIATIVAS EN MATERIA DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA PRESENTADAS EN LA LXII LEGISLATURA / SEGUNDO PERIODO ORDINARIO



CÁMARA:

- DIPUTADOS
- SENADORES

ESTATUS:

- PRECLUIDA* EN CÁMARA DE ORIGEN
- EN COMISIONES CÁMARA DE ORIGEN



*Las iniciativas precluidas pasarán al pleno para ser votadas por mayoría calificada en el siguiente periodo de sesiones.

A pesar de los múltiples intentos por regular las TRA por medio de iniciativas presentadas tanto en la Cámara de Diputados como en el Senado, hasta la fecha ninguna ha sido aprobada. Además, algunas de estas iniciativas han buscado normar la reproducción asistida con criterios violatorios de los derechos humanos e incorporan conceptos contrarios a la ciencia médica, como la prohibición de la crioconservación de óvulos fertilizados y la limitación del acceso a estas técnicas a parejas de diferente sexo casadas o en concubinato.

El ejemplo más reciente de este tipo de iniciativas es aquella presentada en 2013 por la Diputada Raquel Jimenez Cerrillo, del PAN, que está pendiente de dictamen en la Cámara de Diputados. Dicha iniciativa contiene varias disposiciones violatorias de derechos humanos, como limitar el acceso a las TRA a parejas con infertilidad comprobada y la prohibición de la crioconservación e investigación de embriones.

INICIATIVA PENDIENTE: REGULACIÓN TÉCNICA DE LA REPRODUCCIÓN ASISTIDA

Actualmente se encuentra en espera de dictaminarse por la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados la iniciativa presentada en noviembre de 2013 por la entonces diputada María de las Nieves García del Grupo Parlamentario del PRI. De acuerdo con la iniciativa, la Secretaría de Salud deberá emitir una Norma Oficial Mexicana en materia de reproducción asistida en un plazo que no excederá los 260 días, contados a partir de su entrada en vigor. Además, establece la competencia de dicha dependencia para llevar a cabo el control sanitario de los establecimientos dedicados a la obtención, conservación y disposición de células germinales y óvulos fertilizados, así como de los establecimientos en los que se practiquen TRA, por conducto de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS). La aprobación de dicha iniciativa puede representar una oportunidad invaluable para que la Secretaría de Salud federal emita una regulación en materia de reproducción asistida acorde con los derechos humanos y con la ciencia.

Para ello, busca reformar y adicionar diversas disposiciones a la Ley General de Salud en materia de reproducción humana asistida para quedar como sigue:

CAPÍTULO VI BIS

SERVICIOS DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA

ARTÍCULO 71 BIS. La reproducción humana asistida tiene por objetivo garantizar el derecho de las personas de procrear con técnicas y procedimientos médicos científicos para lograr un embarazo. Los

servicios de reproducción humana asistida deberán ser prestados por profesionales de la salud que cuenten con el entrenamiento especializado que establezcan las disposiciones legales, reglamentarias y normativas correspondientes, en los establecimientos médicos autorizados por la Secretaría de Salud para tal efecto.

ARTÍCULO 71 BIS I. Los establecimientos en los que se practiquen técnicas de reproducción asistida deberán contar con licencia sanitaria en términos de los artículos 198 de esta ley, previo cumplimiento de los requisitos establecidos en el presente capítulo y en la norma oficial mexicana que al efecto se expida.

ARTÍCULO 71 BIS 2. La Secretaría de Salud emitirá la norma oficial mexicana a la que deberá sujetarse la prestación de los servicios de reproducción humana asistida.

ARTÍCULO 313. Compete a la Secretaría de Salud:

I.... I Bis. El control sanitario de los bancos dedicados a la obtención, conservación y disposición de células germinales y óvulos fertilizados, así como de los establecimientos en los que se practiquen técnicas de reproducción humana asistida, por conducto de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.

La regulación de las TRA es materia federal y, por lo tanto, su legislación competaría al Congreso de la Unión. Sin embargo, a pesar de que la Ley General de Salud establece con claridad la competencia de la Federación con respecto a este tema, diversas entidades federativas han incluido en sus marcos jurídicos locales ciertas disposiciones sobre el uso de gametos, embriones y el acceso a técnicas de reproducción asistida. Algunas de éstas tratan sobre temas de orden civil, tales como el uso sin consentimiento de gametos sexuales como causal de divorcio²⁹ y la cuestión de la filiación de los hijos nacidos a partir de TRA. **Otras entidades establecen regulaciones relativas a aspectos médicos de la reproducción asistida que no corresponden al ámbito de competencia de los códigos civiles o familiares locales y representa una invasión a la esfera federal en materia de salubridad general. Más aún, incluyen aspectos técnicos relativos a las TRA que deben ser materia de una norma técnica y no de una ley.**

Entre éstas, destaca el Código Civil de Coahuila, que otorga la misma protección a un óvulo fecundado que a una persona nacida, prohíbe la criopreservación de embriones y limita el acceso a las TRA a parejas estériles o infértiles legalmente constituidas. Por su parte el código civil de Querétaro contiene un capítulo relativo a la “adopción” de embriones, que equipara de manera directa un embrión con una persona.

CÓDIGO CIVIL DE COAHUILA: ASPECTOS MÁS PREOCUPANTES

ARTÍCULO 95. El cuerpo de la persona humana es inviolable y por ello tiene derecho a que se le respete. El óvulo fecundado corpórea o extracorpóreamente, cualquiera que sea su grado de desarrollo, merece la protección que este código y las leyes otorgan a la vida humana inherente a las personas concebidas; en consecuencia, se prohíbe:

- I. La concepción in vitro de embriones humanos con fines de estudio, investigación o experimentación, de industrialización o comercialización, o cualesquiera otros distintos a los permitidos por este código.
- II. Toda experimentación sobre embriones.
- III. SU CRIOCONSERVACIÓN.

ARTÍCULO 482. Se entiende por asistencia médica para la procreación las prácticas clínicas y biológicas que permiten la concepción in vitro, la transferencia de embriones y la inseminación artificial, así como toda técnica de efecto equivalente que permita la procreación fuera del proceso natural.

ARTÍCULO 483. Sólo podrán ser destinatarios de las técnicas de reproducción humana asistida, quienes se encuentren unidos en matrimonio o concubinato, y que después de cinco años, por razones biológicas, no hayan podido engendrar o concebir, sin que sean estériles o infértiles.

ARTÍCULO 484. A los destinatarios de las técnicas de reproducción humana asistida, la Secretaría de Salud del Estado deberá entregarles una guía que contenga especialmente:

- I. Las disposiciones legales sobre procreación asistida.
- II. Descripción de las técnicas.
- III. Las disposiciones legales relativas a la adopción y las instituciones de asistencia autorizadas para promoverla.

29. Éste es el caso de Aguascalientes, Colima, Morelos y Sonora.

QUERÉTARO: LA “ADOPCIÓN” DE EMBRIONES

Artículo 399. La adopción de embriones es el procedimiento mediante el cual, un embrión, fruto del óvulo de una mujer y del espermatozoide de un hombre, es transferido al útero de otra mujer para completar el ciclo necesario de su gestación y posterior nacimiento, con el fin de ser considerado hijo de ella, de ella y de su cónyuge o de ella y de su concubino.

ARTÍCULO 400. Las parejas adoptantes de embriones no podrán procurar la maternidad asistida o subrogada, ni contratar el vientre de una tercera mujer para la gestación del embrión.

En la adopción de embriones queda prohibido seleccionar el sexo del niño a adoptar, ni se podrá rechazar el producto si éste nace con alguna enfermedad o defecto físico.

ARTÍCULO 401. La adopción de embriones sólo procederá respecto de los supernumerarios crioconservados preexistentes, que fueren fruto de la fertilización in vitro homóloga, en los siguientes casos:

- I. Cuando los padres biológicos hayan manifestado su libre voluntad de dar en adopción los embriones supernumerarios;
- II. Cuando hayan fallecido los padres biológicos de los embriones o que se les declare como ausentes; y
- III. Cuando los padres biológicos no hayan reclamado los embriones en el plazo señalado para ello en la ley que regule lo relativo a la crioconservación de embriones.

Artículo 402. Podrán llevar a cabo la adopción de embriones, las parejas casadas o en concubinato que sean mayores de edad, así como la mujer soltera mayor de edad; para tal efecto, la mujer no deberá ser mayor de treinta y cinco años ni el hombre de cincuenta.

ARTÍCULO 403. Para los casos anteriores, sólo procederá la adopción cuando los solicitantes:

- I. Tengan posibilidades razonables de éxito en el embarazo y no supongan un riesgo grave para la salud de la mujer o la posible descendencia;
- II. Comprueben, mediante estudios realizados ante las instituciones de salud, que alguno de ellos o ambos, no pueden tener descendencia directa por deficiencia fisiológica o patológica irremediable; y
- III. Estén informados y asesorados de los alcances de su acto, los riesgos y posibilidades de éxito de las técnicas médicas aplicadas, además de las consideraciones éticas y psicológicas que se derivan de este procedimiento, por el personal médico de los bancos de crioconservación, centros de fertilización o personal que al efecto determine la Secretaría de Salud.

ARTÍCULO 404. Una vez alcanzada la mayoría de edad por la persona que haya sido producto de una inseminación artificial o procreación asistida y posteriormente adoptada, tendrá el derecho imprescriptible de conocer la identidad de sus padres biológicos.

ARTÍCULO 405. El procedimiento de adopción de embriones crioconservados preexistentes, se desarrollará de la siguiente manera:

- I. Los padres biológicos, previamente al inicio de la fecundación in vitro, podrán manifestar mediante escrito, ante testigos:
 - A) Que es su voluntad dar en adopción los embriones sobrantes que no hayan sido transferidos al útero de la madre biológica.
 - B) Nombre completo de cada uno de ellos, acompañando las actas de nacimiento respectivas.
 - C) Constancia médica mediante la cual se acredite que no son portadores de alguna enfermedad infecciosa.

D) Aquellos datos que como parte de la identificación considere la Secretaría de Salud, quien deberá integrar un expediente con la información y documentos mencionados, que resguardará con carácter de confidencial.

En todos los casos, el banco de crioconservación respectivo deberá remitir copia certificada de la manifestación de voluntad mencionada en la fracción I, a la Secretaría de Salud, quien deberá resguardar en sus registros las listas de personas que han decidido dar en adopción los embriones supernumerarios, respetando la privacidad de la información.

Una vez firmado el consentimiento por los progenitores, se entiende que éstos renuncian a cualquier acción para demostrar su paternidad, así como la aceptación del carácter no lucrativo de su decisión;

II. El matrimonio, los concubinos o la mujer soltera, podrán acudir a la Secretaría de Salud para verificar si dentro de sus registros existen embriones crioconservados en disponibilidad de adopción. La solicitud de verificación se hará por escrito, acompañada de la constancia médica en la que se haga constar la infertilidad de los solicitantes;

III. De considerarlo procedente, la Secretaría de Salud, incluirá la solicitud en una lista de espera, que tendrá un orden de prelación, para que, en el momento en que se cuente con embriones susceptibles de adopción, lo comunique por escrito a los solicitantes, a fin de que éstos, en un plazo no mayor a quince días, manifiesten su aceptación;

Dentro de la notificación antes señalada, deberán señalarse los datos de identificación de los padres biológicos, a efecto de que el o los adoptantes puedan establecer contacto con aquéllos;

IV. Una vez que ambas partes han manifestado se decisión de dar en adopción y de adoptar los embriones, deberán presentarlo por escrito ante el juez de lo familiar que corresponda, dentro de los quince días siguientes para que declare la adopción provisional; y

V. De lograrse el embarazo de la receptora y el consecuente nacimiento del producto, aquélla deberá notificarlo al juez de lo familiar, mediante jurisdicción voluntaria, dentro de los treinta días siguientes al parto, quien acordará, en un plazo no mayor de quince días, el carácter de adopción con los efectos que para ésta establece el presente Código.

Tanto en el caso de Coahuila como en el de Querétaro, las disposiciones otorgan personalidad jurídica al embrión, contraviniendo de manera directa la sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso *Artavia Murillo vs. Costa Rica*, cuya jurisprudencia es obligatoria para el Estado mexicano.

El Código Familiar del estado de San Luis Potosí, por su parte, define la reproducción humana asistida, así como las TRA específicas que serán permitidas y las personas que podrán acceder a estos servicios. Invade así la competencia de la Federación para regular aspectos de salubridad general relativos al uso de gametos y embriones establecidos en la LGS.

CÓDIGO FAMILIAR DE SAN LUIS POTOSÍ

ARTÍCULO 236. Se entiende por reproducción humana asistida, la que se verifica a través de la participación de terceras personas y el empleo de técnicas biológicas de reproducción sin coito de la pareja.

ARTÍCULO 237. Se entiende por técnicas de reproducción asistida aquéllas donde la unión de las células germinales o la implantación del embrión en el útero, se logra mediante la intervención directa en el laboratorio.

ARTÍCULO 238. Las técnicas de reproducción asistida que podrán practicarse serán las siguientes:

- I. Transferencia intratubaria de cigoto o transferencia tubárica de embriones, consistente en la colocación de los embriones en la matriz de la mujer, utilizando material quirúrgico;
- II. Fertilización in vitro, método en el que los espermatozoides previamente preparados y seleccionados son depositados en una caja de vidrio que contiene un medio de cultivo especial, y
- III. Fertilización ICSI, ésta se utiliza cuando los espermatozoides son muy pocos, o su capacidad de fertilización está disminuida.

2. GESTACIÓN SUBROGADA

2.1 PANORAMA EN EL MUNDO

Entre las TRA, la gestación subrogada, que consiste en un acuerdo mediante el cual una mujer accede a gestar un producto para una persona o pareja que tiene la intención de fungir como padre(s) del mismo, impone retos particularmente complejos debido a que implica cuestiones diversas que no han sido resueltas aún desde el marco del feminismo ni de los derechos humanos. El mercado cada vez más creciente de la gestación subrogada en el mundo obliga a entablar una discusión compleja acerca de los derechos de todas las partes involucradas, el consentimiento informado, la filiación, el Derecho Internacional, tanto público como privado, entre otras. Ante este panorama, el Estado deberá garantizar igual protección a todas las personas involucradas. **La ausencia de un marco jurídico federal que otorgue certeza con respecto al uso del material genético provoca que la regulación local en materia de gestación subrogada dé paso a posibles abusos, violaciones a derechos humanos e incertidumbre jurídica para las partes involucradas en el acuerdo.**

La legislación mundial sobre gestación subrogada es variada y compleja. En algunos países, como Francia, España y Alemania, se encuentra explícitamente prohibida e incluso sancionada penalmente.³⁰ Otros no tienen regulación al respecto, por lo que la práctica existe sin consideraciones específicas acerca de cómo debe llevarse a cabo, dejando en desprotección a las partes que participan de ella. Otros más, como Rusia, India y Ucrania, permiten la gestación subrogada incluso en su variante comercial, es decir, con un pago a la mujer gestante, además de sus gastos médicos. Sin embargo, entre las variantes comerciales existen diferencias importantes, principalmente en cuanto a quién puede tener acceso a estos acuerdos: parejas, personas solas, matrimonios, nacionales o extranjeros del país, etc.

La prohibición de la gestación subrogada en algunos países, los estrictos requisitos para su práctica —en particular, la limitación de acceso sólo a parejas casadas, de diferente sexo e infértiles—, así como los altos precios en algunos de los países donde la gestación comercial se permite, han llevado a la aparición del fenómeno conocido como “turismo reproductivo”. Éste ha introducido nuevos dilemas relacionados con las condiciones de desigualdad en las que las personas gestantes aceptan entrar en un contrato de subrogación. Además, ha generado importantes problemas jurídicos cuando los países de origen de las personas o parejas intencionales no reconocen la validez de las relaciones de filiación establecida por estos acuerdos. Por ejemplo, el caso conocido como *Baby Manji* en 2008, en el que una bebé nació en India de una mujer gestante bajo un acuerdo de gestación subrogada unas semanas después del divorcio de los padres intencionales japoneses. El caso llevó a un conflicto diplomático grave entre ambos países. Finalmente, el Estado japonés se vio obligado a expedir una visa humanitaria para el ingreso de la bebé al país.³¹ En respuesta, algunos países que prohíben la gestación subrogada comercial en su territorio, como España, han comenzado a reconocer que los contratos realizados en otros países por ciudadanos españoles son válidos.³²

30. En Francia, por ejemplo, se establece en el artículo 16-7 del Código Civil que la prohibición de la gestación subrogada es un asunto de orden público; es decir, una regla obligatoria creada unilateralmente por el Estado para proteger valores fundamentales de la sociedad.

31. Suprema Corte de la India, *Baby Manji Yamada v. Union of India & Anr., Writ Petition (C) Núm. 369*, 2008. Disponible en <<http://bit.ly/1Mfawdh>> [consulta: 24 de marzo de 2015].

32. España, Ministerio de Justicia, “15317: Instrucción de 5 de octubre de 2010, de la Dirección General de los Registros y del Notariado, sobre régimen registral de la filiación de los nacidos mediante gestación por sustitución” en *Boletín Oficial del Estado*, sección I, núm. 243, 7 de octubre de 2010, p. 84803. Disponible en <<http://bit.ly/1NT7Fbd>> [consulta: 19 de marzo de 2015].

EL TRIBUNAL EUROPEO DE DERECHOS HUMANOS Y LOS DERECHOS DE LA INFANCIA EN CASOS DE GESTACIÓN SUBROGADA³³

Recientemente, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH) ha discutido dos casos relacionados con este fenómeno, *Menesson vs. Francia* y *Labasse vs. Francia*. Ambos casos son muy similares: una pareja francesa con infertilidad viajó a California, Estados Unidos a realizar un procedimiento de gestación subrogada, con gametos de los padres intencionales. De acuerdo con la legislación de California, ambas parejas tenían la filiación sobre

sus hijos y buscaron acudir al consulado francés a registrarlos con su nacionalidad, pero esto les fue negado debido a que Francia desconoce sistemáticamente la filiación de los niños nacidos bajo estos acuerdos, argumentando que están prohibidos dentro del país. El TEDH, entonces, condenó al Estado francés por desconocer la filiación de estos niños. Afirmó que, con ello, Francia violó su derecho a la vida privada, a la identidad y a la familia.

2.2 REGULACIÓN EN MÉXICO

En México, a pesar de que la regulación de los aspectos médicos de las TRA corresponde al ámbito federal, algunos aspectos de la gestación subrogada se reglamentan a nivel local, en materia civil. Sin embargo, una legislación integral sobre gestación subrogada implica la regulación de aspectos que van más allá del reconocimiento civil de los nacimientos producto de este acuerdo, hecho que podría implicar un problema si el tema se regula únicamente de manera local.

Sin duda, la gestación subrogada es un tema complejo cuya aparición en la discusión internacional sobre derechos reproductivos será cada vez más importante al ser la única alternativa para que ciertas personas puedan formar una familia. Por ello, su regulación tiene que tomar en cuenta factores diversos, como la futura nacionalidad de los niños nacidos bajo estos procedimientos, las condiciones asimétricas de poder en las que se enmarcan dichos acuerdos, la regulación del material genético, entre otros aspectos.

Sin embargo, no debe perderse de vista que la experiencia internacional ha probado que una adecuada regulación de la gestación subrogada ayuda a proteger los derechos de todas las personas involucradas, particularmente de las mujeres gestantes, quienes son más vulnerables a abusos en contextos desregulados.

En México, algunas entidades federativas han introducido la figura de la gestación subrogada — también llamada maternidad gestante sustituta— en sus legislaciones civiles. Así, se han presentado iniciativas para reconocer la práctica en varias entidades federativas, como Coahuila, Tabasco y el Distrito Federal.

En el caso del Distrito Federal, la Asamblea Legislativa aprobó el 30 de noviembre de 2010 la Ley de Gestación Subrogada del Distrito Federal; sin embargo, esta normativa no fue publicada en la Gaceta Oficial, por lo que no está vigente.

33. Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Case of Menesson v. France, Application no. 65192/11: Judgment Final*, 26 de septiembre de 2014. Disponible en <<http://bit.ly/1Hg7S5T>> [consulta: 24 de marzo de 2015]. *Affaire Labasse c. France, Requête no 65941/11: Arrêt Définit*, 26 de septiembre de 2014. Disponible en <<http://bit.ly/1UB3Z2i>> [consulta: 24 de marzo de 2015].

Dos estados, Coahuila y Querétaro, han incluido artículos en sus códigos civiles que desconocen cualquier acuerdo de gestación subrogada; es decir, establecen que siempre se presumirá la maternidad de la mujer gestante y que cualquier acuerdo que diga lo contrario será nulo. Tabasco y Sinaloa, por su parte, reconocen y regulan la gestación subrogada en su legislación civil y familiar. Lo anterior significa que dos de las 32 entidades federativas en el país explícitamente han reconocido la gestación subrogada y cuentan con alguna legislación en la materia, mientras que otras dos la desconocen de manera explícita.

A pesar de lo anterior es importante resaltar que difícilmente se podrá lograr una protección integral si no se cuenta con un marco normativo federal sobre reproducción asistida, a fin de evitar problemas de armonización normativa y proteger los derechos de las partes involucradas de la mejor manera posible.

A. TABASCO

El Código Civil del estado de Tabasco regula en su artículo 92 lo relativo a la filiación de los hijos nacidos en casos de gestación subrogada. Para ello, define las figuras de madre gestante sustituta y madre subrogada.

ARTÍCULO 92 DEL CÓDIGO CIVIL DEL ESTADO DE TABASCO

TÉRMINO	DEFINICIÓN
Madre gestante sustituta	Mujer que lleva el embarazo a término y proporciona el componente para la gestación, más no el componente genético.
Madre subrogada	Mujer que lleva el embarazo a término y proporciona los componentes para la gestación y el componente genético.
Madre contratante	Mujer que convenga en utilizar los servicios de la madre gestante sustituta o de la madre subrogada.
Presunción de maternidad	En el caso de los hijos nacidos como resultado de la participación de una madre gestante sustituta, se presumirá la maternidad de la madre contratante que la presenta, ya que este hecho implica su aceptación. En los casos en que participe una madre subrogada, deberá estarse a lo ordenado para la adopción plena.

Así, una persona o pareja puede presentarse ante el Registro Civil con un contrato de gestación subrogada notariado y se le debe reconocer la filiación del niño nacido a partir de dicho contrato. Sin embargo, la legislación adolece de diferentes problemas, como suponer que siempre existirá una madre contratante en el acuerdo, a pesar de que —a diferencia de otras— la regulación de Tabasco no prohíbe el acceso a este acuerdo a parejas del mismo sexo o personas solas. **Además, si bien el Código Civil no podría regular asuntos que son de competencia federal, como el uso y manejo de embriones humanos, la regulación vigente en la entidad es tan mínima que deja a las partes en una situación de incertidumbre jurídica importante, lo que se presta a la aparición de abusos de diferente índole.**

El reciente crecimiento del “turismo reproductivo” en el mundo obliga a evaluar los diferentes componentes de la gestación subrogada y a anticipar las posibles dificultades que pueden surgir de esta práctica. Por ejemplo, la posibilidad de que una de las partes se arrepienta en el proceso o de que una mujer gestante desee interrumpir su embarazo bajo una causal legal.

En México, y en Tabasco específicamente, el número de personas y parejas de otros países que llegan a realizar acuerdos de gestación subrogada ha aumentado de manera considerable en los últimos años, entre otras razones, en respuesta a los cambios en la legislación de India, el mayor destino de “turismo reproductivo” en el mundo. La imposición de nuevas restricciones al acceso a la gestación subrogada en ese país —como que sólo puedan acceder parejas casadas de diferente sexo— ha fomentado que más parejas viajen a México para buscar los servicios de una mujer gestante.³⁴

Para tratar de conocer la magnitud del fenómeno, GIRE realizó solicitudes de acceso a la información al Registro Civil de Tabasco, que reportó tener registrados tan sólo cinco nacimientos por gestación subrogada —esto es, cuando se utiliza el material genético de la mujer gestante— desde que se aprobó el artículo 92 del Código Civil, en 1997, hasta diciembre de 2013.³⁵ Con respecto a registros llevados a cabo por procesos de gestación sustituta —cuando la mujer gestante no aporta material genético para el embarazo—, el Registro Civil reportó que, por protección a la privacidad, no se lleva un registro de esta información.³⁶ En efecto, la protección a la privacidad de los niños nacidos bajo estas técnicas supone que no exista una mención explícita de ello en el acta de nacimiento; sin embargo, lo anterior no impide que el Registro Civil lleve un registro interno de los casos, protegiendo la privacidad de las partes y permitiendo conocer la magnitud del fenómeno.

Al día de hoy, el Estado no sabe cuántas mujeres llevan a cabo procesos de gestación subrogada y sustituta en Tabasco, cuántas parejas extranjeras o mexicanas firman un contrato de este tipo en México y en qué condiciones ocurre dicho fenómeno.

La escasez de trabajo de investigación sobre el tema en México, así como la ausencia del Estado para garantizar no sólo los derechos de las personas, sino para vigilar la magnitud del fenómeno, obligan a utilizar herramientas como la investigación de campo para comenzar a vislumbrar algunos de los patrones y problemas que existen en el país relacionados con este fenómeno.

Con base en una investigación documental sobre los servicios de gestación subrogada en México, así como entrevistas al personal de éstas, GIRE obtuvo testimonio de que muchas de las clínicas y agencias de gestación subrogada que ya funcionan en el país ofrecen como un “servicio” a los padres intencionales el uso de la cesárea para el nacimiento de sus hijos, de modo que éste ocurra en una fecha que a ellos les convenga y sin contemplar la voluntad de la mujer gestante con respecto a su propio parto ni los riesgos de salud asociados a las cesáreas injustificadas. Lo anterior es un claro indicador de que **las mujeres gestantes en acuerdos de gestación subrogada enfrentan, además de los obstáculos que de por sí encaran las mujeres en México durante la atención del embarazo, parto y puerperio, situaciones de discriminación adicionales que ponen en riesgo su vida y su salud.**

34. Hasta hace unos años, India era el primer país de elección para personas que deseaban establecer un acuerdo de gestación subrogada, hasta que en 2012 se promulgaron restricciones que dificultan el acceso para personas y parejas extranjeras; entre éstas, se niega el acceso a parejas del mismo sexo y personas solas.

35. Gobierno del estado de Tabasco, Dirección General del Registro Civil, Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex, folio 06560814.

36. Gobierno del estado de Tabasco, Dirección General del Registro Civil, Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex, folio 06561014.

INICIATIVA PENDIENTE: MAYOR REGULACIÓN DE LA GESTACIÓN SUBROGADA EN TABASCO

El 8 de mayo de 2013 la diputada local Liliana Ivette Madrigal presentó un proyecto de decreto para reformar el Código Civil del estado de Tabasco en materia de gestación subrogada. La iniciativa tiene como objetivo proteger los derechos de todas las partes y otorgar certidumbre jurídica al proceso. Sin duda, resulta positivo que se pretenda ofrecer una regulación integral en la materia, pero esta iniciativa contiene problemas graves. En primer lugar, establece que pueden ser beneficiarias del Instrumento de Gestación Subrogada exclusivamente parejas del sexo opuesto unidas en matrimonio o concubinato. Esta disposición resulta discriminatoria contra las parejas del mismo sexo y las personas solas que deseen realizar un acuerdo de gestación subrogada.

En segundo, limita la gestación subrogada a su variante “parcial” —es decir, cuando la mujer gestante no aporta material genético para el embarazo— bajo el argumento de que “la doctrina nacional e internacional, coincide en sostener, que si una mujer se compromete a entregar a su hijo biológico en virtud de un negocio jurídico de maternidad por sustitución, y por tanto, ese producto lleva su información genética, ya que también es productora del óvulo fecundado, ese acto implica una trata de un ser humano y por tanto una patrimonialización o comercialización de los derechos humanos”. Lo anterior resulta contrario a la definición del delito de trata de personas.³⁷ Además, resulta incorrecto asumir que la filiación se determina de manera biológica ya que se estaría ignorando que la filiación por intención existe en la figura de adopción, así como la existencia de regulaciones internacionales que contemplan la variante “total” de la gestación

subrogada, sin que ésta se equipare a la trata de menores. El requisito de que los gametos provengan necesariamente del hombre y mujer que actuarán como padres discrimina no solamente a las personas solas y a las parejas del mismo sexo, sino también a las personas que por razones médicas no pueden aportar sus gametos sexuales para el procedimiento de fertilización in vitro.

En tercer lugar, la iniciativa invade competencias federales al considerar a la gestación subrogada una práctica médica en lugar de un contrato entre particulares, incluyendo en la legislación civil cuestiones sanitarias y penales de competencia federal, particularmente relacionadas con la regulación de la disposición de células, tejidos y órganos que son materia de salubridad general y por tanto pertenecen al ámbito federal.

Finalmente, la iniciativa restringe la gestación subrogada a su variante “altruista”, lo que representa una violación a los derechos humanos de las mujeres gestantes; en particular, a la vida privada (autonomía reproductiva), a la libertad del trabajo y al ejercicio libre de una profesión, comprendidos en los artículos 4 y 5 de la Constitución. La prohibición de la gestación “comercial” no sólo desconoce la capacidad de las mujeres para tomar decisiones sobre su propio cuerpo, sino también fomenta el mercado clandestino de dicha práctica. Así, la aprobación de la iniciativa en su versión actual sería violatoria de los derechos humanos, ocasionaría conflictos de competencia y contribuiría a situar a la gestante en una situación de mayor vulnerabilidad que bajo la regulación actual.

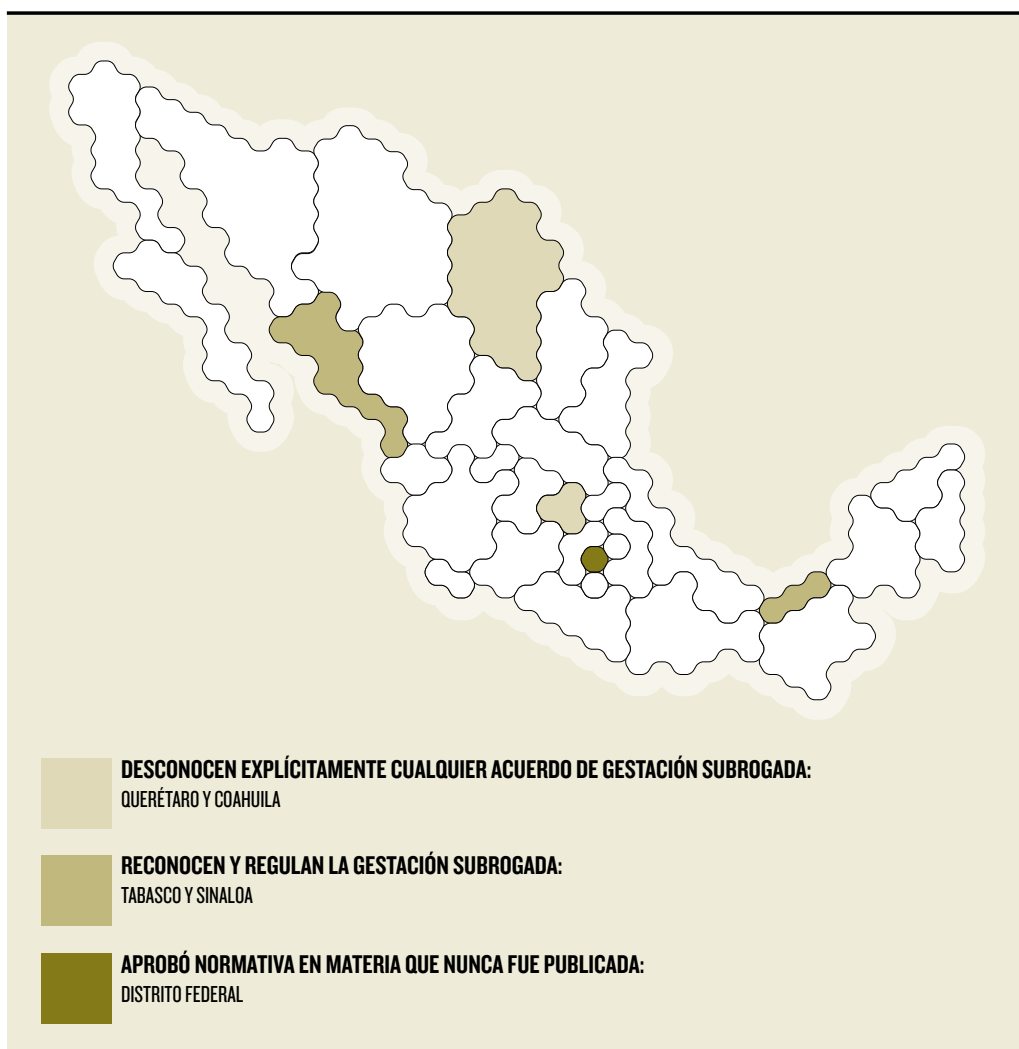
37. De acuerdo con el Artículo 10 de la Ley General para Prevenir, Sancionar y Erradicar los Delitos en Materia de Trata de Personas y para la Protección y Asistencia a las Víctimas de esos delitos emitida por el Congreso Federal, la trata de personas se entiende como: “Toda acción u omisión dolosa de una o varias personas para captar, enganchar, transportar, transferir, retener, entregar, recibir o alojar a una o varias personas con fines de explotación se le impondrá de 5 a 15 años de prisión y de un mil a veinte mil días multa, sin perjuicio de las sanciones que correspondan para cada uno de los delitos cometidos, previstos y sancionados en esta Ley y en los códigos penales correspondientes”.

B. SINALOA

A diferencia de Tabasco, en Sinaloa la regulación en materia de gestación subrogada contempla cuestiones de salud, de filiación e incluso de sanciones penales. A través del Código Familiar, publicado en 2013, se especifican las diferentes reglas y límites que debe cumplir un acuerdo de gestación subrogada para ser reconocido por el Registro Civil. A pesar de que la práctica de la gestación subrogada requiere de una regulación integral que incorpore aspectos de salud, estos elementos no son competencia de un código familiar local.

Además, el Código Familiar de Sinaloa establece que podrán acceder a este acuerdo sólo personas mexicanas, casadas y de diferente sexo, restricciones que violan el derecho a la igualdad y a la no discriminación. En respuesta a una solicitud de acceso a la información pública realizada por GIRE, el Registro Civil de Sinaloa reportó no tener ningún procedimiento de gestación subrogada registrado hasta diciembre de 2013, dato que resulta factible debido a lo reciente de su legislación en ese momento y las restricciones que impone con respecto a parejas y personas extranjeras, que componen una parte importante de esta práctica en el país.

GESTACIÓN SUBROGADA EN CÓDIGOS CIVILES Y FAMILIARES



Fuente: GIRE, mayo 2015.

JOSÉ, SU ESPOSO Y SU HIJO (ESPAÑA/TABASCO)

José y su esposo se conocieron cuando este último llegó a vivir a Madrid. Después de muchos años juntos, se casaron en esa ciudad y tiempo después decidieron que querían tener un hijo. Realizaron una investigación exhaustiva sobre los países en los cuales se ofrece el servicio de gestación subrogada, los requisitos y precios. Buscaron una opción que les conviniera económicamente, que permitiera dichos procedimientos para parejas del mismo sexo y donde se respetara a las mujeres gestantes. Así, eligieron Tabasco para realizar el procedimiento. En la clínica de Tabasco les aseguraron que no tendrían ningún problema con el procedimiento. La pareja firmó un contrato ante Notario Público con Mercedes,³⁸ una madre soltera originaria de Tabasco y, con el material genético de José y el óvulo de una donante, realizaron una FIV.

El embarazo de Mercedes transcurrió sin complicaciones. Sin embargo, durante el proceso tuvo que enfrentar diferentes tipos de discriminación de las que frecuentemente son víctimas las mujeres gestantes en el estado de Tabasco, como la negación por parte del hospital de atenderla porque, de acuerdo con ellos, no tenía seguro. En respuesta, José y su esposo presentaron el comprobante de pago a la aseguradora. Más tarde, tuvieron conocimiento de que el agente de seguros había tomado el dinero de la póliza y nunca la había dado de alta.

Mercedes dio a luz por medio de una cesárea en un hospital privado. Unas horas después, se quejaba de dolor: le habían quitado el analgésico, cuando por lo general se deja 24 horas o más. Ante la negativa del personal del hospital a administrarle el medicamento, Mercedes pidió ayuda a José y su esposo. Bastó una llamada furiosa de la pareja para que le brindaran un analgésico.

De acuerdo con el testimonio narrado por la pareja a GIRE, su bebé quedó registrado como hijo de José, pues en la clínica les aseguraron que ésta era la manera correcta de hacerlo pues los formatos de acta de nacimiento de la entidad no admiten la posibilidad de tener dos padres. Como la oficina de pasaportes de Villahermosa estaba cerrada por las vacaciones decembrinas, la pareja se dirigió al Distrito Federal con el acta de nacimiento, copia del contrato de subrogación y una carta del hospital para tramitar el pasaporte del niño. En esta oficina se encontraron con una persona que les aseguró que no podía emitir el documento por no haber una madre en el acta de nacimiento y les sugirió que inventaran un nombre para colocarlo en su lugar, a lo que ellos se negaron. La pareja entonces viajó a Tabasco a solicitar el pasaporte, donde se vieron enfrentados a una delegada que admitió no estar de acuerdo con este tipo de procedimientos, por lo que no haría nada por ayudarles y agregó que la solución sería abandonar a su bebé en México y regresar a su país. Su embajada no les proporcionó ninguna ayuda.

Las diferentes respuestas de las autoridades fueron contradictorias y confusas, por lo que los padres no sabían cuándo ni cómo lograrían regresar a su país. Finalmente, el 26 de junio, con su hijo de casi siete meses cumplidos, lograron obtener el pasaporte y regresar a España. Este caso es ilustrativo de los graves problemas que pueden surgir a partir de una regulación de gestación subrogada que no protege de manera adecuada a todas las partes involucradas y, de manera particular, que deja en una situación de inseguridad jurídica a los niños nacidos a partir de estos acuerdos.

38. El nombre ha sido cambiado por respeto a su privacidad.



INICIATIVA PENDIENTE: EXPLOTACIÓN CON FINES REPRODUCTIVOS

En el ámbito federal, se encuentra pendiente para dictaminar la minuta con proyecto de decreto que reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones de la Ley General para Prevenir, Sancionar y Erradicar los Delitos en Materia de Trata de Personas y para la Protección y Asistencia a las Víctimas de estos Delitos con relación a la gestación subrogada. Dicho proyecto, presentado en la Cámara de Senadores, modificado en la de Diputados y remitido a las comisiones Contra la Trata de Personas, Derechos Humanos, Justicia y de Estudios Legislativos del Senado para ser discutida en el próximo periodo legislativo, establece en su artículo 28 Bis que:

“será sancionado con prisión de 15 a 30 años y de 5 mil a 50 mil días multa, a quien, explote a una mujer con el fin de gestar una niña o un niño para que, después de nacido, sea separado de su madre o se entregue a un tercero, a través de cualquier acción

doloso, ya sea mediante amenaza (...), aprovechamiento de una situación de vulnerabilidad, ofrecimiento que ejerza dirección, influencia o autoridad sobre otra, u otras formas de coacción.”

La inclusión de esta redacción resulta altamente preocupante debido a que los criterios para determinar lo que constituye una condición de explotación en un proceso de gestación subrogada son ambiguos y pueden interpretarse de forma que se criminalice un acuerdo de este tipo que cuente con el consentimiento informado de las partes. **Incluir a la gestación subrogada dentro del marco legislativo que sanciona la trata de personas conlleva al riesgo de confundir esta práctica con uno de los delitos más graves a los que son sometidas las mujeres en nuestro país, y criminalizar a mujeres y padres intencionales llevando a cabo prácticas libres y consentidas.**

3. CONCLUSIONES

En México, la ausencia de una regulación en materia de reproducción asistida provoca que exista un campo de incertidumbre jurídica que permite abusos y discriminación en contra de las personas que participan de estas técnicas, desprotección para el personal de salud involucrado e incluso violaciones al derecho a la identidad para las personas nacidas bajo estos procedimientos.

Para evitar abusos, México debe asegurar que los órganos legislativos regulen los servicios de reproducción asistida de una manera integral y compatible con los derechos humanos, siendo el principal interés proteger los derechos de las personas involucradas en los procedimientos. Mientras esto sucede, las clínicas de reproducción asistida, incluyendo las de gestación subrogada, continúan operando sin la vigilancia y supervisión de salubridad adecuadas, con frecuencia incurriendo en abusos y provocando problemas graves bajo la anuencia del Estado.

Una legislación integral en materia de reproducción asistida debe reconocer que el acceso a estas técnicas se sustenta en los derechos humanos. En este sentido, es indispensable que la regulación no otorgue categoría de persona a los embriones u óvulos fecundados, no limite el derecho a acceder a determinadas técnicas, y no viole el derecho a la no discriminación y a la vida privada. Los criterios de acceso a las TRA no deben contener requisitos discriminatorios, como en el caso del Programa de Reproducción Humana Asistida del Centro Médico Nacional Hospital 20 de Noviembre que negó el acceso a Cecilia y su esposo a un tratamiento que les permitiría ser padres. Finalmente, en cumplimiento de la Constitución, una regulación en materia de TRA debe respetar la distribución de competencias entre la federación y las entidades federativas.

4. RECOMENDACIONES

NORMATIVAS

AL CONGRESO DE LA UNIÓN: Reformar la Ley General de Salud para regular los aspectos generales de los servicios de reproducción asistida.

A LOS CONGRESOS LOCALES DE COAHUILA, QUERÉTARO, SAN LUIS POTOSÍ Y SINALOA: Reformar en sus códigos civiles y familiares los artículos relativos a la reproducción asistida para regular los aspectos de filiación relativos a los niños que nacen por medio de técnicas de reproducción asistida, y derogar los aspectos médicos relativos a la regulación de dichas técnicas que son materia de salubridad general federal, así como aquellos que sean discriminatorios por razones de sexo, género, edad y estado civil.

A LOS CONGRESOS LOCALES: Reformar los códigos civiles locales para permitir el reconocimiento de diferentes tipos de familia, eliminando requisitos y presunciones de filiación discriminatorias que dificulten el ejercicio de los derechos reproductivos de las personas que utilicen técnicas de reproducción asistida.

Establecer una regulación de la gestación subrogada acorde con los derechos humanos que proteja adecuadamente a todas las partes involucradas y evite la aparición de abusos y conflictos jurídicos entre las partes.

A LA SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL: Emitir una Norma Oficial Mexicana para regular los aspectos médicos y técnicos de la prestación de los servicios de reproducción asistida en los ámbitos público y privado.

DE IMPLEMENTACIÓN

A LA SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL Y A LA COFEPRIS: Emitir una lista de establecimientos de salud autorizados donde se ofrezcan servicios públicos de reproducción asistida.

A LA SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL, LAS SECRETARÍAS DE SALUD LOCALES, AL IMSS, AL ISSSTE Y AL ISSFAM: Garantizar que los requisitos de ingreso a los programas de reproducción asistida que ofrecen sean acordes con los derechos humanos y la ciencia médica.

AL CENTRO MÉDICO NACIONAL HOSPITAL 20 DE NOVIEMBRE, EL INSTITUTO DE PERINATOLOGÍA, A LA CLÍNICA DE ESPECIALIDADES DE LA MUJER Y AL HOSPITAL MATERNO PERINATAL “MÓNICA PRETELINI SÁENZ”: Modificar los requisitos de ingreso a sus programas de reproducción asistida, de acuerdo con una perspectiva de derechos humanos, con especial énfasis en el derecho a la no discriminación.

DE ACCESO A LA JUSTICIA

AL CONAPRED: Garantizar que el acceso a las técnicas de reproducción asistida se provea sin discriminación y conforme a derechos humanos.

A LA CNDH, LAS COMISIONES LOCALES DE DERECHOS HUMANOS Y A LOS TRIBUNALES DE JUSTICIA: Establecer una reparación integral a las víctimas de violaciones a derechos humanos en el contexto del acceso a técnicas de reproducción asistida de acuerdo con los estándares más altos de protección y que tomen en cuenta las peticiones de las víctimas, dando seguimiento al cumplimiento de dichas recomendaciones.

DE ACCESO A LA INFORMACIÓN

A LOS REGISTROS CIVILES DE TABASCO Y SINALOA: Contar con un registro del número de nacimientos por gestación subrogada en la entidad, protegiendo en todo momento la privacidad de las partes involucradas.

6

VIDA LABORAL Y REPRODUCTIVA



ANTONIO, GABRIELA Y SU HIJO

1. GABRIELA, ANTONIO Y SU HIJO

(Estado de México)

Gabriela y Antonio tienen un hijo de dos años de edad. Gabriela era derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), por lo que por unos meses su hijo fue beneficiario de los servicios de estancia infantil que ofrece el instituto. Sin embargo, en septiembre de 2014 Gabriela terminó su relación laboral, por lo que su hijo dejó de contar con estos servicios. Ese mismo mes, ella empezó a trabajar como empleada doméstica. Pero, como en tantos otros casos, este trabajo no le da a Gabriela beneficios como la seguridad social. Así, su hijo no podía acceder a los servicios de estancia infantil del IMSS. Desde entonces, Gabriela ha tenido que llevar a su hijo a su lugar de trabajo, ya que no tiene con quien dejarlo.

Antonio, que es derechohabiente del IMSS, empezó a buscar la posibilidad de que su hijo entrara a una de las guarderías del IMSS cercanas a su hogar. Ante la solicitud del servicio, las directoras de las estancias le comunicaron que no podían autorizar el ingreso del niño, ya que la derechohabiente debe ser la madre. Para que Antonio pudiera hacer uso de este derecho tendría que ser un padre trabajador viudo, divorciado o con la patria potestad y custodia del menor, requisitos indispensables para que un hombre pueda tener acceso a estancias infantiles del IMSS de acuerdo con la Ley del Seguro Social.

Con el acompañamiento de GIRE, en enero de 2015, Gabriela y Antonio presentaron un oficio de solicitud de acceso a una estancia infantil en la Subdelegación de Instituto Mexicano del Seguro Social de Naucalpan. En un principio, el personal de la Subdelegación se negó a recibir el oficio. En el transcurso del mismo día se presentó el mismo oficio ante la Delegación del Instituto Mexicano del Seguro Social en el estado de México Poniente, en donde sí lo aceptaron.

Sin embargo, el 16 de febrero se negó la solicitud de ingreso a la estancia infantil mediante un oficio firmado por la Encargada del Departamento de Guarderías de la Jefatura de Prestaciones Económicas y Sociales de la Delegación estado de México Poniente del IMSS. Dicha negación se fundamentó en los artículos 201 y 205 de la Ley del Seguro Social, en los que se establece que:



Guardería Infantil Núm. 111, Distrito Federal.

“El servicio de guardería cubre el riesgo de no poder proporcionar cuidados durante la jornada de trabajo a los hijos en la primera infancia de la mujer trabajadora, del trabajador viudo o divorciado o de aquel al que judicialmente se le hubiera confiado la custodia”. Así como, “Las madres aseguradas, los viudos, divorciados o los que judicialmente conserven la custodia de sus hijos, mientras no contraigan nuevamente matrimonio o se unan en concubinato, tendrán derecho a los servicios de guardería, durante las horas de su jornada de trabajo, en la forma y términos establecidos en esta Ley y en el reglamento relativo”.

El 6 de marzo, Gabriela y Antonio —con la asesoría jurídica de GIRE— presentaron un juicio de amparo indirecto en contra del IMSS, el Congreso de la Unión y el Presidente de la República, como autoridades responsables de una serie de violaciones a sus derechos humanos y a los de su hijo. En el caso del IMSS, por la negación del servicio de estancia infantil a su hijo, así como por la inconstitucionalidad de los criterios de acceso a dichas estancias establecidas en los reglamentos y disposiciones del mismo instituto que rigen el funcionamiento de sus guarderías. En el caso del Congreso de la Unión y el Presidente por la inconstitucionalidad de los criterios de ingreso a estancias infantiles establecidos en la Ley del Seguro Social.

DEFENSA DE GIRE EN EL CASO DE GABRIELA, ANTONIO Y SU HIJO

A. AMPARO

El acceso a servicios de estancias infantiles implica el ejercicio de una serie de derechos humanos, entre ellos a la seguridad social, a la igualdad y a la no discriminación. La garantía de estos derechos incluye el acceso, la regulación e implementación de políticas públicas para ofrecer este tipo de prestaciones laborales a quienes, por diversas razones, llevan a cabo actividades laborales remuneradas y no remuneradas. La negativa de acceso al hijo de Antonio y Gabriela a los servicios de estancia infantil del IMSS implica una violación a sus derechos humanos, en particular a la seguridad social. Además, la normativa que rige el funcionamiento de estos servicios refuerza el prejuicio de que las mujeres son quienes deben hacerse cargo del cuidado de los hijos, concepto contrario al derecho a la igualdad y a la no discriminación. Estos derechos se vulneran no sólo por la negativa del IMSS, sino también por la misma existencia de criterios discriminatorios en la Ley del Seguro Social.

Por ello, Gabriela y Antonio, por derecho propio y en representación de su hijo, decidieron promover un juicio de amparo indirecto en contra de las autoridades responsables por la negación de acceso a su hijo a la estancia infantil del IMSS, así como por la inconstitucionalidad de los criterios de acceso a la misma y la ausencia de normas que permitan garantizar el acceso efectivo y acorde con los derechos humanos a estos servicios de seguridad social para los derechohabientes del IMSS. Además, solicitaron ante el Poder Judicial de la Federación una suspensión provisional para que el niño pudiera tener acceso al servicio de estancia infantil en lo que el amparo se tramitaba, pero ésta fue negada por el Juez Primero de Distrito en el estado de México. A la fecha de cierre de esta publicación, el amparo presentado se encuentra pendiente de resolución.

ACTOS RECLAMADOS A AUTORIDADES

EN EL CASO DE ANTONIO, GABRIELA Y SU HIJO



B. DERECHOS VIOLADOS

DERECHO A LA IGUALDAD Y A LA NO DISCRIMINACIÓN

El derecho a la igualdad y a la no discriminación se encuentra reconocido en los artículos 1º y 4º constitucionales, así como en diversos instrumentos internacionales de los que México es parte: los artículos 1 y 24 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José), el artículo 3 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, y los artículos 1, 11 y 16 de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). Estas normas jurídicas ordenan al Estado el reconocimiento y garantía de la igualdad de derechos entre mujeres y hombres.

En ese sentido, la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) estableció el alcance normativo del derecho a la igualdad entre mujeres y hombres reconocido en el artículo 4º constitucional.

Al disponer el citado precepto constitucional, el derecho humano a la igualdad entre el varón y la mujer, establece una prohibición para el legislador de discriminar por razón de género, esto es, frente a la ley deben ser tratados por igual, es decir, busca **garantizar la igualdad de oportunidades para que la mujer intervenga activamente en la vida social, económica, política y jurídica del país**, sin distinción alguna por causa de su sexo, dada su calidad de persona; y **también comprende la igualdad con el varón en el ejercicio de sus derechos y en el cumplimiento de responsabilidades**. En ese sentido, la pretensión de elevar a la mujer al mismo plano de igualdad que el varón, estuvo precedida por el trato discriminatorio que a aquélla se le daba en las legislaciones secundarias, federales y locales, que le impedían participar activamente en las dimensiones anotadas y asumir, al igual que el varón, tareas de responsabilidad social pública. Así, **la reforma al artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, da la pauta para modificar todas aquellas leyes secundarias que incluían modos sutiles de discriminación**.¹

En este sentido, el artículo 11 de la CEDAW establece la obligación de los Estados parte de:

2. A fin de impedir la discriminación contra la mujer por razones de matrimonio o maternidad y asegurar la efectividad de su derecho a trabajar, los Estados Partes tomarán medidas adecuadas para:
 - a) Prohibir, bajo pena de sanciones, el **despido por motivo de embarazo o licencia de maternidad** y la discriminación en los despidos sobre la base del estado civil;
 - b) Implantar la **licencia de maternidad** con sueldo pagado o con prestaciones sociales comparables sin pérdida del empleo previo, la antigüedad o los beneficios sociales;
 - c) **Alentar el suministro de los servicios sociales de apoyo necesarios para permitir que los padres combinen las obligaciones para con la familia con las responsabilidades del trabajo y la participación en la vida pública**, especialmente mediante el fomento de la creación y desarrollo de una red de servicios destinados al cuidado de los niños.

1. SCJN, "Amparo en revisión 796/2011: Excepción de prestar el servicio militar a determinadas personas, basándose en aspectos tales como la religión, condición política y social. Argumenta violación a las garantías contenidas en los artículos 8 constitucional. Ministro ponente José Ramón Cossío Díaz" en *Suprema Corte de Justicia de la Nación [sitio web]*, 18 de abril de 2012. Disponible en <<http://bit.ly/1TOhniJ>> [consulta: 10 de junio de 2015].

Por su parte, en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, y en el Pacto de San José se consagran cuatro disposiciones que establecen la obligación del Estado de garantizar los derechos humanos contenidos en dichos tratados sin discriminación alguna, incluyendo la discriminación por razones de sexo y edad.

En este mismo orden de ideas, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CoIDH) ha señalado que “la Convención Americana prohíbe la discriminación [...] en lo que respecta a todas las leyes que apruebe el Estado y a su aplicación. Es decir, [...] consagra un derecho que también acarrea obligaciones al Estado de respetar y garantizar el principio de igualdad y no discriminación en la salvaguardia de otros derechos y en toda la legislación interna que apruebe”.²

La discriminación por razones del sexo y género se puede definir como: toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo y/o género que tenga por efecto impedir el reconocimiento o el ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades de las personas tanto en el ámbito público como en el privado. Entre los elementos a considerar para demostrar este tipo de discriminación están:

- a. Que sea una distinción, exclusión o restricción.
- b. Que la distinción, exclusión o restricción se base en el sexo de las personas.
- c. Que los efectos de la distinción sean:
 - Impedir el reconocimiento o el ejercicio de los derechos.
 - Impedir la igualdad real de oportunidades de las personas tanto en el ámbito público como en el privado.

Las normas que se impugnan en el amparo promovido por Antonio y Gabriela contienen una distinción basada en el sexo de las personas, una categoría sospechosa de acuerdo con el artículo 1º de la Constitución y diversos instrumentos internacionales de derechos humanos. En otras palabras, dadas las condiciones históricas de discriminación basadas en el sexo de las personas, una distinción con base en esta categoría merece ser analizada de manera particularmente rigurosa.

Del análisis de las normas de acceso a los servicios de estancia infantil se desprende que éstas parten de la noción de que la responsabilidad del cuidado de los hijos corresponde sólo a las mujeres. Las leyes que se reclaman presumen que si las mujeres no están inscritas en algún esquema de seguridad social significa que no están trabajando y, por lo tanto, no tienen más que hacer que cuidar a sus hijos. **Se asume entonces que un hombre afiliado al imss con una pareja mujer que no está afiliada no puede solicitar el servicio de estancias infantiles porque tiene quien cuide a sus hijos.** Asimismo, el hecho de que el servicio de estancias infantiles sólo cubra la jornada laboral de la mujer limita su posibilidad de realizar cualquier tipo de actividad profesional, académica, artística, política, etc. fuera de ese horario, ya que supone que el tiempo que no dedica a un empleo deberá dedicarlo al cuidado de los hijos.

En este sentido, el Comité CEDAW, con motivo de su último examen a México (2012) mostró su preocupación por la persistencia de prácticas discriminatorias contra las mujeres en el ámbito laboral, tales como el requisito de presentar certificados de ingravidez para acceder a un empleo o mantenerlo, así como la práctica de someter a las mujeres embarazadas a condiciones de trabajo difíciles o

2. Corte IDH, *Caso Yatama vs. Nicaragua. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 23 de junio de 2005. Serie C No. 127*, párrafo 186. Disponible en <<http://bit.ly/1iW2yHU>> [consulta: 8 de mayo de 2015].

peligrosas. El Comité recomendó al Estado adoptar medidas tendientes a eliminar estas prácticas discriminatorias, así como ratificar el Convenio 156 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre los trabajadores con responsabilidades familiares.³

De acuerdo con las obligaciones establecidas en las normas constitucionales, en julio de 2013 se publicó la siguiente tesis del Primer Tribunal Colegiado de Circuito del Centro Auxiliar de la Primera Región con motivo de la normativa sobre acceso a servicios de estancia infantil para los trabajadores operativos de la Cámara de Senadores:

Las reglas para otorgar prestaciones a los trabajadores operativos de base de la Cámara de Senadores, así como **los lineamientos que regulan el apoyo económico para el servicio de guardería, educación especial y/o cuidados del menor, violan el derecho a la igualdad previsto en el artículo 4º de la Constitución General de la República**, pues establecen, entre otras cuestiones, que las madres trabajadoras de base de la referida Cámara, tendrán derecho a la prestación del Servicio del Centro Infantil o al otorgamiento de un apoyo económico para guardería externa **que se aceptará la inscripción de los hijos de padres trabajadores que presten sus servicios en dicha institución, cuando su estado civil sea el de divorciado, soltero o viudo y acrediten haber obtenido la custodia de sus hijos, situación que implica un trato desigual entre el hombre y la mujer**, ya que las aludidas reglas generan un derecho a favor de la madre por su sola condición de mujer y, únicamente, por excepción, ese derecho corresponde al padre. En estos casos, la autoridad responsable no sólo debe respetar la igualdad entre el hombre y la mujer consagrada en el citado artículo 4º, sino también el interés superior del menor, buscando lo que menos le perjudique y ponderando sus necesidades en materia de educación y ayuda escolar.⁴

En términos de lo anterior, **la normativa que regula el acceso a los servicios de estancias infantiles del IMSS viola el derecho a la igualdad y a la no discriminación de Gabriela y Antonio, pues dichas normas reproducen los estereotipos sobre el papel de las mujeres como únicas responsables del cuidado de los hijos** al establecer un trato diferenciado en el que se reconoce el derecho de las mujeres trabajadoras de solicitar el acceso a estancias infantiles para sus hijos, pero no así en el caso de hombres trabajadores que son padres.

Detrás de la negación de acceso al hijo de Antonio y Gabriela a la estancia infantil del IMSS se encuentran un grave problema de discriminación al que históricamente se ha sometido a hombres y mujeres con respecto al cuidado de los hijos. En este sentido, las normas que niegan el acceso a los servicios de estancia infantil tienen efectos discriminatorios en todas las personas que se encuentren en una situación similar a la de Gabriela, Antonio y su hijo: mujeres trabajadoras que no son derechohabientes del IMSS, padres trabajadores que lo son y que, sin embargo, no tienen acceso a la prestación, y niños que no pueden acceder a una estancia infantil porque los estereotipos con respecto a su cuidado continúan permeando la normativa sobre seguridad social en México.

La discriminación que proyectan el Reglamento para la Prestación de los Servicios de Guardería del IMSS, y los artículos 201 y 205 de la Ley del Seguro Social repercute de manera negativa en los derechos de mujeres y hombres e impide una corresponsabilidad en el cuidado de los hijos.

3. Naciones Unidas, Comité CEDAW, *Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: México [CEDAW/C/MEX/CO7-8]*, 52º periodo de sesiones (2012), párrafo 31. Disponible en <<http://bit.ly/1hhCf09>> [consulta: 29 de abril de 2015].

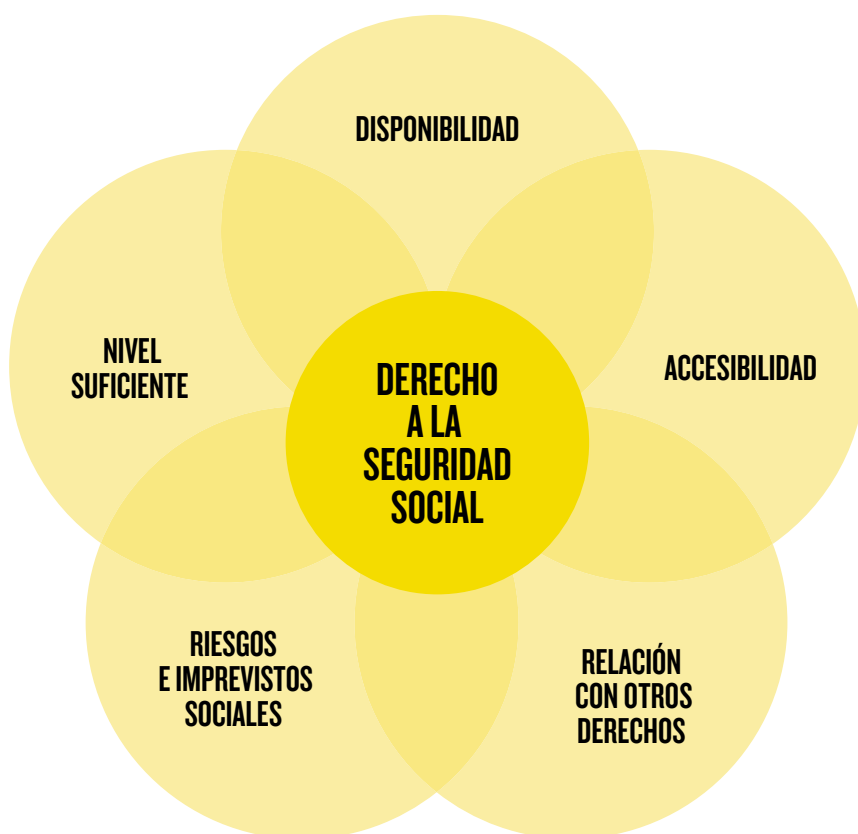
4. Primer Tribunal Colegiado de Circuito del Centro Auxiliar de la Primera Región con Residencia en el Distrito Federal, "Trabajadores operativos de base de la Cámara de Senadores. Las reglas para el otorgamiento de prestaciones a éstos, así como los lineamientos que regulan el apoyo económico para el servicio de guardería, educación especial y/o cuidados del menor, al establecer un trato desigual entre hombres y mujeres, violan el derecho a la igualdad previsto en el artículo 4o. de la Constitución Federal. Tesis I.1o. (I Región) 5 L (10a.)" en *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Décima época, Libro XXII, Tomo 1, julio de 2013, p. 1603. Disponible en <<http://bit.ly/1HMguBe>> [consulta: 18 de junio de 2015].

DERECHO A LA SEGURIDAD SOCIAL

El derecho a la seguridad social se encuentra reconocido en el artículo 123 de la Constitución y en el artículo 9 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) e implica **el derecho a obtener y mantener prestaciones sociales, ya sea en efectivo o en especie, sin discriminación, con el fin de obtener protección, en particular contra:** a) la falta de ingresos procedentes del trabajo debido a enfermedad, invalidez, maternidad, accidentes laboral, vejez o muerte de un familiar; b) gastos excesivos de atención de salud; c) **apoyo familiar insuficiente, en particular para los hijos y familiares a cargo.**⁵

En este sentido el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC) en la Observación General 19 desarrolló los elementos fundamentales de este derecho:⁶

ELEMENTOS DEL DERECHO A LA SEGURIDAD SOCIAL



5. Naciones Unidas, Comité DESC, *Observación general No. 19 El derecho a la seguridad social (artículo 9) [E/C.12/GC/19]*, 39º período de sesiones (2007), párrafo 2. Disponible en <<http://bit.ly/1HVDJH4>> [consulta: 18 de junio de 2015].

6. *Ibíd.*, párrafos 11-28.

DISPONIBILIDAD:

El derecho nacional debe prever un sistema funcional que garantice las prestaciones sociales.

RIESGOS E IMPREVISTOS SOCIALES:

- a) **Prestaciones familiares.** El Estado Parte debe tener en cuenta los recursos y la situación del niño [...]. Las prestaciones familiares, incluidas las prestaciones en efectivo y los servicios sociales, deben concederse a las familias sin discriminación.
- b) **Maternidad.** La licencia de maternidad debe concederse a todas las mujeres, incluidas las que realizan trabajos atípicos. Deben concederse prestaciones médicas apropiadas a la mujer y al niño, incluida la atención en el período prenatal, durante el parto y en el período posnatal.

NIVEL SUFICIENTE:

Las prestaciones deben ser suficientes a fin de que todos puedan gozar de sus derechos a la protección y asistencia familiar, de condiciones de vida adecuadas y de acceso suficiente a la atención de salud.

ACCESIBILIDAD:

- a) **Cobertura.** Todas las personas deben estar cubiertas por el sistema de seguridad social, sin discriminación.
- b) **Condiciones.** La supresión, reducción o suspensión de las prestaciones debe ser limitada, basarse en motivos razonables y estar prevista en la legislación nacional.
- c) **Asequibilidad.** Si un plan de seguridad social exige el pago de cotizaciones, éstas deben definirse por adelantado y deben de ser asequibles para todos.
- d) **Participación e información.** Los beneficiarios de los planes de seguridad social deben poder participar en la administración del sistema, recabar, recibir y distribuir información sobre los derechos ofrecidos por la seguridad social de manera clara y transparente.
- e) **Acceso físico.** Las prestaciones deben concederse oportunamente y los beneficiarios deben tener acceso físico a los servicios de seguridad social con el fin de obtener las prestaciones y la información, y hacer las cotizaciones cuando corresponda.

RELACIÓN CON OTROS DERECHOS:

Los Estados Partes deberán proporcionar cuidados a los niños y servicios para su bienestar. Los Estados Partes deben también estudiar la posibilidad de establecer planes para brindar protección social a los grupos marginados y desfavorecidos; por ejemplo, protección de los medios de subsistencia de las personas que trabajan por cuenta propia en el sector informal.

Por su parte, el Pleno de la SCJN, al resolver el caso de la muerte de 49 niñas y niños en la Guardería ABC, desarrolló los alcances y contenido del derecho a la seguridad social y sostuvo que:⁷

7. SCJN, "Dictamen final de solicitud de ejercicio de la Facultad de Investigación (art. 97): Expediente 1/2009-01: engrose" en *Sistema de consulta de sentencias y datos de expedientes de la SCJN [sitio web]*, 2010, p. 196-204. Disponible en <<http://bit.ly/1GKKSXYX>> [consulta: 18 de abril de 2015].

El derecho a la seguridad social es uno de los derechos sociales reconocidos en el artículo 123 constitucional. El carácter social de este derecho conlleva un aspecto muy relevante para este estudio: se trata de un derecho claramente prestacional, cuya satisfacción exige al Estado la realización de acciones positivas.

El derecho a la seguridad social encuentra su justificación principal en consideraciones de igualdad material, pero las razones para incluirlo en un catálogo de derechos también se conectan con valores como la dignidad humana y la solidaridad. **En efecto, detrás de los derechos sociales está la idea de que el Estado debe contribuir a proporcionar a los ciudadanos un piso común de bienestar material que les permita llevar a cabo los planes de vida que elijan.** Al mismo tiempo, el derecho a la seguridad social nace de la preocupación de la sociedad por buscar que todos los individuos tengan un mínimo de bienestar que les asegure una vida digna.

En efecto, **diversos ordenamientos internacionales reconocen expresamente el derecho a los servicios de guardería no sólo como un derecho de seguridad social cuyos titulares son los adultos, sino también como un derecho de los niños.** La Convención sobre los Derechos del Niño señala en su artículo 18.3 que “los Estados parte adoptarán todas las medidas apropiadas para que los niños cuyos padres trabajen tengan derecho a beneficiarse de los servicios e instalaciones de guarda de niños para los que reúnan las condiciones requeridas”.

La negación de los servicios de estancia infantil para el hijo de Gabriela y Antonio vulnera tanto su derecho a la seguridad social como el de sus padres. En el caso de Gabriela, esta negación conlleva una estigmatización en su contra que le impone una carga desigual por el hecho de ser mujer e impide que haya una corresponsabilidad entre hombres y mujeres en el cuidado de los hijos. Por lo que hace a Antonio, la negativa restringe su acceso a la seguridad social como derechohabiente del IMSS para brindar a su familia un mejor nivel de vida. Por último, para el niño, la negación del servicio significa que no pueda acceder a los servicios de seguridad social establecidos por el Estado.

Gabriela, como muchas trabajadoras domésticas en México, tiene que llevar a su hijo a su lugar de trabajo. En México, cerca de 2.2 millones de personas se dedican al trabajo del hogar. De acuerdo con estimaciones del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) para 2013, nueve de cada diez de estas personas son mujeres;⁸ 30.3% de las trabajadoras domésticas tienen entre uno y dos hijos, 38% tiene de tres a cinco hijos, y 9.4% tiene seis o más. **En su mayoría, estas mujeres no cuentan con servicios de estancia infantil, ni con otras prestaciones de seguridad social, pues tan sólo 19.53% está afiliada al IMSS.**⁹

El derecho a la seguridad social implica que las personas puedan estar registradas ante las instituciones de seguridad social con el fin de obtener y mantener prestaciones sociales, sin ningún tipo de discriminación. Sin embargo, en México, la garantía de este derecho suele depender de la permanencia en un esquema de trabajo formal. La mayoría de las trabajadoras domésticas se encuentran en una situación de desprotección laboral importante, aunada a las condiciones de discriminación en las que con frecuencia se ven obligadas a trabajar.

En el siguiente cuadro se exponen los elementos de la discriminación en el derecho a la seguridad social que Gabriela, Antonio y su hijo sufrieron por la negación al acceso a la estancia infantil del IMSS.

8. CONAPRED, *Trabajo del hogar*, México, CONAPRED, SEGOB, 2014. Disponible en <<http://bit.ly/1gGZxZr>> [consulta 24 de junio de 2015].

9. CONAPRED, *Derechos iguales para las trabajadoras del hogar* en México, 30 de marzo, Día Internacional de las Trabajadoras del Hogar, México, marzo 2012, p. 10. Disponible en <<http://bit.ly/1gGZGD9>> [consulta 24 de junio de 2015].

DISCRIMINACIÓN EN EL ACCESO A ESTANCIAS INFANTILES DEL IMSS

GABRIELA	ANTONIO	HIJO
-----------------	----------------	-------------

PERSONAS QUE COMPARTEN SU SITUACIÓN:

Mujeres no afiliadas.	Hombres afiliados que no son viudos, divorciados o cuentan con la custodia de sus hijos.	Hijos de mujeres no afiliadas. Hijos de hombres afiliados que no son viudos, divorciados ni cuentan con la custodia de sus hijos.
-----------------------	--	--

DISTINCIÓN, EXCLUSIÓN O RESTRICCIÓN:

No tiene acceso a los servicios de estancias infantiles del IMSS.		
---	--	--

CATEGORÍA SOSPECHOSA (SEXO DE LA PERSONA):

MUJER: Se presupone que si no está afiliada a alguna institución de seguridad social no trabaja y, por lo tanto, no requiere de los servicios de estancias infantiles.	HOMBRE: Se presupone que si vive en pareja, la mujer se hace cargo del cuidado de los hijos y, por lo tanto, no requiere de los servicios de estancias infantiles.
--	--

DERECHOS HUMANOS VIOLADOS:

Derecho a la seguridad social. Derecho a la igualdad y no discriminación.		
---	--	--

MARIO Y MARÍA (DISTRITO FEDERAL)

Mario y María son una joven pareja del Distrito Federal, tienen un bebé y ambos trabajan. Mario es derechohabiente del IMSS, pero María, como comerciante independiente, no cuenta con afiliación. En enero 2015, ubicaron las guarderías más cercanas a su domicilio e indagaron acerca de los requisitos para tramitar el acceso a las mismas. Así, descubrieron que, de acuerdo con la normativa que rige al IMSS, como María no es derechohabiente ni Mario es viudo o divorciado con la patria potestad y custodia del menor, su niño no tiene derecho a dicho servicio.

No obstante, solicitaron el acceso para su hijo y recibieron una respuesta por parte de la Jefa del Departamento de Guarderías expresando que “éste (la estancia infantil) es un derecho orientado a las mujeres aseguradas y que, solamente tratándose de las excepciones que el propio ordenamiento admite, será disfrutado por hombres padres trabajadores asegurados por el régimen obligatorio del IMSS”.

Ante dicha discriminación, Mario y María presentaron —con el acompañamiento de GIRE— un juicio de amparo indirecto por las violaciones a sus derechos humanos ocasionadas por las normas que regulan el acceso a las estancias infantiles del IMSS, así como por la negación de acceso por parte del Departamento de Guarderías de la Delegación Sur del Distrito Federal del IMSS. En la actualidad, el amparo sigue pendiente de resolución.



Foto: Fungifilms

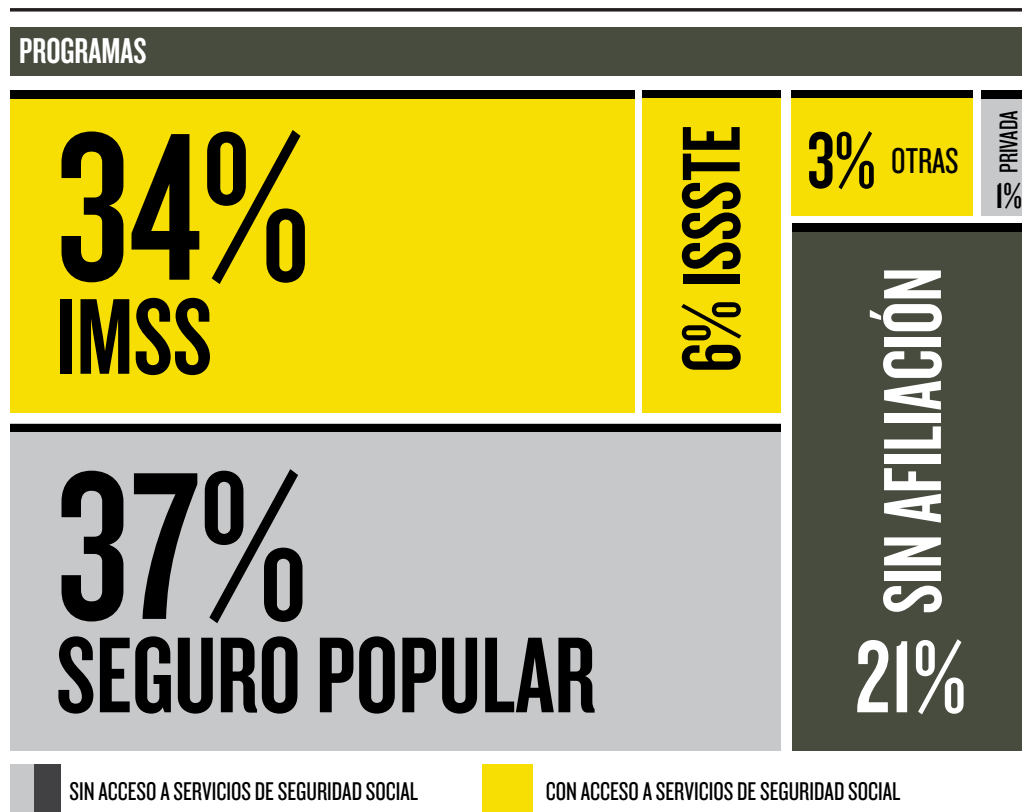
Mario.

2. MARCO NORMATIVO Y POLÍTICAS PÚBLICAS

En México la regulación laboral y de seguridad social tiene fundamento en el artículo 123 de la Constitución. Además, con base en el artículo 1º constitucional, deben aplicarse a esta materia las normas relativas a los derechos laborales contenidas en los instrumentos internacionales de los que el Estado es parte, en especial el PIDESC y la CEDAW. La normativa nacional aplicable a la protección de la maternidad en el ámbito laboral y de seguridad social se encuentra establecida en la Constitución, en la Ley Federal del Trabajo (LFT), en la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado —Reglamentaria del Apartado B del Artículo 123 Constitucional—, en la Ley del Seguro Social y en la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (Ley del ISSSTE).

Sin embargo, según datos de la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2013, 34% de las mujeres en el país están afiliadas al IMSS, 6% lo están al ISSSTE y 37% al Seguro Popular;¹⁰ este último, sin embargo, no incluye prestaciones sociales tales como estancias infantiles ni licencias de maternidad.¹¹

AFILIACIÓN DE MUJERES A UN SERVICIO MÉDICO 2013



Fuente: Elaboración de gire con base en la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2013.

10. INEGI, *Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2013 (ENESS): principales resultados*, México, INEGI, IMSS, 2014, p. 35. Disponible en <<http://bit.ly/1gSB22t>> [consulta 10 de junio de 2015].

11. Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, *Catálogo Universal de Servicios de Salud (Causas)*, México, 2014. Disponible en <<http://bit.ly/1fs45j3>> [consulta: 19 de junio de 2015].

A. PROTECCIÓN LABORAL DE LAS MUJERES EMBARAZADAS

El Derecho Internacional de los Derechos Humanos no ha sido ajeno a la protección de la maternidad en el trabajo. Esta protección se encuentra, por ejemplo, en el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, donde se establece que “la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencias especiales” y en el artículo 10 del PIDESC, que obliga a los Estados a “conceder especial protección a las madres durante un periodo de tiempo razonable antes y después del parto”, así como licencias con remuneración o con prestaciones adecuadas de seguridad social durante dicho lapso.

Por su parte, la CEDAW establece una concepción más amplia de la protección a la maternidad como función social relevante en el desarrollo de las familias. En este sentido, obliga a los Estados a adoptar las medidas necesarias para asegurar la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, garantizando sus derechos en el ámbito laboral, tales como: prohibir el despido por motivo de embarazo, maternidad o estado civil; establecer obligaciones para los empleadores de implementar el pago de la licencia de maternidad o prestaciones sociales sin pérdida del empleo; alentar servicios sociales que permitan a los padres combinar la vida laboral y reproductiva, tales como licencias de paternidad y estancias infantiles.

Además, varios convenios de la OIT establecen estándares y garantías para la protección de la maternidad. El Convenio 111, sobre discriminación en el empleo —ratificado por México el 11 de septiembre de 1961— establece la obligación de los Estados Partes de “formular y llevar a cabo una política nacional que promueva, por métodos adecuados a las condiciones y a la práctica nacionales, la igualdad de oportunidades y de trato en materia de empleo y ocupación, con objeto de eliminar cualquier discriminación a este respecto”. **Por su parte, los convenios 183 y 156 establecen varias obligaciones específicas para la protección de la maternidad, incluida la obligación de otorgar una licencia de maternidad de al menos 14 semanas. Desafortunadamente, estos dos convenios no han sido ratificados por el Estado mexicano.**

En México, el artículo 123 de la Constitución, la LFT, la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, la Ley del Seguro Social y la Ley del ISSSTE establecen prestaciones sociales para las mujeres trabajadoras con hijos, licencias de maternidad y estancias infantiles, así como protecciones especiales para las mujeres embarazadas en contra de trabajos que impliquen un riesgo para su salud. Esta protección corresponde al IMSS en el caso de las trabajadoras del sector privado, y al ISSSTE en relación con las del sector público.

PROTECCIÓN LABORAL A MUJERES EMBARAZADAS

CONSTITUCIÓN (ART. 123)

TRABAJADORAS SECTOR PRIVADO (APARTADO A)	TRABAJADORAS DEL ESTADO (APARTADO 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.	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.

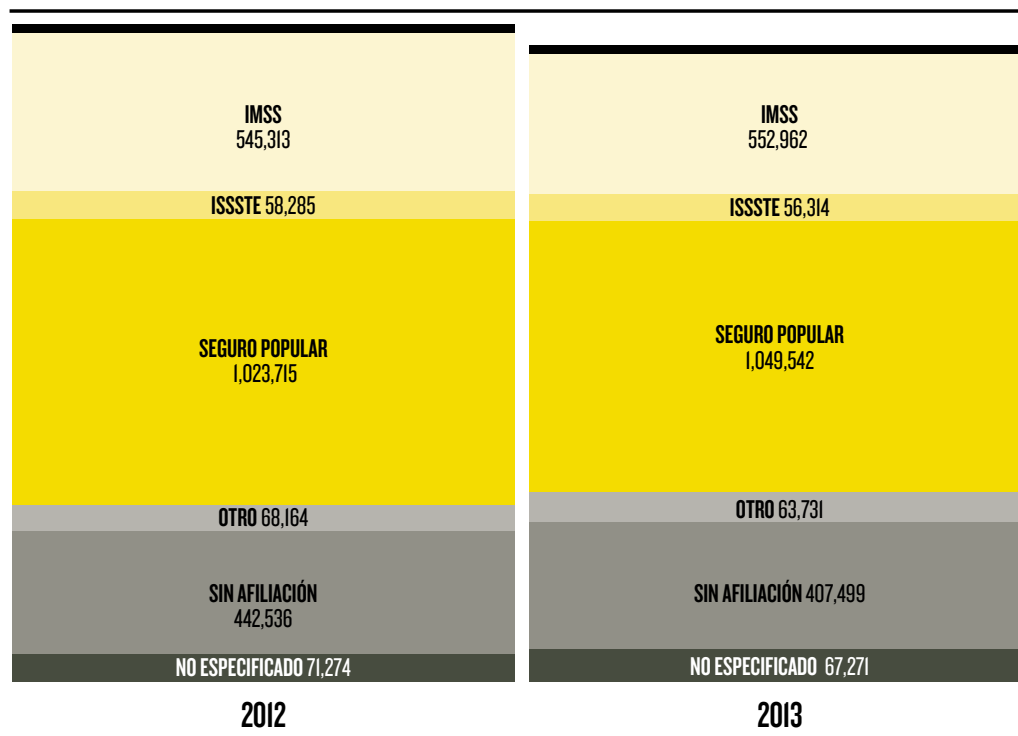
LEYES SECUNDARIAS

LEY FEDERAL DEL TRABAJO Se prohíbe: Utilizar su trabajo en labores insalubres o peligrosas, trabajo nocturno industrial, en establecimientos comerciales o de servicio después de las diez de la noche, así como en horas extraordinarias. Exigir la presentación de certificados médicos de no embarazo para el ingreso, permanencia o ascenso en el empleo. Despedir a una trabajadora o coaccionarla directa o indirectamente para que renuncie por estar embarazada, o por tener el cuidado de hijos menores.	LEY FEDERAL DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DEL ESTADO, REGLAMENTARIA DEL APARTADO B DEL ARTÍCULO 123 CONSTITUCIONAL 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.
LEY DEL SEGURO SOCIAL Asistencia obstétrica. Canastilla de maternidad.	LEY DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO Asistencia obstétrica. Canastilla de maternidad.

Sin embargo, un porcentaje muy grande de mujeres en México carece de seguridad social, ya sea porque está desempleada, trabaja de forma remunerada o no remunerada en el hogar o labora en el sector informal. Del número total de mujeres que tuvieron un hijo en 2012 y 2013, la mayoría no está afiliada a un esquema de seguridad social que le permita acceder a prestaciones tales como estancias infantiles o licencias de maternidad. Estas mujeres enfrentarán mayores dificultades para conciliar su vida laboral con la reproductiva.

AFILIACIÓN DE LAS MUJERES QUE TUVIERON HIJOS

2012 Y 2013



Fuente: Elaboración de gire con base en Dirección General de Información en Salud/Subsistema de Información sobre Nacimientos 2012 y 2013.

*Una mujer puede estar afiliada a más de un servicio de salud.

La Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2009 señala que seis de cada diez personas de la población económicamente activa que no están afiliadas a un esquema de seguridad social son mujeres.¹² **A la solicitud de información realizada por GIRE a la Secretaría de Salud federal acerca del tipo de protección social que se proporciona a las mujeres embarazadas y con hijos inscritos en el Seguro Popular y las instituciones competentes para proveer estos servicios, se obtuvo la respuesta de que “en razón de que (el Seguro Popular) es un sistema de financiamiento que garantiza el acceso a los servicios de salud, el Sistema de Protección Social en Salud no otorga prestaciones como licencias de maternidad, estancias infantiles, entre otras”.**¹³

Lo anterior da cuenta de una grave situación de desigualdad en la que las mujeres embarazadas que no cuentan con algún tipo de afiliación de seguridad social, si bien pueden tener acceso a servicios médicos a través del Seguro Popular, se encuentran en un estado importante de desprotección en relación con su maternidad y el cuidado de sus hijos.

12. INEGI, *Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social. (ENESS 2009)*, México: INEGI, IMSS, 2010, p. 42. Disponible en <<http://bit.ly/d7n7ak>> [consulta: 15 de noviembre de 2012].

13. Gobierno Federal, Secretaría de Salud, Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex, folio 1210200013014.

ESTHER¹⁴ (GUANAJUATO)

A partir de marzo de 2014, Esther se desempeñaba como gerente en un supermercado en Irapuato, Guanajuato. Derivado de una visita de revisión de rutina al supermercado por parte de sus superiores, llevada a cabo el viernes 6 de febrero de 2015, se le citó a una reunión en la ciudad de San Luis Potosí en donde le hicieron preguntas sobre su vida personal, como la posibilidad de que estuviera embarazada, a lo cual respondió que sí. Ante esto, su jefe le dijo que tenía que firmar una renuncia con fecha de 15 de febrero de 2015, situación que en un primer momento no le pareció extraña, pues es una práctica común en su puesto que las empleadas firmen renuncias anticipadas y sean recontratadas inmediatamente después.

Sin embargo, en las dos semanas siguientes se llevaron una serie de acciones que se salían de lo rutinario y que hicieron dudar a Esther sobre la pertinencia de la firma anticipada de la renuncia. Por ejemplo, que los supervisores visitaran el supermercado en uno de sus días de descanso, o la instrucción de que despidiera sin causa justificada a uno de sus empleados. Sus dudas terminaron el 28 de febrero, cuando la supervisora pidió que le entregara la tienda en razón de que iban a aplicar su renuncia, a lo que Esther respondió que ella no había renunciado y que, al estar embarazada, ocupaba el servicio médico.

Después de múltiples intentos fallidos por conocer las razones para hacer efectiva la renuncia y de preguntar si era debido a su embarazo, el gerente regional del supermercado se limitó a responder que “tenía que entregar, que por favor no hiciera ‘panchos’”. Esther se negó y expresó que continuaría con sus actividades cotidianas hasta que no le notificaran por escrito que estaba despedida.

Lamentablemente, esa misma noche tuvo que acudir al servicio médico por una complicación con su embarazo, derivado de lo cual permaneció hospitalizada del 28 de febrero al 5 de marzo. El 7 de marzo, terminando su permiso de incapacidad, se presentó en las instalaciones de la tienda sin que se le permitiera el acceso.

Ante estos hechos, el 9 de marzo de 2015, Esther presentó una queja ante el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) con el acompañamiento jurídico de GIRE, por despido por embarazo. Días después de presentada la queja, Esther fue reincorporada a su trabajo.

14. El nombre ha sido cambiado por respeto a su privacidad.

B. ESTANCIAS INFANTILES

El acceso a estancias infantiles o guarderías se encuentra establecido en el artículo 123 de la Constitución, la LFT, la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, la Ley del Seguro Social y la Ley del ISSSTE. Dichas normativas establecen el acceso a estos servicios para las madres trabajadoras y padres en el caso de que sean viudos, divorciados o tengan la custodia de sus hijos. En el caso de la Ley del Seguro Social, se establece que dicho servicio se proporcionará a los niños de entre cuarenta y tres días y cuatro años de edad. Además, de acuerdo con el artículo 6 del Reglamento para la Prestación de los Servicios de Guardería del IMSS, “Los servicios de guardería se prestarán durante la jornada de trabajo del asegurado y siempre dentro de los días y horas que administrativa-mente tenga señalados la guardería para la prestación del servicio. En casos excepcionales y previa comprobación por parte del trabajador al personal autorizado de la guardería, se concederá un tiempo extraordinario que en ningún caso excederá de noventa minutos, para efecto de que el trabajador pueda recoger al menor”. Estos horarios podrían limitar las oportunidades de las familias para articular responsabilidades laborales y de cuidado.

ESTANCIAS INFANTILES

CONSTITUCIÓN (ART. 123)

TRABAJADORAS SECTOR PRIVADO (APARTADO A)	TRABAJADORAS DEL ESTADO (APARTADO B)
Ley del Seguro Social comprenderá servicios de guardería.	Las mujeres gozarán de servicio de guarderías infantiles para sus hijos.

LEYES SECUNDARIAS

LEY FEDERAL DEL TRABAJO Establecimiento de guarderías infantiles prestadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social.	LEY FEDERAL DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DEL ESTADO, REGLAMENTARIA DEL APARTADO B DEL ARTÍCULO 123 CONSTITUCIONAL Establecimiento de guarderías infantiles.
LEY DEL SEGURO SOCIAL El servicio de guarderías cubre el riesgo de no poder proporcionar cuidados durante la jornada de trabajo a sus hijos en la primera infancia, de la mujer trabajadora, del trabajador viudo o divorciado o de aquél al que judicialmente se le hubiera confiado la custodia de sus hijos, así como de los asegurados que por resolución judicial ejerzan la patria potestad y la custodia de un menor y no puedan proporcionar la atención y cuidados al niño. Incluyen el aseo, la alimentación, el cuidado de la salud, la educación y la recreación de los niños. Los servicios de guarderías se proporcionarán a los niños de entre 43 días hasta los cuatro años.	LEY DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO Servicios de atención para el bienestar y desarrollo infantil a precios módicos proporcionados por el ISSSTE.

GIRE realizó solicitudes de acceso a la información al IMSS y al ISSSTE acerca de los servicios de estancia infantil disponibles para sus derechohabientes en el periodo de agosto 2012 a diciembre 2013. De acuerdo con la respuesta emitida por el IMSS, se cuenta con 142 estancias infantiles cuyo servicio se otorga de manera directa por esta institución, mientras que 1,274 corresponden a un esquema subrogado. **Resulta preocupante que el ISSSTE señaló la inexistencia de la información, por lo que no proporcionó datos acerca del número, ubicación y horarios de las estancias infantiles que tiene disponibles para sus derechohabientes, a pesar de que en 2012 —cuando se preguntó a la misma institución el número de estancias infantiles con que contaban en el periodo de 2009 a 2012— sí se obtuvo una respuesta.**¹⁵

Los horarios de apertura de las estancias del IMSS oscilan entre las 5 y las 8 de la mañana, y cierran entre las 4 de la tarde y las 8 de la noche. Existen casos excepcionales donde estos horarios varían y la hora de cierre de las estancias se prolonga de manera considerable, lo que puede facilitar la conciliación de la vida laboral y reproductiva para los padres y madres trabajadores. Sin embargo, conocer el número de estancias disponibles no revela nada acerca de su calidad. La Convención sobre los Derechos del Niño señala en su artículo 18.3 que “los Estados parte adoptarán todas las medidas apropiadas para que los niños cuyos padres trabajen tengan derecho a beneficiarse de los servicios e instalaciones de guarda de niños para los que reúnan las condiciones requeridas”. En este orden de ideas, el Estado tiene que garantizar tanto a los padres como a los niños no sólo el acceso a estos servicios, sino que la prestación del mismo se va a realizar bajo los más altos estándares de seguridad. En este sentido, las autoridades competentes deben asegurarse que en la prestación del servicio de estancia infantil se cumplan con las siguientes obligaciones:¹⁶

- Aplicar todo el marco normativo generado para el debido funcionamiento de las estancias infantiles.
- Garantizar que éstas sean seguras, que no expongan a los niños a riesgos que comprometan el ejercicio pleno de sus derechos.
- Asegurarse de que las mismas cuenten con personal competente y debidamente preparado.
- Supervisar el debido funcionamiento de las estancias infantiles y vigilar que se cumplan los estándares de calidad.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2013, **del total de niños de cero a seis años cuidados por personas que no son sus padres, 51.2% son cuidados por sus abuelas, sólo 11.3% de estos niños asisten a estancias infantiles públicas.**¹⁷ Estos datos revelan que la violación al derecho a la seguridad social que han sufrido Gabriela, Antonio y su hijo con motivo de la negación de los servicios de estancias infantiles es un fenómeno muy común en México, misma que el Estado está obligado a prevenir y reparar.

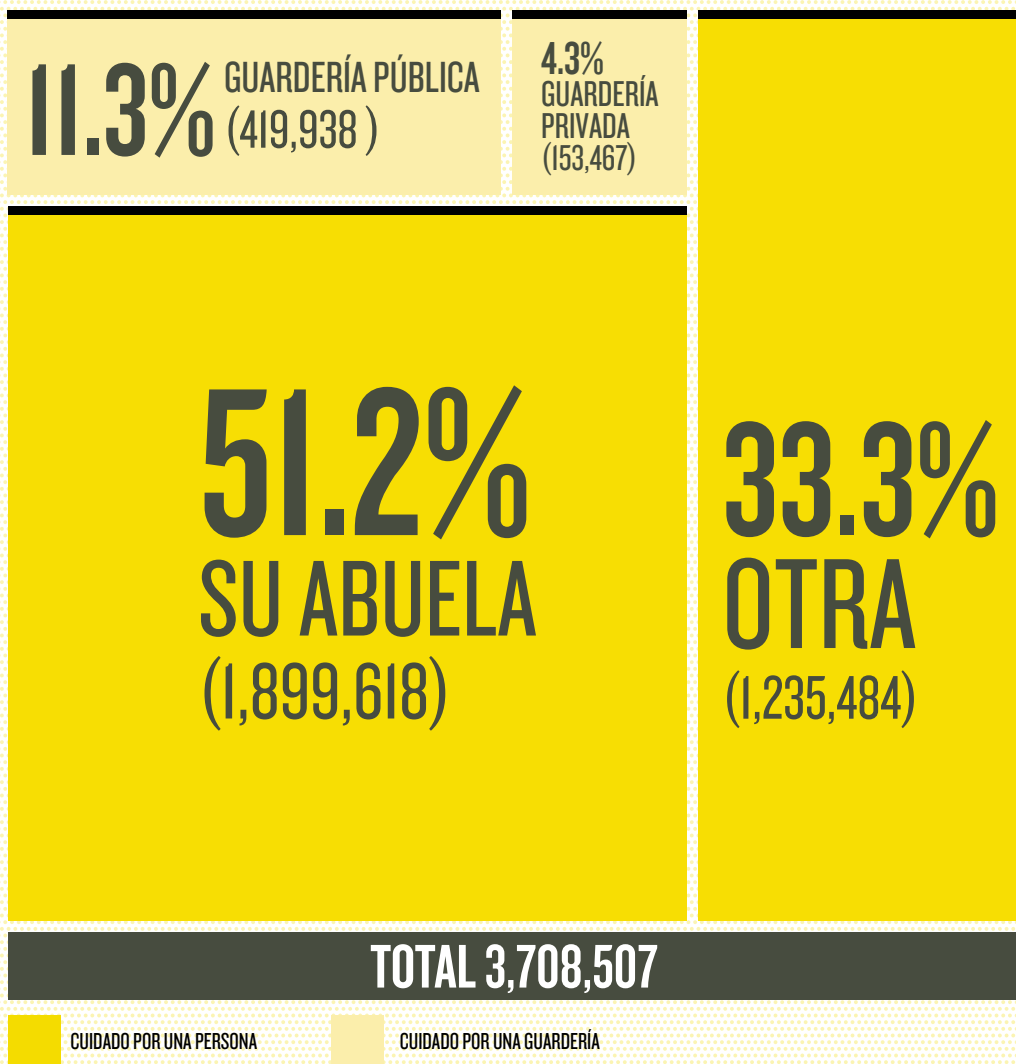
15. GIRE, *Omisión e indiferencia: derechos reproductivos en México*, México, 2013.

16. SCJN, “Dictamen final de solicitud...” op. cit., p. 202-203.

17. INEGI, *Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2013*, op. cit., p. 56.

NIÑOS CUIDADOS POR TERCEROS CUANDO SU MADRE TRABAJA

2013



C. LICENCIAS DE MATERNIDAD Y DE PATERNIDAD

De acuerdo con el artículo 123 constitucional, así como la LFT y la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, las mujeres tienen derecho a una licencia de maternidad. En el caso de las trabajadoras del sector privado, dicha licencia tendrá una duración total de 12 semanas, seis anteriores al parto y seis posteriores. En el caso del sector público, la licencia consistirá en un mes anterior y dos posteriores. En ambos casos, las mujeres continuarán recibiendo su salario íntegro y podrán conservar su empleo. Sin embargo, a diferencia de la LFT, la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado no prevé la situación de que el hijo haya nacido con algún tipo de discapacidad, ni los casos de adopción, lo que es discriminatorio tanto hacia los padres como hacia los niños nacidos en estas circunstancias.

LICENCIAS DE MATERNIDAD Y PATERNIDAD

CONSTITUCIÓN (ART. 123)

TRABAJADORAS SECTOR PRIVADO (APARTADO A)	TRABAJADORAS DEL ESTADO (APARTADO B)
Descanso de seis semanas anteriores a la fecha fijada aproximadamente para el parto y seis semanas posteriores, con derecho a salario, conservar su empleo y los derechos que hubieren adquirido por la relación de trabajo.	Descanso de seis semanas anteriores a la fecha fijada aproximadamente para el parto y seis semanas posteriores, con derecho a salario, conservar su empleo y los derechos que hubieren adquirido por la relación de trabajo.
LEY FEDERAL DEL TRABAJO	LEY FEDERAL DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DEL ESTADO, REGLAMENTARIA DEL APARTADO B DEL ARTÍCULO 123 CONSTITUCIONAL
Descanso de seis semanas anteriores y seis posteriores al parto. 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. 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.	Descanso de un mes antes de la fecha que aproximadamente se fije para el parto, y de otros dos posteriores

INICIATIVA PARA FLEXIBILIZAR LICENCIAS DE MATERNIDAD EN EL SECTOR PÚBLICO Y PRIVADO

En la actualidad, se encuentra pendiente de discusión en la Cámara de Diputados un proyecto de decreto originado en esa misma cámara y que ya ha sido modificado y dictaminado por el Senado, por el que se reforma el artículo 101 de la Ley del Seguro Social y el artículo 28 de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado. La iniciativa tiene por objeto mejorar las condiciones laborales de las mujeres embarazadas, permitiendo una mayor flexibilidad en las fechas para otorgar las licencias de maternidad y asegurando que el salario otorgado durante este tiempo corresponda al cien por ciento al último salario que recibía anteriormente.

Así, la iniciativa busca reformar la Ley del Seguro Social en los siguientes términos:

ARTÍCULO 101. La asegurada tendrá derecho durante el embarazo y el puerperio a un subsidio en dinero igual al cien por ciento del último salario diario de cotización que recibirá durante los periodos de descanso previo y posterior al parto, a que se refiere el artículo 170, fracción II de la Ley Federal del Trabajo.

En casos en que la fecha fijada por los médicos del Instituto no concuerde exactamente con la del parto, deberá cubrirse a la asegurada los subsidios correspondientes al periodo de descanso posterior

al mismo, sin importar que el periodo de descanso anterior al parto se haya excedido. Los días en que se haya prolongado el periodo de descanso anterior al parto, se pagarán como continuación de incapacidades originarias por enfermedad. El subsidio se pagará por periodos vencidos que no excederán de una semana.

Con respecto a la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado propone:

ARTÍCULO 28. Las mujeres disfrutarán de un mes de descanso antes de la fecha que aproximadamente se fije para el parto, y de otros dos después del mismo.

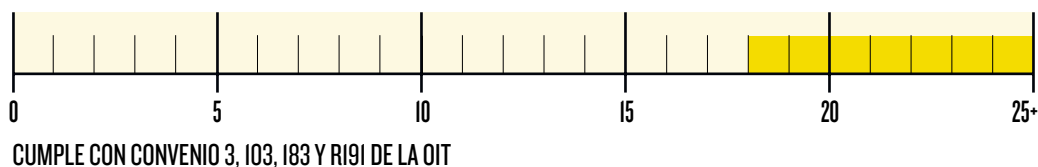
A solicitud de la trabajadora, previa autorización escrita del médico de la institución de seguridad social que le corresponda, tomando en cuenta la opinión de los titulares de las Dependencias o Entidades y la naturaleza del trabajo que desempeñe, se podrá transferir hasta medio mes del mes de descanso previo 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 medio mes adicional posterior al parto, previa presentación del certificado médico correspondiente.

De acuerdo con el Convenio 183, sobre la protección de la maternidad de la OIT, que no ha sido ratificado por México, las licencias de maternidad deben tener una duración mínima de 14 semanas. Los datos proporcionados por este organismo indican que de 1994 a 2013 ningún país ha modificado su normatividad para reducir la duración de sus semanas de licencia de maternidad. De hecho, dicha duración se ha incrementado de manera notable: en 1994, 38% de los países concedía al menos 14 semanas de licencia; en 2013, el porcentaje ascendía a 51%. Sin embargo, la OIT reconoce que, a pesar de este avance notorio en cuanto a la regulación mundial de las licencias de maternidad, es necesario hacer una distinción entre el acceso formal a este beneficio y el uso efectivo del mismo, identificando las barreras existentes para su implementación.¹⁸

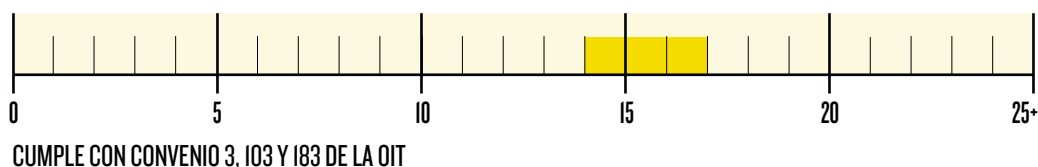
18. OIT, *La maternidad y la paternidad en el trabajo. La legislación y la práctica en el mundo*, Ginebra, 2014. Disponible en <<http://bit.ly/11cYWzI>> [consulta 24 de junio de 2015].

NÚMERO DE SEMANAS DE LICENCIA DE MATERNIDAD OTORGADAS POR PAÍS

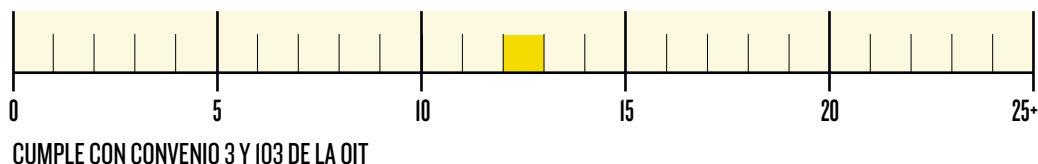
18 O MÁS SEMANAS: AUSTRALIA, VENEZUELA, CHILE, CUBA, DINAMARCA



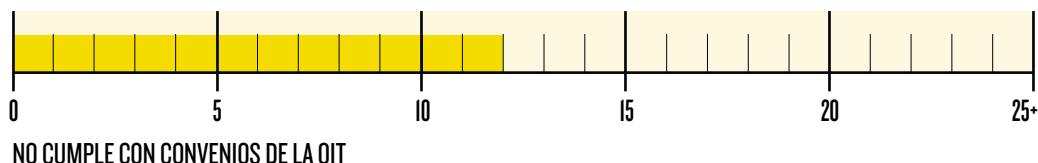
14 A 17 SEMANAS: MARRUECOS, PORTUGAL, TURQUÍA, COLOMBIA Y CANADÁ



12 O 13 SEMANAS: NIGERIA, IRÁN, MÉXICO, PERÚ Y ECUADOR



MENOS DE 12 SEMANAS: FILIPINAS, SUDÁN, HONDURAS, BOLIVIA Y YEMEN



GIRE realizó solicitudes de acceso a la información al IMSS y al ISSSTE, con respecto al número de licencias de maternidad y paternidad que se habían otorgado en el periodo que abarca de agosto de 2012 a diciembre de 2013. El IMSS reportó 699,143 licencias de maternidad, mientras que el ISSSTE, 64,980. No se recibió ninguna respuesta con respecto a las licencias de paternidad otorgadas en este periodo. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2013, 50.1% de las mujeres entre 15 y 49 años que requirieron atención por parto, aborto o alguna complicación del embarazo en 2013 no obtuvieron licencia por maternidad, lo que constituye una violación a sus derechos humanos.¹⁹

19. INEGI, *Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2013*, op. cit., p. 54.

ACCESO A LICENCIAS DE MATERNIDAD 2013

49.51%
**OBTUVO
LICENCIA**

50.49%
**NO OBTUVO
LICENCIA**

Fuente: Elaboración de giro con base en la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2013.

LICENCIAS DE MATERNIDAD EN CASOS DE ADOPCIÓN: FÁTIMA NASCIMENTO Y MAURA FERREIRA VS. BRASIL²⁰

Fátima adoptó a su hija Maura el día de su nacimiento, el 23 de julio de 1989. Inmediatamente después solicitó su “licencia para la embarazada” de conformidad con el artículo 7, XVIII de la Constitución brasileña, que establecía que “son derechos de los trabajadores urbanos y rurales, además de otros que se destinen a la mejora de su condición social: licencia a la embarazada, sin perjuicio al empleo y al salario, por un período de ciento y veinte días”. Sin embargo, su solicitud fue rechazada, alegando que no le correspondía dicha prestación por recibir a su hija en adopción. De hecho, fue amenazada de despido en caso de no volver al trabajo durante los 30 días siguientes a la llegada de su hija.

En una decisión publicada el 30 de mayo del año 2000, el Supremo Tribunal Federal de Brasil emitió una sentencia en la que determinaba que Fátima no tenía derecho a una licencia de maternidad por la adopción de su hija. Tras agotar los recursos internos, el 22 de marzo de 2001, Fátima llevó su caso a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos representada por THEMIS —Assessoria Jurídica e Estudos de Gênero; Justiça Global; Comissão de Cidadania e Direitos Humanos da Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul; Subcomissão da Criança e do Adolescente da Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul y el Instituto Amigos de Luca. En la

petición se argumentó que la distinción realizada por el Supremo Tribunal Federal entre madres adoptivas y madres naturales es sustancialmente discriminatoria e incumple el deber de protección de la maternidad, de la familia y, particularmente, de los derechos del niño; y que, por tanto, es violatoria de la Convención Americana. Según los peticionarios, la expresión “licencia para la embarazada” contenida en la Constitución brasileña no debía ser entendida de manera abstracta, sino que debería corresponder al objetivo de la norma, que es la protección del desarrollo saludable de los niños. Por lo tanto, no debería ser interpretada restrictivamente en relación con la maternidad biológica.

El 15 de abril de 2002, con la aprobación de la Ley 10.421, se extendió el derecho a las licencias de maternidad a las madres adoptivas en Brasil. Sin embargo, las partes peticionarias del caso argumentaron que dicha reforma no alcanzaba retroactivamente a las víctimas del caso ni significaba una reparación integral a las mismas. A pesar de que el caso no siguió su curso, resulta un referente importante para el acceso sin discriminación a licencias de maternidad en casos en los que la madre no tuvo parto, ya sea por un proceso de adopción, un procedimiento de gestación subrogada o una pareja conformada por mujeres.

20. CIDH, *Informe 7/10. Petición 12.378. Admisibilidad. Fátima Regina Nascimento de Oliveira y Maura Tatiane Ferreira Alves*. Brasil, 15 de marzo de 2010. Disponible en <<http://bit.ly/1LHQqdm>> [consulta 12 de junio de 2015].

En la actualidad, la OIT no tiene normas o recomendaciones específicas sobre la duración o regulación con respecto a licencias de paternidad en sus países miembros. Sin embargo, la *Resolución relativa a la igualdad de género como eje del trabajo decente*, adoptada por la Conferencia Internacional del Trabajo en 2009 reconoce que la conciliación de la vida laboral y familiar interesan tanto a hombres como a mujeres e insta a los Estados a formular políticas adecuadas que permitan equilibrar mejor las responsabilidades laborales y familiares, incluir la licencia de paternidad, además de establecer incentivos para que los hombres las utilicen.²¹

El 28 de septiembre de 2012, en el marco de la Reforma Laboral presentada como iniciativa preferente por el entonces Presidente Felipe Calderón, fue aprobada una modificación al artículo 132 fracción XXVII de la LFT que establece la **obligación de los patrones de “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”**.

Sin duda, el otorgamiento de licencias de paternidad constituye una medida importante para la promoción de la igualdad de los derechos de las mujeres y los hombres. No obstante, el plazo de cinco días resulta claramente insuficiente para alcanzar el objetivo de lograr una repartición real igualitaria de las responsabilidades de crianza de los hijos. Este plazo tan corto fomenta la preservación del estereotipo de que son las mujeres quienes deben asumir en su totalidad el cuidado de los hijos. Además, parte de la idea de que las familias siempre se encuentran conformadas por madre y padre, lo cual resulta discriminatorio para las parejas del mismo sexo y las personas solas con hijos.

La licencia de paternidad establecida en la LFT es mucho menor que la otorgada en las legislaciones de otros países de América Latina como Ecuador, Venezuela y Cuba en donde los plazos son de 10 días, 14 días y hasta seis meses que pueden ser compartidos con la madre; o en los países europeos, donde se consideran permisos con plazos de hasta tres años de duración siguiendo políticas flexibles de repartición de días entre ambos padres. Estas políticas, conocidas como permisos parentales, permiten a las parejas decidir acerca del reparto de días de descanso en lugar de imponer un número específico de días para hombres y mujeres. **Así, las licencias parentales pueden contribuir a modificar los patrones de cuidado de los hijos dentro de las familias además de permitir la compatibilidad de la vida laboral y reproductiva para diferentes tipos de familias, como las conformadas por parejas del mismo sexo.**

Por otra parte, a pesar de que la figura de los permisos de paternidad no está regulada en la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, en la actualidad existen instituciones públicas federales que los otorgan por periodos de diez días hábiles, como el Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación, el Instituto Nacional de las Mujeres y el Instituto Nacional de Desarrollo Social. La Secretaría de Relaciones Exteriores, por su parte, otorga una licencia de paternidad por seis días hábiles. Asimismo, diversas instituciones locales otorgan permisos de paternidad por diez días. Entre ellas destacan la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, los Tribunales Contencioso Administrativos del estado de México y de Oaxaca, el Municipio de Guadalajara y el Gobierno de Quintana Roo.

21. Conferencia Internacional del Trabajo, *La igualdad de género como eje del trabajo decente: informe de la Comisión de Igualdad de Género*, 98ª reunión (2009). Conclusiones párrafos 6 y 42. Disponible en <<http://bit.ly/1KoFeAD>> [consulta 12 de junio de 2015].

INICIATIVA PENDIENTE: LICENCIAS DE PATERNIDAD

Actualmente se encuentra en revisión en las Comisiones Unidas de Puntos Constitucionales, de Trabajo y Previsión Social y de Estudios Legislativos del Senado una iniciativa presentada por el senador Ángel Benjamín Robles (PRD) para reformar el apartado A, fracción V del artículo 123 de la Constitución, así como el apartado B, fracción XI del mismo. La reforma propone incluir en ambos apartados que:

Los hombres trabajadores gozarán de una licencia de paternidad obligatoria por quince días, con goce de sueldo, por el nacimiento de sus hijos o por la adopción de un infante; debiendo reintegrarse a su puesto de trabajo en las mismas condiciones en que lo venía desempeñando.

En el caso de que la madre falleciera durante el parto o se encuentre incapacitada para el cuidado del menor, el hombre trabajador gozará de una licencia de paternidad con goce de sueldo durante los 60 días posteriores al nacimiento del menor, debiendo reintegrarse a su puesto de trabajo, en las mismas condiciones en que lo venía desempeñando.

Así, se propone incluir una licencia de paternidad de 15 días tanto para los trabajadores del sector privado como los del sector público. Dicha licencia ampliaría la que se encuentra establecida en la actualidad en la LFT —de cinco días para los trabajadores del sector privado— y proporcionaría una licencia para los trabajadores del Estado, que no gozan de ningún día de descanso por este motivo excepto en ciertas dependencias que así lo establecen. Además, es de gran relevancia que la iniciativa considere la situación de que una mujer muera durante o después del parto o se encuentre incapacitada para cuidar a sus hijos, otorgando al hombre trabajador un periodo de licencia de 60 días en ese caso.

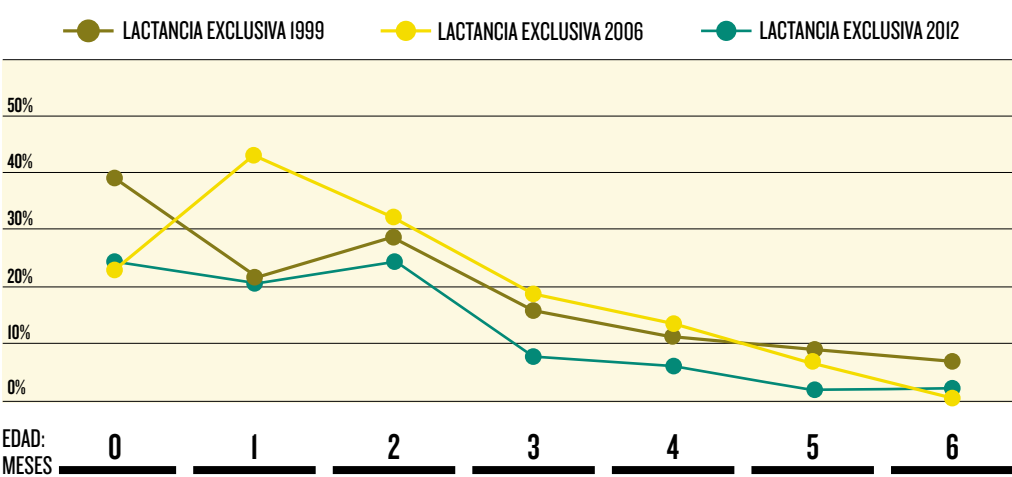
Si bien la iniciativa busca contribuir a promover un reparto más igualitario del cuidado de los hijos entre hombres y mujeres, las medidas propuestas continúan siendo insuficientes para lograr este objetivo ya que establecen un plazo diferenciado que basa en el estereotipo de que la mujer es quien primordialmente debe encargarse de las tareas de cuidado infantil.

D. LACTANCIA

La lactancia exclusiva reduce la mortalidad infantil por enfermedades de la infancia, como la diarrea o la neumonía, y favorece un pronto restablecimiento en caso de enfermedad. De acuerdo con el Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF), si todos los niños fueran alimentados exclusivamente con leche materna desde el nacimiento, se podrían evitar cada año aproximadamente 1.5 millones de muertes neonatales o infantiles.²² La lactancia contribuye también de manera importante a la salud de la mujer durante el puerperio. Sin embargo, México registra uno de los índices más bajos de lactancia. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 el porcentaje de niños de seis meses que reciben lactancia exclusiva es de 14.4%.²³

La normativa con respecto a la lactancia en México establece la obligación de otorgar dos descansos por día, de media hora cada uno, para las madres trabajadoras en el periodo de lactancia. La Ley del Seguro Social y la Ley del ISSSTE contemplan la posibilidad de que dichos descansos puedan ser intercambiados por uno solo con duración de una hora para los mismos fines.

PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA MÉXICO, 2012



Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012.

22. UNICEF, “Consecuencias sobre la supervivencia infantil y la situación mundial” en UNICEF [sitio web]. Disponible en <<http://uni.cf/1ore1EB>> [consulta: 16 de julio de 2015].

23. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT), *Deterioro de la lactancia materna: dejar las fórmulas y apegarse a lo básico: documento analítico*. Disponible en <<http://bit.ly/1CQSQhK>> [consulta: 24 de junio de 2015].

LACTANCIA

CONSTITUCIÓN (ART. 123)

TRABAJADORAS SECTOR PRIVADO (APARTADO A)

Dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno para alimentar a sus hijos durante el periodo de lactancia.

TRABAJADORAS DEL ESTADO (APARTADO B)

Dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno para alimentar a sus hijos durante el periodo de lactancia.

LEYES SECUNDARIAS

LEY FEDERAL DEL TRABAJO

Dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno, para alimentar a sus hijos en lugar adecuado e higiénico que designe la empresa, o bien, cuando esto no sea posible, previo acuerdo con el patrón se reducirá en una hora su jornada de trabajo durante el periodo señalado, durante el periodo de lactancia hasta por seis meses.

LEY FEDERAL DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DEL ESTADO, REGLAMENTARIA DEL APARTADO B DEL ARTÍCULO 123 CONSTITUCIONAL

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 realizar la extracción manual de leche, en lugar adecuado e higiénico, durante la lactancia.

Acceso a la 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 edad.

LEY DEL SEGURO SOCIAL

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.

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.

LEY DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

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 realizar la extracción manual de leche, en lugar adecuado e higiénico.

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.

Ayuda para la lactancia cuando, según dictamen médico, exista incapacidad física o laboral para amamantar al hijo.

A pesar de que dicha normativa enfatiza la importancia de la lactancia materna, así como la necesidad de incentivar su uso exclusivo al menos durante los primeros seis meses de vida, existen obstáculos graves para que las mujeres —en particular aquellas que trabajan— que deciden lactar lo hagan. **Una de las barreras más importantes para la lactancia es la falta de condiciones laborales que favorezcan esta práctica entre las mujeres trabajadoras: licencias de maternidad acordes con los estándares internacionales, horarios flexibles de trabajo, instalación de lactarios en centros de trabajo, estancias infantiles cercanas a los lugares de trabajo, entre otros.**

Para fomentar la lactancia, es necesario que el Estado modifique las condiciones que enfrentan las mujeres para dar leche materna a sus hijos, implementando una política integral de compatibilidad entre la vida laboral y la reproductiva. Una de estas políticas puede ser la instalación de lactarios, cuya existencia en las áreas de trabajo puede contribuir de manera importante a facilitar la compatibilidad de la vida laboral y reproductiva de las mujeres. La instalación de lactarios es una política relativamente sencilla y poco costosa debido a que requiere de pocos requisitos esenciales, pero es importante que estos espacios cumplan con elementos mínimos que permitan a las mujeres ejercer la lactancia en un entorno de privacidad, comodidad y no discriminación.²⁴

24. U.S. Department of Health and Human Services, Office on Women's Health, *Easy Steps to Supporting Breastfeeding Employees*, Washington, 2008. Disponible en <<http://1.usa.gov/1Jo8Q1r>> [consulta: 27 de julio de 2015].

ELEMENTOS MÍNIMOS QUE DEBE CONTENER UN LACTARIO

CONDICIONES MATERIALES

BÁSICO	AVANZADO	IDEAL
Enchufe eléctrico	Enchufe eléctrico	Enchufe eléctrico
Cuarto limpio cercano a las oficinas que se cierre desde el interior	Cuarto limpio cercano a las oficinas que se cierre desde el interior	Cuarto limpio cercano a las oficinas que se cierre desde el interior
Silla cómoda con ruedas	Silla cómoda y un reposapiés	Sillón reposit
Mesa o espacio plano	Mesa o espacio plano	Mesa o espacio plano
Toallitas desinfectantes	Toallitas desinfectantes	Toallitas desinfectantes
Empleada trae su propia bomba	Empleador subsidia la renta de una bomba eléctrica multi usuarios y los empleadas traen kit para utilizarla	El lactario cuenta con una bomba eléctrica multi usuarios y los empleadas únicamente traen kit para utilizarla
Lactario ubicado cercade un lavabo	Lactario ubicado cercade un lavabo	Lactario ubicado cerca de un lavabo
Empleada guarda la leche en un refrigerador público de comida o en una hielera personal	Refrigerador dentro del lactario	Refrigerador dentro del lactario
Recursos educativos disponibles	Recursos educativos disponibles	Recursos educativos disponibles para empleados que sean papás y parejas de empleadas
		Teléfono, escritorio e internet inalámbrico disponible

POLÍTICAS LABORALES

Empleada toma hora de comida y descansos para lactar establecidos por la ley	Empleada toma hora de la comida y puede decidir si tomar 2 descansos de 30 min. o 4 de 15 min. para lactar	Empleada tiene horarios flexibles y puede decidir si tomar 2 descansos de 30 min. para lactar o 4 de 15 min.
--	--	--

POLÍTICAS LABORALES

	Empleador proporciona servicios de guardería cercana al lugar de trabajo	Empleador proporciona servicios de guardería en el lugar de trabajo y permite que traigan a sus hijos durante los primeros meses
		Esposas de empleados también pueden utilizar el lactario Empleador proporciona servicios de asesoría de lactancia

Fuente: Elaboración de CIRE con base en el documento *Easy Steps for Supporting Breastfeeding Employees*.

Sin embargo, incluso en condiciones ideales, es importante reconocer que la instalación de lactarios es una medida limitada cuya efectividad dependerá de otros elementos como la distancia entre los lugares de trabajo y las estancias infantiles, así como la posibilidad de contar con horarios flexibles de trabajo para las mujeres en periodo de lactancia de manera que puedan alimentar a sus hijos.

REFORMA POR LA LACTANCIA MATERNA

El 2 de abril de 2014 se publicó en el Diario Oficial de la Federación un decreto que modificó seis leyes en materia de lactancia: la Ley General de Salud, la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B) del artículo 123 Constitucional, la Ley del Seguro Social, la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, y la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

La idea principal de esta reforma fue fomentar la lactancia exclusiva durante el primer semestre de vida y complementaria hasta el segundo año de vida. Así, las normativas relativas al trabajo tanto en el sector público como en el privado fueron modificadas para contar no sólo con dos reposos extraordinarios por día o un descanso de una hora para la lactancia en los casos de ma-

dres trabajadoras, sino para que también se tenga la opción de realizar la extracción manual de leche en un lugar adecuado e higiénico designado por la empresa o la dependencia pública respectiva.

Finalmente, se reformó también la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para ampliar el concepto de violencia laboral e incorporar “el impedimento a las mujeres de llevar a cabo el período de lactancia previsto en la ley”.

A pesar de que la modificación de estas normas resulta importante como una manera de reconocer y atender las barreras existentes en el ámbito laboral para el ejercicio de la lactancia, es crucial que existan medidas que aseguren su implementación en la práctica así como la eliminación de barreras existentes para permitir el ejercicio de la lactancia por parte de las mujeres que así lo deseen.

Foto: Fungifilms



Irma y su familia.

3. ACCESO A LA JUSTICIA

El acceso a la justicia en el ámbito laboral es esencial, no sólo para reparar a las personas cuyos derechos laborales fueron violados, sino para implementar garantías de no repetición que modifiquen las condiciones estructurales que permitieron la aparición de dichas violaciones. Resultan alarmantes las cifras relativas a la discriminación de las mujeres en el empleo, en particular la que tiene lugar por motivos de embarazo. La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares reveló que, **en 2011, 90% de los incidentes de violencia laboral en el trabajo se relacionaban con la solicitud de una prueba de embarazo. De estas mujeres, 18% fueron despedidas, no les renovaron el contrato o les bajaron el salario por estar embarazadas.**²⁵

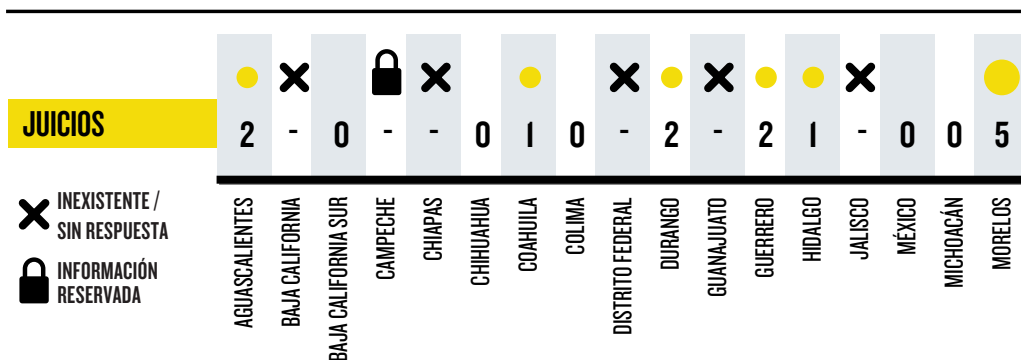
La Procuraduría Federal de la Defensa del Trabajo es un órgano desconcentrado de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social que tiene la misión de proteger los derechos de los trabajadores ante la autoridad laboral, mediante los servicios de asesoría, conciliación y representación legal de los trabajadores. En respuesta a una solicitud de acceso a la información realizada por GIRE, dicha procuraduría reportó **ocho demandas por despido por embarazo durante el periodo de agosto de 2012 a diciembre de 2013.**²⁶

A. JUNTAS DE CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE

JUICIOS POR DESPIDO POR EMBARAZO

JUNTAS DE CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE

AGOSTO 2012 - DICIEMBRE 2013

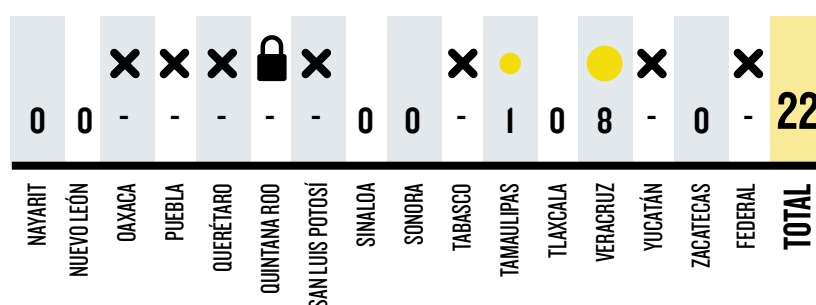


25. INEGI, *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2011: tabulados básicos*. Disponible en <<http://bit.ly/1Lz4cAu>> [consulta: 15 de abril de 2015].

26. Gobierno Federal, Procuraduría Federal de la Defensa del Trabajo, Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex, folio 1411100003314.

Otra instancia a la que las personas pueden acudir para dirimir conflictos derivados de una relación laboral son las juntas de conciliación y arbitraje. Al respecto, la LFT señala en su artículo 621 que las juntas locales de conciliación y arbitraje funcionarán en cada una de las entidades federativas y les corresponderá el conocimiento y resolución de los conflictos de trabajo que no sean de la competencia de la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje. A pesar de que dichas juntas son tribunales especializados y tienen la facultad para emitir sentencias de cumplimiento obligatorio, no están adscritas al Poder Judicial sino al Ejecutivo. Al respecto, el Relator Especial sobre la independencia de los magistrados y abogados de Naciones Unidas en su informe de misión a México en 2001 notó con preocupación la ausencia de garantías de independencia de dichas juntas, al estar adscritas al Ejecutivo. Indicó también que recibió denuncias con relación a que estas Juntas están dominadas por las personas empleadoras y que las y los trabajadores que presentan demandas ante las mismas son amenazados con el despido. Por lo anterior, el Relator recomendó al Estado estudiar la posibilidad de garantizar la independencia de estos organismos integrándolos al Poder Judicial.²⁷ A casi 15 años de haber recibido esta recomendación, México no ha modificado la estructura de las juntas de conciliación y arbitraje, que continúan dependiendo del Poder Ejecutivo.

Por medio de solicitudes de acceso a la información, GIRE cuestionó a las juntas de conciliación y arbitraje de las entidades federativas, así como a la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje, con respecto al número de juicios por despido por embarazo que se llevaron a cabo de agosto 2012 a diciembre de 2013. En total, las autoridades reportaron 22 juicios de este tipo en dicho periodo. En algunos casos, se incluye la resolución del juicio. **En los casos de Campeche y Querétaro, las autoridades reservaron la información a pesar de que no existe ninguna razón para hacerlo. La Junta Federal de Conciliación y Arbitraje no respondió la solicitud.**



Fuente: Elaboración de gire con base en datos obtenidos mediante solicitudes de acceso a la información pública.

27. Naciones Unidas, Comisión de Derechos Humanos, Informe del Relator Especial sobre la independencia de los magistrados y abogados, Sr. Dato'Param Coomaraswamy, presentado de conformidad con la resolución 2001/39 de la Comisión de Derechos Humanos Adición. *Informe sobre la misión cumplida en México*, [E/CN.4/2002/72/Add.1], 58º periodo de sesiones (2002), párrafos 148, 149, 192 (m). Disponible en <<http://bit.ly/114dBc6>> [consulta: 24 de junio de 2015].

B. COMISIONES DE DERECHOS HUMANOS

La reforma constitucional en materia de derechos humanos de junio 2011 incluyó la modificación del apartado B del artículo 102, en virtud de la cual se amplió el ámbito de competencia de las comisiones de derechos humanos a la materia laboral. Así, dicha instancia es otra alternativa para que las personas que vean afectados sus derechos laborales y de seguridad social por alguna autoridad puedan acudir ante estos organismos para obtener una reparación integral. **GIRE solicitó a estas comisiones información acerca del número de quejas por solicitud de prueba de embarazo en el trabajo y por despido por embarazo en el periodo de agosto 2012 a diciembre 2013. En el primer caso, se reportaron sólo dos quejas, en las comisiones locales de derechos humanos de Chiapas y de Sonora. En el segundo caso, sin embargo, se reportó un total de 43 quejas.** Algunas de éstas fueron remitidas de las comisiones locales de derechos humanos a otros organismos, como el CONAPRED y la CNDH.

La Procuraduría de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato emitió una recomendación derivada de una queja por despido por embarazo de una empleada de base de la Dirección de Desarrollo Social del Municipio de Comonfort, Guanajuato que tras haberle comunicado a su jefa que tenía tres meses de embarazo, fue informada de que estaba despedida por tal motivo.²⁸ La recomendación solicita al Presidente Municipal de Comonfort, Guanajuato que establezca una sanción en contra de la Directora de Desarrollo Social de dicha localidad por la discriminación llevada a cabo en el despido. Si bien es la única recomendación emitida por un organismo de protección de derechos humanos en este periodo relacionada con despido por embarazo resulta preocupante que se limite a recomendar una sanción sin establecer verdaderas medidas de reparación integral incluyendo garantías de no repetición.

28. Procuraduría de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, "Recomendación correspondiente al expediente Exp-145-12-C emitida el 21 de octubre de 2013" en *Procuraduría de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato [sitio web]*. Disponible en <<http://bit.ly/1LxIIDD>> [consulta: 07 de julio de 2015].

QUEJAS POR SOLICITUD DE PRUEBA DE EMBARAZO

COMISIONES DE DERECHOS HUMANOS

AGOSTO 2012-DICIEMBRE 2013

 SIN QUEJAS

 CON QUEJAS

 SIN RESPUESTA INFORMACIÓN INEXISTENTE

DOS QUEJAS

AGUASCALIENTES 0	BAJA CALIFORNIA 0	BAJA CALIFORNIA SUR 0	CAMPECHE 0	CHIAPAS 1
CHIHUAHUA 0	COAHUILA 0	COLIMA 0	DISTRITO FEDERAL 0	DURANGO 0
GUANAJUATO 0	GUERRERO 0	HIDALGO 0	JALISCO	MÉXICO 0
MICHOACÁN 0	MORELOS 0	NAYARIT 0	NUEVO LEÓN 0	OAXACA
PUEBLA 0	QUERÉTARO 0	QUINTANA ROO 0	SAN LUIS POTOSÍ 0	SINALOA 0
SONORA 1	TABASCO 0	TAMAULIPAS	TLAXCALA 0	VERACRUZ 0
YUCATÁN 0	ZACATECAS 0	CNDH 0		

Fuente: Elaboración de gire con base en datos obtenidos mediante solicitudes de acceso a la información pública.

QUEJAS POR DESPIDO POR EMBARAZO

COMISIONES DE DERECHOS HUMANOS

AGOSTO 2012-DICIEMBRE 2013



SIN QUEJAS



CON QUEJAS



NO COMPETENCIA



SIN RESPUESTA
INFORMACIÓN
INEXISTENTE



RECOMENDACIÓN

43 QUEJAS

AGUASCALIENTES 3	BAJA CALIFORNIA 0	BAJA CALIFORNIA SUR 1	CAMPECHE 0	CHIAPAS 1
CHIHUAHUA 0	COAHUILA 1	COLIMA 0	DISTRITO FEDERAL 0	DURANGO 0
GUANAJUATO 3 	GUERRERO 1	HIDALGO 1	JALISCO 0	MÉXICO 10
MICHOACÁN 1	MORELOS 0	NAYARIT 1	NUEVO LEÓN 2	OAXACA 4
PUEBLA 2	QUERÉTARO 0	QUINTANA ROO 0	SAN LUIS POTOSÍ 0	SINALOA 0
SONORA 2	TABASCO 3	TAMAULIPAS 0	TLAXCALA 0	VERACRUZ 4
YUCATÁN 0	ZACATECAS 1	CNDH 2		

Fuente: Elaboración de gré con base en datos obtenidos mediante solicitudes de acceso a la información pública.

C. CONSEJOS PARA PREVENIR LA DISCRIMINACIÓN

Además de las juntas de conciliación y arbitraje y de las comisiones de derechos humanos, en casos de discriminación en el ámbito laboral las personas afectadas pueden acudir ante los consejos locales y el nacional para prevenir la discriminación. A diferencia de las comisiones locales de derechos humanos, estos consejos pueden conocer de conflictos entre particulares. En el caso de quejas por solicitudes de pruebas de embarazo en el trabajo, el CONAPRED y el Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación en la ciudad de México (COPRED) no reportaron ninguna queja al respecto en el periodo de agosto 2012 a diciembre de 2013. Sin embargo, en los casos de despido por embarazo el CONAPRED²⁹ reportó 114 quejas y el COPRED,³⁰ 67. Ninguna de estas quejas concluyó con la emisión de una resolución, lo que resulta preocupante pues deja entrever una falta de efectividad o seguimiento de dicho mecanismo.

29. Gobierno Federal, Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex, folio 04410014114.

30. Gobierno del Distrito Federal, Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación de la Ciudad de México, Sistema de Acceso a la Información Pública: Infomex, folio 0303900019814.

4. CONCLUSIONES

En México no a todas las personas se les reconoce ni pueden ejercer su derecho a la seguridad social. Por una parte, la falta de afiliación a alguna institución de seguridad social y, por la otra, regulaciones discriminatorias como la de la Ley del Seguro Social en casos de acceso a estancias infantiles restringen el ejercicio de este derecho. Además, tanto en la legislación como en la práctica sigue prevaleciendo la visión de que son las mujeres quienes tienen la responsabilidad principal en el cuidado de los hijos, lo que representa una violación al derecho a la igualdad y a la no discriminación. Como en el caso de Gabriela, las mujeres trabajadoras que no se encuentran afiliadas a ningún esquema de seguridad social se encuentran en un estado de particular desprotección.

La normativa nacional relacionada con la vida laboral y reproductiva no se encuentra armonizada con los estándares internacionales en la materia, por ejemplo, en términos de la extensión de las licencias de maternidad. Asimismo, la extensión tan limitada de las licencias de paternidad no permite que esta medida contribuya de forma real a avanzar hacia la igualdad en las responsabilidades en el cuidado de los hijos. Las obligaciones del Estado mexicano respecto al derecho a la igualdad y a la no discriminación implicarían además ofrecer acceso a licencias parentales que no hicieran distinciones arbitrarias basadas en el sexo de los padres y permitieran así que los diferentes tipos de familias eligieran la distribución de las tareas de cuidado de los hijos.

Así, la responsabilidad del cuidado de los hijos continúa recayendo casi en su totalidad en las mujeres quienes, además, enfrentan discriminación en el trabajo por motivos de embarazo, como la solicitud de pruebas de ingravidez por parte de sus empleadores y los despidos por embarazo. La mayoría de estos casos permanecen en la impunidad y los mecanismos de acceso a la justicia para violaciones a derechos humanos en ámbitos laborales son limitados y poco efectivos.

En suma, la normativa y la práctica en México están lejos de garantizar una efectiva conciliación de la vida laboral y la reproductiva para avanzar hacia la construcción de un modelo de sociedad donde las responsabilidades en la crianza y el cuidado de los hijos sean realmente compartidas.

5. RECOMENDACIONES

NORMATIVAS

AL CONGRESO DE LA UNIÓN: Reformar la Ley del Seguro Social a efecto de que tanto hombres como mujeres puedan inscribir a sus hijos en las estancias infantiles dependientes del IMSS, con independencia de su estado civil y el estatus de patria potestad y/o custodia exclusiva.

Reformar la Ley Federal del Trabajo para ajustarla a los estándares internacionales en la materia, en las siguientes cuestiones:

- Ampliar la licencia de maternidad al menos a 16 semanas —estándar recomendado por la Organización Internacional del Trabajo— y establecer que la mujer podrá decidir cuándo tomar las semanas de licencia.
- Ampliar la licencia de paternidad de forma progresiva de modo que sirva como medida para fomentar la corresponsabilidad en el cuidado de los hijos e hijas.
- Establecer el acceso a licencias parentales, con miras a establecer un esquema de seguridad social que no fomente estereotipos de género y permita la inclusión de diferentes tipos de familias.
- Ampliar los horarios de las estancias infantiles, permitiendo una estancia mayor al horario laboral con el fin de no fomentar una doble jornada.
- Constituir un sistema de seguridad social universal que abarque a todas las mujeres y hombres trabajadores, independientemente de que sean derechohabientes de una institución de seguridad social.

AL SENADO: Ratificar los convenios 156 y 183 de la Organización Internacional del Trabajo.

IMPLEMENTACIÓN DE LA NORMATIVA

AL IMSS Y AL ISSSTE: Ampliar el número de estancias infantiles, garantizar el acceso sin discriminación a los niños y niñas que requieran de estos cuidados y garantizar su calidad y condiciones de seguridad.

A LA SECRETARÍA DEL TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL: Promover que los centros de trabajo tanto públicos como privados garanticen el acceso a estancias infantiles y cuenten con cuartos de lactancia adecuados.

ACCESO A LA JUSTICIA

A LA PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DEL TRABAJO, A LAS JUNTAS DE CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE, A LOS CONSEJOS PARA PREVENIR LA DISCRIMINACIÓN Y A LAS COMISIONES DE DERECHOS HUMANOS: Proteger y reparar de manera integral a las mujeres que han visto violado su derecho al trabajo por despidos por embarazo o por solicitud de pruebas de ingravidez, así como a las personas a quienes se les ha negado acceso a licencias de maternidad y/o paternidad.

AL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN: En los juicios de amparo relacionados con acceso a estancias infantiles, otorgar suspensiones provisionales con perspectiva de género y de interés superior de la infancia para asegurar que los niños involucrados accedan a este servicio.



ANEXO

SOLICITUDES DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA

I. ANTICONCEPCIÓN

Número de personas a las que se ha entregado información sobre métodos anticonceptivos, en el periodo del 1 de agosto de 2012 al 31 de diciembre de 2013. En caso de existir un folleto o documento con la información favor de anexar.

Desagregar por:

Sexo, edad, hablante de lengua indígena de las personas atendidas.

Número de personas a las que se ha proveído de métodos anticonceptivos en el periodo del 1 de agosto de 2012 al 31 de diciembre de 2013.

Desagregar por:

Sexo, edad, hablante de lengua indígena de las personas atendidas.

Método entregado.

Número de personas menores de 18 años a quienes se ha proveído de métodos anticonceptivos en el periodo del 1 de agosto de 2012 al 31 de diciembre de 2013.

¿A partir de qué edad se proporcionan métodos anticonceptivos?

Desagregar por:

Sexo, edad, hablante de lengua indígena de las personas atendidas.

Método entregado.

Número de mujeres que solicitaron las pastillas de anticoncepción de emergencia y número de mujeres a quienes se entregó la pastilla del 1 de agosto de 2012 a 31 de diciembre de 2013.

Del total de mujeres que solicitaron las pastillas de anticoncepción de emergencia ¿Cuántas de ellas son menores de 18 años?

Desagregar por:

Sexo, edad, hablante de lengua indígena de las mujeres atendidas.

En caso de existir, ¿cuáles son los requisitos para que les sea entregada información relacionada con métodos anticonceptivos a personas menores de 18 años?

¿Existe personal para ofrecer consejería sobre salud reproductiva y métodos anticonceptivos en lenguas indígenas? En caso afirmativo, favor de señalar el listado de las unidades médicas donde se encuentra el personal, así como la lengua en la que se imparte.

¿Existe un manual de capacitación para el personal de salud encargado de la consejería sobre salud reproductiva y anticoncepción en lenguas indígenas? En caso afirmativo, favor de anexar una copia legible.

SECRETARÍAS DE SALUD
(FEDERAL Y LOCALES)

INSTITUTO MEXICANO
DEL SEGURO SOCIAL

INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES
DEL ESTADO

¿Existe un manual de capacitación para el personal de salud encargado de la consejería sobre salud reproductiva y anticoncepción en lenguas indígenas? En caso afirmativo, favor de anexar una copia legible.

¿Existe material didáctico/informativo sobre salud reproductiva y métodos anticonceptivos en lenguas indígenas que se ofrezca por parte de las instituciones de salud pública? En caso afirmativo, mencionar si poseen versiones para personas analfabetas o con limitaciones auditivas o de visión. Anexar copia legible de todo material existente.

En el periodo del 1 de agosto de 2012 al 31 de diciembre de 2013 ¿cuál fue el número de mujeres que egresaron con un método anticonceptivo posterior al parto respecto al total de partos realizados?

Desagregar por:

Edad.

Hablante de lengua indígena.

¿Qué tipos de anticonceptivos y en qué etapa del evento obstétrico se ofrecen?

¿Cuál es el criterio para determinar el método a elegir?

¿Existe personal que provea información en lenguas indígenas? En caso de ser así ¿en qué lenguas?

¿Cuál es el procedimiento a realizar si una mujer expresa no estar interesada en ningún método?

En el periodo del 1 de agosto de 2012 al 31 de diciembre de 2013 ¿cuál fue el número de mujeres que egresaron con un método anticonceptivo posterior a la atención por aborto respecto al total de abortos atendidos?

Desagregar por:

Edad.

Hablante de lengua indígena.

¿Qué tipos de anticonceptivos y en qué etapa del evento obstétrico se ofrecen?

¿Cuál es el criterio para determinar el método a elegir?

¿Existe personal que provea información en lenguas indígenas? En caso de ser así ¿en qué lenguas?

¿Cuál es el procedimiento a realizar si una mujer expresa no estar interesada en ningún método?

En caso de violación sexual, ¿qué información sobre anticoncepción de emergencia se entrega a las mujeres que acuden a denunciar este delito? En caso de entregarse algún folleto o documento, favor de anexarlo.

Número de alumnas embarazadas en el periodo del 1 de agosto de 2012 al 31 de diciembre de 2013. De ese número ¿cuántas concluyeron el ciclo escolar?

¿Existe algún programa para evitar la deserción escolar de alumnas embarazadas? Favor de anexar documento que lo contenga.

¿Existe el horario ampliado en las instituciones educativas a cargo de la secretaría? En caso de ser así favor de señalar en qué consiste y el número de escuelas que cuentan con él.

SECRETARÍAS DE SALUD
(FEDERAL Y LOCALES)

INSTITUTO MEXICANO
DEL SEGURO SOCIAL

INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES
DEL ESTADO

PROCURADURÍAS
DE JUSTICIA
(FEDERAL Y LOCALES)

SECRETARÍAS
DE EDUCACIÓN PÚBLICA
(FEDERAL Y LOCALES)

<p>Número de mujeres víctimas de violencia sexual asistidas por la Unidad de Atención Inmediata y Primer Contacto de la CEAV para acceder a la Píldora Anticonceptiva de Emergencia (PAE), según lo establecido en el artículo 30 de la Ley General de Víctimas en el periodo del 1 de agosto de 2012 al 31 de diciembre de 2013.</p>	<p>COMISIÓN EJECUTIVA DE ATENCIÓN A VICTIMAS</p>
<p>¿Cuál es el estado de la queja CEDH/36/13 remitida a la CNDH por la Comisión Estatal de Derechos Humanos del Estado de Durango contra el Instituto Mexicano del Seguro Social por contracepción forzada? Anexar la versión pública de la resolución del caso o recomendación en caso de existir.</p>	<p>COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS</p>

2. ABORTO LEGAL Y SEGURO

<p>Documentos que contengan: Número de abortos legales por motivo de violación sexual, en el período comprendido del 1 de agosto de 2012 al 31 de diciembre de 2013. Desagregada por:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Municipio. 2. Mes y año. 3. Edad de las mujeres a las que les fue practicado el aborto. 4. Edad gestacional. 5. Hablante de lengua indígena. 	<p>SECRETARÍAS DE SALUD (FEDERAL Y LOCALES)</p> <hr/> <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</p> <hr/> <p>INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO</p>
<p>Documentos que contengan: Número de abortos legales —causales aplicables al entidad— llevadas a cabo en el periodo del 1 de agosto de 2012 al 31 de diciembre de 2013. Desagregada por:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Municipio. 2. Edad de las mujeres a las que les fue practicado el aborto. 3. Edad gestacional. 4. Hablante de lengua indígena. 	<p>PROCURADURÍAS DE JUSTICIA (FEDERAL Y LOCALES)</p>
<p>Documentos que contengan: Número de autorizaciones que ha recibido por parte de la Procuraduría General de Justicia de su estado para realizar aborto legal por violación en el periodo del 1 de agosto de 2012 al 31 de diciembre de 2013.</p>	
<p>¿Existe convenio de colaboración entre la institución y la Procuraduría de Justicia del Estado para la provisión de servicios de aborto, particularmente de aborto por violación? En caso de existir, favor de anexar copia del documento.</p>	
<p>Documentos que contengan: Número de denuncias que se presentaron por el delito de violación en contra de mujeres del 1 de agosto de 2012 al 31 de diciembre de 2013. Desagregar por: Fecha y municipio de la denuncia. Edad de las mujeres víctimas de violación.</p>	

Documentos que contengan:

Número de autorizaciones de abortos que han sido emitidas por la Procuraduría por motivo de violación sexual del 1 de agosto de 2012 al 31 de diciembre de 2013. De las autorizaciones referidas ¿Cuál fue el lapso entre la presentación de la denuncia por el delito de violación y la emisión de la autorización en el período comprendido del 1 de agosto de 2012 al 31 de diciembre de 2013?

¿Existe material didáctico/informativo sobre salud reproductiva y métodos anti-conceptivos en lenguas indígenas que se ofrezca por parte de las instituciones de salud pública? En caso afirmativo, mencionar si poseen versiones para personas analfabetas o con limitaciones auditivas o de visión. Anexar copia legible de todo material existente.

¿Existe convenio de colaboración entre la Procuraduría de Justicia y la Secretaría de Salud y/o IMSS y/o ISSSTE para la provisión de servicios de aborto? En caso de existir, favor de anexar copia del documento.

Documentos que contengan:

Número de denuncias que se presentaron por el delito de aborto del 1 de agosto de 2012 al 31 de diciembre de 2013.

Desagregada por:

Sexo, hablante de lengua indígena, edad de la persona acusada.

Mes y año de la denuncia.

Fecha y municipio de la denuncia.

Número de denuncias que se presentaron por el delito de infanticidio/homicidio en razón del parentesco en contra de descendiente hasta las 72 horas posteriores del nacimiento de la víctima del 1 de agosto de 2012 al 31 de diciembre de 2013.

Desagregada por:

Sexo, hablante de lengua indígena y edad de la persona acusada.

Edad de la víctima.

Mes y año de la denuncia.

Fecha y municipio de la denuncia.

¿En las investigaciones por la probable comisión del delito de infanticidio/homicidio en razón del parentesco en contra de descendiente hasta las 72 horas posteriores del nacimiento de la víctima se emplea la prueba de docimasia? En caso afirmativo, mencionar qué clase de personal la lleva a cabo, nombrar el instrumental o equipo de trabajo con el que realizan las pruebas, señalar otras pruebas periciales que se utilicen para acreditar el cuerpo del delito de infanticidio/homicidio en razón de parentesco.

Número de personas recluidas por el delito de aborto que se encuentren en prisión preventiva en el periodo del 1 de agosto de 2012 al 31 de diciembre de 2013.

Desagregada por:

Año del ingreso.

Sexo, hablante de lengua indígena, edad.

PROCURADURÍAS
DE JUSTICIA
(FEDERAL Y LOCALES)

SECRETARÍAS
DE SEGURIDAD PÚBLICA
(FEDERAL Y LOCALES)
Y/O CENTROS DE
READAPTACIÓN SOCIAL
(LOCALES)

<p>Número de personas reclusas por el delito de aborto que se encuentran cumpliendo sentencia de prisión y sus penas establecidas en el periodo del 1 de agosto de 2012 al 31 de diciembre de 2013.</p> <p>Desagregada por:</p> <p>Año del ingreso.</p> <p>Sexo, hablante de lengua indígena, edad.</p>	<p>SECRETARÍAS DE SEGURIDAD PÚBLICA (FEDERAL Y LOCALES) Y/O CENTROS DE READAPTACIÓN SOCIAL (LOCALES)</p>
<p>Número de personas reclusas por el delito de infanticidio/homicidio en razón del parentesco en contra de descendiente hasta las 72 horas posteriores del nacimiento de la víctima que se encuentren en prisión preventiva en el periodo del 1 de agosto de 2012 al 31 de diciembre de 2013.</p> <p>Desagregada por:</p> <p>Año del ingreso.</p> <p>Sexo, hablante de lengua indígena, edad</p>	
<p>Número de personas reclusas por el delito de infanticidio/homicidio en razón del parentesco en contra de descendiente hasta las 72 horas posteriores del nacimiento de la víctima que se encuentran cumpliendo sentencia de prisión en el periodo del 1 de agosto de 2012 al 31 de diciembre de 2013.</p> <p>Desagregar por:</p> <p>Año de ingreso.</p> <p>Sexo, hablante de lengua indígena, edad.</p>	
<p>Documentos que contengan:</p> <p>Número de juicios penales por el delito de aborto en el periodo del 1 de agosto de 2012 al 31 de diciembre de 2013.</p> <p>Desagregar por:</p> <p>Sexo.</p> <p>Edad.</p> <p>Fecha de consignación.</p> <p>Casos por resolver.</p>	<p>PODERES JUDICIALES (FEDERAL Y LOCAL)</p>
<p>Número de personas sentenciadas por el delito de aborto con pena privativa de la libertad en el periodo del 1 de agosto de 2012 al 31 de diciembre de 2013. ¿De estos casos cuántas tuvieron derecho a pago de fianza y cuáles fueron los montos?</p> <p>Desagregar por:</p> <p>Sexo.</p> <p>Edad.</p> <p>Hablante de lengua indígena.</p> <p>Fecha de la sentencia.</p> <p>Favor de anexar versión pública de las sentencias.</p>	
<p>Número de mujeres sentenciadas por el delito de aborto con pena de tratamiento psicológico —Chiapas, Jalisco, Morelos, Tamaulipas, Veracruz y Yucatán— en el periodo del 1 de agosto de 2012 al 31 de diciembre de 2013.</p> <p>Desagregada por:</p> <p>Hablante de lengua indígena y edad de las mujeres.</p> <p>Fecha de la sentencia.</p> <p>Asimismo documento que describa el tratamiento psicológico y/o médico, la duración y características.</p> <p>Favor de anexar versión pública de las sentencias.</p>	

<p>Número de juicios penales por el delito de infanticidio/homicidio en razón del parentesco en contra de descendiente hasta las 72 horas posteriores del nacimiento de la víctima en el periodo del 1 de agosto de 2012 al 31 de diciembre de 2013.</p> <p>Número de procesos que cuenten con sentencia</p> <p>Número de procesos pendientes por resolver</p> <p>Especificar si se siguió un proceso sumario u ordinario.</p> <p>Desagregar por:</p> <p>Sexo.</p> <p>Edad.</p> <p>Fecha de consignación.</p>	<p>PODERES JUDICIALES (FEDERAL Y LOCAL)</p>
<p>Número de personas sentenciadas por el delito de infanticidio/homicidio en razón del parentesco en contra de descendiente hasta de las 72 horas posteriores del nacimiento de la víctima con pena privativa de la libertad en el periodo del 1 de agosto de 2012 al 31 de diciembre de 2013. Especificar si la sentencia fue absolutoria o condenatoria y el tipo de sanción o medida impuesta.</p> <p>Desagregar por:</p> <p>Sexo.</p> <p>Edad.</p> <p>Hablante de lengua indígena.</p> <p>Fecha de la sentencia.</p> <p>Favor de anexar versión pública de las sentencias.</p>	
<p>Número de quejas presentadas por negación de Interrupción Legal del Embarazo en el periodo del 1 de agosto de 2012 al 31 de diciembre de 2013. Favor de anexar la versión pública de las resoluciones por conciliación y de las recomendaciones.</p>	<p>COMISIONES DE DERECHOS HUMANOS (NACIONAL Y LOCALES)</p>
<p>Número de juicios de amparo promovidos en contra del Ministerio Público de las entidades federativas por la negativa de autorización de una Interrupción Legal del Embarazo por violación en el periodo del 1 de agosto de 2012 al 31 de diciembre de 2013. Desagregar por entidad federativa.</p>	<p>SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACIÓN</p>
<p>Número de juicios de amparo promovidos en contra de jueces por la negativa de autorización de una Interrupción Legal del Embarazo por violación en el periodo del 1 de agosto de 2012 al 31 de diciembre de 2013.</p> <p>Desagregar por:</p> <p>Entidad federativa.</p>	
<p>Número de mujeres víctimas de violencia sexual asistidas por la Unidad de Atención Inmediata y Primer Contacto de la CEAV para acceder a la Interrupción Legal del Embarazo por violación, según lo establecido en el artículo 30 de la Ley General de Víctimas en el periodo del 1 de agosto de 2012 al 31 de diciembre de 2013.</p>	<p>COMISIÓN EJECUTIVA DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS</p>

3. VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Número de eventos obstétricos atendidos entre el 1 de agosto de 2012 y el 31 de diciembre de 2013.

¿Qué información se entrega a las mujeres embarazadas sobre las opciones de parto, así como los riesgos y ventajas que implican cada uno?

¿Cuántas mujeres parieron entre el 1 de agosto de 2012 y el 31 de diciembre de 2013? Desagregar por edad de la mujer.

¿Cuántas cesáreas se practicaron por año? Anexar reporte desagregado por edad y hablante de lengua indígena y justificación médica del número de cesáreas practicadas por año.

Número de quejas en contra de prestadores de servicios de salud por malos tratos y/o negligencia médica a mujeres, con motivo de atención ginecológica y/u obstétrica entre el 1 de agosto de 2012 y el 31 de diciembre de 2013.

Desagregar por:

Hablante de lengua indígena y edad de las mujeres.

De ese número de quejas ¿cuántas terminaron por acuerdo y cuántas mediante resolución administrativa? Favor de anexar reporte con las sanciones impuestas a los servidores públicos.

Número de quejas presentadas en contra de prestadores de salud por llevar a cabo esterilizaciones forzadas entre el 1 de agosto de 2012 y el 31 de diciembre de 2013.

Desagregar por:

Sexo, hablante de lengua indígena y edad de las personas esterilizadas.

De ese número de quejas ¿cuántas terminaron por acuerdo y cuántas mediante resoluciones administrativas? Favor de anexar reporte con las sanciones impuestas a los servidores públicos.

Número de denuncias presentadas en contra de prestadores de salud por cometer el delito de violencia obstétrica entre el 1 de agosto de 2012 y el 31 de diciembre de 2013.

Desagregar por:

Hablante de lengua indígena y edad de las personas esterilizadas.

Número de denuncias presentadas en contra de prestadores de salud por cometer el delito de esterilización forzada entre el 1 de agosto de 2012 y el 31 de diciembre de 2013. —Chiapas, Distrito Federal, Durango, Guerrero, Puebla, Quintana Roo, San Luis Potosí y Veracruz—.

Desagregar por:

Sexo, hablante de lengua indígena y edad de las personas esterilizadas.

SECRETARÍAS DE SALUD
(FEDERAL Y LOCALES)

INSTITUTO MEXICANO
DEL SEGURO SOCIAL

INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES
DEL ESTADO

PROCURADURÍAS
DE JUSTICIA (LOCALES)

**PODERES JUDICIALES
LOCALES**

Número de juicios penales por el delito de violencia obstétrica entre el 1 de agosto de 2012 y el 31 de diciembre de 2013. —Veracruz—.

Desagregar por:

Sexo, hablante de lengua indígena y edad de las personas acusadas.

Hablante de lengua indígena y edad de las mujeres víctimas del delito.

Número de sentencias emitidas entre el 1 de agosto de 2012 y el 31 de diciembre de 2013 por el delito de violencia obstétrica —Veracruz—.

Desagregar por:

Sexo, hablante de lengua indígena y edad de las personas sentenciadas.

Hablante de lengua indígena y edad de las mujeres víctimas del delito.

Número de sentencias condenatorias y absolutorias.

Favor de anexar la versión pública de la sentencia.

Número de juicios penales por el delito de esterilización forzada entre el 1 de agosto de 2012 y el 31 de diciembre de 2013. —Chiapas, Distrito Federal, Durango, Guerrero, Puebla, Quintana Roo, San Luis Potosí y Veracruz—.

Desagregar por:

Sexo, hablante de lengua indígena y edad de las personas acusadas.

Sexo, hablante de lengua indígena y edad de las personas víctimas del delito.

Número de sentencias emitidas entre el 1 de agosto de 2012 y el 31 de diciembre de 2013 por el delito de esterilización forzada —Chiapas, Distrito Federal, Durango, Guerrero, Puebla, Quintana Roo, San Luis Potosí y Veracruz—.

Desagregar por:

Sexo, hablante de lengua indígena y edad de las personas sentenciadas.

Sexo, hablante de lengua indígena y edad de las personas víctimas del delito.

Número de sentencias condenatorias y absolutorias.

Favor de anexar la versión pública de la sentencia.

Número de quejas recibidas en el periodo comprendido entre el 1 de agosto de 2012 al 31 de diciembre de 2013 en contra de prestadores de servicios de salud por malos tratos y/o negligencia médica a mujeres, con motivo de atención ginecológica y/o obstétrica. Desagregar por:

Hablante de lengua indígena, edad de las mujeres.

Dependencia responsable.

De ese número de quejas ¿cuántas terminaron por conciliación y cuántas mediante recomendación?

Desagregar por:

Número de recomendaciones emitidas.

Número de recomendaciones aceptadas.

Favor de anexar la versión pública de las resoluciones por conciliación y de las recomendaciones.

Número de quejas recibidas en el periodo comprendido entre el 1 de agosto de 2012 al 31 de diciembre de 2013 en contra de prestadores de servicios de salud por esterilización forzada a mujeres, con motivo de atención ginecológica y/o obstétrica.

Desagregar por:

Hablante de lengua indígena, edad de las mujeres.

Dependencia responsable.

De ese número de quejas ¿cuántas terminaron por conciliación y cuántas mediante recomendación?

Desagregar por:

Número de recomendaciones emitidas.

Número de recomendaciones aceptadas.

Favor de anexar la versión pública de las resoluciones por conciliación y de las recomendaciones.

COMISIONES
DE DERECHOS HUMANOS
(NACIONAL Y LOCALES)

Número de inconformidades recibidas en el periodo comprendido entre el 1 de agosto de 2012 al 31 de diciembre de 2013 en contra de prestadores de servicios de salud por malos tratos y/o negligencia médica a mujeres, con motivo de atención ginecológica y/o obstétrica.

Desagregar por:

Hablante de lengua indígena, edad de las mujeres.

Dependencia responsable.

De ese número de inconformidades ¿cuántas terminaron por conciliación y cuántas mediante laudo? Favor de anexar la versión pública de las resoluciones por conciliación y por laudo.

COMISIONES
DE ARBITRAJE MÉDICO
(NACIONAL Y LOCALES)

4. MUERTE MATERNA

Número de quejas administrativas presentadas por casos de muerte materna debido a negligencia en la atención médica con motivo del embarazo, parto o puerperio en el periodo del 1 de agosto de 2012 al 31 de diciembre de 2013.

Desagregar por:

Hablante de lengua indígena y edad de las mujeres fallecidas.

De ese número de quejas ¿cuántas terminaron por acuerdo y cuántas mediante resolución administrativa?

Número de quejas presentadas por casos de muerte neonatal debido a negligencia en la atención médica con motivo del parto en el periodo del 1 de agosto de 2012 al 31 de diciembre de 2013.

Desagregar por:

Hablante de lengua indígena y edad de las mujeres que parieron.

De ese número de quejas ¿cuántas terminaron por acuerdo y cuántas mediante resolución administrativa?

SECRETARÍAS DE SALUD
(FEDERAL Y LOCALES)

INSTITUTO MEXICANO
DEL SEGURO SOCIAL

INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES
DEL ESTADO

Número de procedimientos de indemnización presentados por responsabilidad patrimonial del Estado presentados entre el 1 de agosto de 2012 al 31 de diciembre de 2013 con motivo de actividad irregular del Estado que haya provocado la muerte de mujeres atendidas en el embarazo, parto y puerperio.

Desagregar por:

Hablante de lengua indígena y edad de las mujeres fallecidas.

De ese número de procedimientos señalar ¿cuántos han sido resueltos mediante indemnización? Favor de anexar la versión pública de la resolución.

Número de procedimientos de indemnización presentados por responsabilidad patrimonial del Estado presentados entre el 1 de agosto de 2012 al 31 de diciembre de 2013 con motivo de actividad irregular del Estado que haya provocado la muerte neonatal durante la atención del parto.

Desagregar por:

Hablante de lengua indígena y edad de las mujeres que parieron.

De ese número de procedimientos señalar cuántos han sido resueltos mediante indemnización. Favor de anexar la versión pública de la resolución.

Número de partos inducidos en el periodo del 1 de agosto de 2012 al 31 de diciembre de 2013. Favor de señalar el número de semanas de embarazo en el que se llevó a cabo la inducción.

Desagregar por:

Hablante de lengua indígena y edad de la mujer.

¿Existe un protocolo para el procedimiento de inducción de parto? En caso de existir, favor de anexarlo.

¿Cuáles son las sustancias que se utilizan?

Documentos que contengan:

Listado de hospitales de primer y segundo nivel donde se atiendan partos y cesáreas, por municipio. Número total de mujeres a la que atendieron por partos, cesáreas y abortos por hospital en el periodo comprendido entre el 1 de agosto de 2012 al 31 de diciembre de 2013.

Documentos que contengan:

Listado de clínicas familiares que otorgan consultas prenatales, por municipio. Número de mujeres que atendieron por consulta prenatal por clínica familiar en el periodo comprendido entre el 1 de agosto de 2012 al 31 de diciembre de 2013.

Número de denuncias presentadas entre el 1 de agosto de 2012 y el 31 de diciembre de 2013 por delitos cometidos por médicos, auxiliares y otros, relacionados con la práctica de la medicina, tratándose de casos de muerte materna por negligencia en la atención médica.

Desagregar por:

Hablante de lengua indígena y edad de las mujeres que fallecieron.

Número de juicios penales entre el 1 de agosto de 2012 y el 31 de diciembre de 2013 por delitos cometidos por médicos, auxiliares y otros, relacionados con la práctica de la medicina, tratándose de casos de muerte materna por negligencia en la atención médica.

Desagregar por:

Hablante de lengua indígena y edad de las mujeres que fallecieron.

SECRETARÍAS DE SALUD
(FEDERAL Y LOCALES)

INSTITUTO MEXICANO
DEL SEGURO SOCIAL

INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES
DEL ESTADO

PROCURADURÍAS
DE JUSTICIA
(FEDERAL Y LOCALES)

PODERES JUDICIALES
(FEDERAL Y LOCAL)

<p>Número de sentencias por delitos cometidos por médicos, auxiliares y otros, relacionados con la práctica de la medicina, tratándose de casos de muerte materna por negligencia en la atención médica en el periodo del 1 de agosto de 2012 al 31 de diciembre de 2013.</p> <p>Desagregar por:</p> <p>Sexo, hablante de lengua indígena, edad y profesión de la persona sentenciada.</p> <p>Fecha de la sentencias.</p> <p>Favor de anexar versión pública de las sentencias.</p>	<p>PODERES JUDICIALES (FEDERAL Y LOCAL)</p>
<p>Número de sentencias por delitos cometidos por médicos, auxiliares y otros, relacionados con la práctica de la medicina, tratándose de casos de muerte materna por negligencia en la atención médica en el periodo del 1 de agosto de 2012 al 31 de diciembre de 2013.</p> <p>Desagregar por:</p> <p>Sexo, hablante de lengua indígena, edad y profesión de la persona sentenciada.</p> <p>Fecha de la sentencias.</p> <p>Favor de anexar versión pública de las sentencias.</p>	
<p>Número de inconformidades presentadas por casos de muerte materna debido a negligencia en la atención médica con motivo del embarazo, parto o puerperio en el periodo del 1 de agosto de 2012 al 31 de diciembre de 2013.</p> <p>Desagregar por:</p> <p>Hablante de lengua indígena y edad de las mujeres fallecidas.</p> <p>De ese número de inconformidades ¿cuántas terminaron por conciliación y cuántas mediante laudo? Favor de anexar la versión pública de las resoluciones por conciliación y por laudo.</p>	<p>COMISIONES DE ARBITRAJE MÉDICO (NACIONAL Y LOCALES)</p>
<p>Número de quejas presentadas por casos de muerte materna debido a negligencia en la atención médica con motivo del embarazo, parto o puerperio en el periodo del 1 de agosto de 2012 al 31 de diciembre de 2013.</p> <p>Desagregar por:</p> <p>Hablante de lengua indígena y edad de las mujeres fallecidas.</p> <p>De ese número de quejas ¿cuántas terminaron por conciliación y cuántas mediante recomendación?</p> <p>Desagregar por:</p> <p>Número de recomendaciones emitidas.</p> <p>Número de recomendaciones aceptadas.</p> <p>Favor de anexar la versión pública de las resoluciones por conciliación y de las recomendaciones.</p>	<p>COMISIONES DE DERECHOS HUMANOS (NACIONAL Y LOCALES)</p>

5. REPRODUCCIÓN ASISTIDA

<p>Solicito el número de certificados de nacimiento expedidos para niñas y niños nacidos a través de un instrumento de maternidad subrogada del 31 de abril de 1997 al 31 de diciembre de 2013. Desagregar por entidad federativa.</p>	<p>SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL</p>
<p>¿Cuáles son los requisitos para expedir un certificado de nacimiento en casos de gestación subrogada? Anexar el formato oficial de certificado de nacimiento.</p>	
<p>¿Cuál es el método de reproducción asistida más utilizado en el país? Listado con la razón social, domicilio, número de licencia sanitaria y nombre de los responsables de cada uno de los centros de reproducción asistida en la República Mexicana con actualización al 31 de diciembre de 2013. Costo de las técnicas de reproducción asistida.</p>	<p>COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS</p>
<p>Solicito la siguiente información del periodo comprendido entre el 1 de agosto de 2012 y el 31 de diciembre de 2013:</p> <ol style="list-style-type: none"> Número de personas que solicitaron tratamientos de reproducción asistida. Desagregar información por sexo, hablante de lengua indígena y estado civil. Número de personas a las que se les proporcionaron tratamiento de reproducción asistida. Desagregar información por sexo, edad, hablante de lengua indígena y estado civil. Porcentaje de éxito respecto del número total de tratamientos. ¿Dentro de los tratamientos de reproducción asistida se incluye atención psicológica? ¿Cuáles son los tratamientos de reproducción asistida disponibles en la institución y cuáles con los criterios de elegibilidad para acceder a éstos? Favor de anexar documento que los contenga. Costo promedio de cada tipo de tratamiento de reproducción asistida disponible. Número de especialistas que intervienen en cada tipo de tratamiento de reproducción asistida. Favor de especificar las especialidades requeridas. 	<p>INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA</p> <hr/> <p>HOSPITAL DE LA MUJER</p> <hr/> <p>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO</p> <hr/> <p>HOSPITAL JUÁREZ</p> <hr/> <p>ISSSTE</p> <hr/> <p>SEDENA</p>
<p>¿Existen criterios para la elegibilidad de personas que solicitan tratamiento de reproducción asistida? En caso afirmativo, favor de anexar una copia.</p>	<p>SECRETARÍAS DE SALUD DE TABASCO Y SINALOA</p>
<p>Número de clínicas certificadas para llevar a cabo procedimientos de gestación subrogada. Número de procedimientos de gestación subrogada realizados —Tabasco y Sinaloa— del 1 de agosto de 2012 al 31 de diciembre de 2013. Desagregar por: Edad de las mujeres gestantes. Habla de lengua indígena. Estado civil y nacionalidad de los contratantes.</p>	

Solicito el número de certificados de nacimiento expedidos para niñas y niños nacidos a través de un instrumento de maternidad subrogada del 31 de abril de 1997 al 31 de diciembre de 2013. Desagregar por año, edad de la mujer gestante, hospital.	SECRETARÍA DE SALUD DE TABASCO
Número de procedimientos de gestación subrogada registrados del 1 de agosto de 2012 al 31 de diciembre de 2013.	REGISTROS CIVILES DE TABASCO Y SINALOA
Número de procedimientos de gestación subrogada registrados del 31 de abril de 1997 al 31 de diciembre de 2013. Desagregar por año.	REGISTRO CIVIL TABASCO
Número de niñas y niños registrados como nacidos como resultado de la participación de una madre gestante sustituta del 31 de abril de 1997 al 31 de diciembre de 2013. Desagregar por año.	
¿Existe un formato de registro interno que contenga la categoría de "hijo nacido como resultado de la participación de una madre gestante sustituta"? En caso afirmativo, favor de anexarlo.	
¿Existe un formato oficial de certificado de nacimiento? En caso afirmativo, favor de anexar copia del formato.	
Mencionar los requisitos de la copia certificada del contrato de maternidad sustituta, en caso de hijos nacidos como resultado de la participación de una madre gestante.	
Número de niñas y niños registrados como nacidos como resultado de un instrumento de gestación subrogada del 6 de marzo de 2012 al 31 de diciembre de 2013.	REGISTRO CIVIL SINALOA
¿Existe un formato de registro interno que contenga la categoría de "hijo nacido como resultado de la participación de una madre gestante sustituta"? En caso afirmativo, favor de anexarlo.	
Solicito una copia del formato oficial de certificado de nacimiento.	
Número de procedimientos de maternidad subrogada registrados del 6 de febrero al 31 de diciembre de 2013.	ARCHIVO GENERAL DE NOTARÍAS DE SINALOA

6. VIDA LABORAL Y REPRODUCTIVA

Número de mujeres en edad reproductiva que cuentan con Seguro Popular del I de agosto de 2012 al 31 de diciembre de 2013.

¿Qué protección de tipo social (licencias de maternidad, estancias infantiles) se proporciona a las mujeres embarazadas y con hijas/os inscritas en el Seguro Popular y cuáles son las instituciones competentes para proveer estos servicios?

Desagregar por:

Entidad federativa.

SECRETARÍA
DE SALUD FEDERAL

En la Ley Federal del Trabajo se prevén diversos mecanismos de protección a la maternidad, solicito la siguiente información que comprenda el periodo del I de agosto de 2012 al 31 de diciembre de 2013:

¿Cuántas licencias de maternidad han sido autorizadas por su institución?

Desagregar por:

Licencias por mes.

Hablante de lengua indígena y edad de las mujeres.

Plazos de las licencias de maternidad autorizadas.

¿Cuántas licencias de paternidad han sido autorizadas por su institución?

Desagregar por:

Licencias por mes.

Hablante de lengua indígena y edad de los hombres.

Plazos de las licencias de paternidad autorizadas.

¿Cuál es el número de estancias infantiles que existen en el país de su institución y cuántas de ellas se encuentran en régimen de subrogación?

Desagregar por:

Número de estancias por estado y número de niñas/os que acceden a ellas.

Cupo promedio por estancia.

Horarios de servicio.

INSTITUTO MEXICANO
DEL SEGURO SOCIAL

En la Ley Federal de Trabajadores al Servicio del Estado se prevén diversos mecanismos de protección a la maternidad, solicito la siguiente información que comprenda el periodo del I de agosto de 2012 al 31 de diciembre de 2013:

¿Cuántas licencias de maternidad han sido autorizadas por su institución?

Desagregar por:

Licencias por mes.

Hablante de lengua indígena y edad de las mujeres.

Plazos de las licencias de maternidad autorizadas.

¿Cuántas licencias de paternidad han sido autorizadas por su institución?

Desagregar por:

Licencias por mes.

Hablante de lengua indígena y edad de los hombres.

Plazos de las licencias de paternidad autorizadas.

¿Cuál es el número de estancias infantiles que existen en el país de su institución y cuántas de ellas se encuentran en régimen de subrogación?

Desagregar por:

Número de estancias por estado y número de niñas/os que acceden a ellas.

Cupo promedio por estancia.

Horarios de servicio.

INSTITUTO DE SERVICIOS
Y SEGURIDAD SOCIAL
DE LOS TRABAJADORES
DEL ESTADO

<p>En la Ley Federal del Trabajo se prevén diversos mecanismos de protección a la maternidad, solicito la siguiente información que comprenda el periodo del 1 de agosto de 2012 al 31 de diciembre de 2013: Número de demandas se han presentado por despido laboral por motivo de embarazo. Desagregar por: Hablante de lengua indígena, edad y ocupación de las mujeres. Número de demandas se presentaron por solicitar una prueba de ingravidez en el proceso de contratación laboral. Desagregar por: Hablante de lengua indígena, edad y ocupación de las mujeres.</p>	<p>PROCURADURÍA FEDERAL DE LA DEFENSA DEL TRABAJO</p>
<p>Número de juicios se han presentado por despido laboral por motivo de embarazo entre el 1 de agosto de 2012 y el 31 de diciembre de 2013 Desagregar por: Hablante de lengua indígena, edad y ocupación de las mujeres. Número de laudos emitidos por despido por motivo de embarazos entre el 1 de agosto de 2012 y el 31 de diciembre de 2013. Desagregar por: Hablante de lengua indígena, edad y ocupación de las mujeres. Favor de anexar versión pública de los laudos.</p>	<p>JUNTAS DE CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE (FEDERAL Y LOCALES)</p>
<p>Número quejas se presentaron por solicitar prueba de ingravidez en el proceso de contratación laboral entre el 1 de agosto de 2012 y el 31 de diciembre de 2013. Desagregar por: Hablante de lengua indígena, edad y ocupación de las mujeres. De ese número de quejas cuántas se resolvieron por conciliación y cuántas por recomendación. Desagregar por: Número de recomendaciones emitidas. Número de recomendaciones aceptadas. Favor de anexar la versión pública de las resoluciones por conciliación y de las recomendaciones.</p>	<p>COMISIONES DE DERECHOS HUMANOS (NACIONAL Y LOCALES)</p>
<p>Número quejas se presentaron por despido laboral por motivo de embarazo entre el 1 de agosto de 2012 y el 31 de diciembre de 2013. Desagregar por: Hablante de lengua indígena, edad y ocupación de las mujeres. De ese número de quejas ¿cuántas se resolvieron por conciliación y cuántas por recomendación? Favor de anexar la versión pública de las resoluciones por conciliación y de las recomendaciones.</p>	
<p>Número quejas que se presentaron por solicitar prueba de ingravidez en el proceso de contratación laboral entre el 1 de agosto de 2012 y el 31 de diciembre de 2013. Desagregar por: Hablante de lengua indígena, edad y ocupación de las mujeres. De ese número de quejas, ¿cuántas resultaron en una resolución por disposición? Favor de anexar la versión pública de las resoluciones.</p>	<p>CONSEJO NACIONAL PARA PREVENIR LA DISCRIMINACIÓN</p> <hr/> <p>CONSEJO PARA PREVENIR Y ELIMINAR LA DISCRIMINACIÓN DE LA CIUDAD DE MÉXICO</p>

Número quejas que se presentaron por despido laboral por motivo de embarazo entre el 1 de agosto de 2012 y el 31 de diciembre de 2013.

Desagregar por:

Hablante de lengua indígena, edad y ocupación de las mujeres.

De ese número de quejas ¿cuántas resultaron en una resolución por disposición?

Favor de anexar la versión pública de las resoluciones.

**CONSEJO NACIONAL
PARA PREVENIR
LA DISCRIMINACIÓN**

**CONSEJO
PARA PREVENIR Y ELIMINAR
LA DISCRIMINACIÓN
DE LA CIUDAD DE MÉXICO**

Niñas y mujeres sin justicia. Derechos reproductivos en México

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

Primera edición, agosto de 2015.

Se terminó la impresión de esta obra en agosto de 2015 en los talleres de Impegraphic® Impresores, Majaditas 31, Colonia Guadalupe del Moral, Itztapalapa, 09300, México, D.F.

Tiraje: 1200 ejemplares.