

NIÑAS Y MUJERES SIN JUSTICIA

DERECHOS REPRODUCTIVOS EN MÉXICO

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.

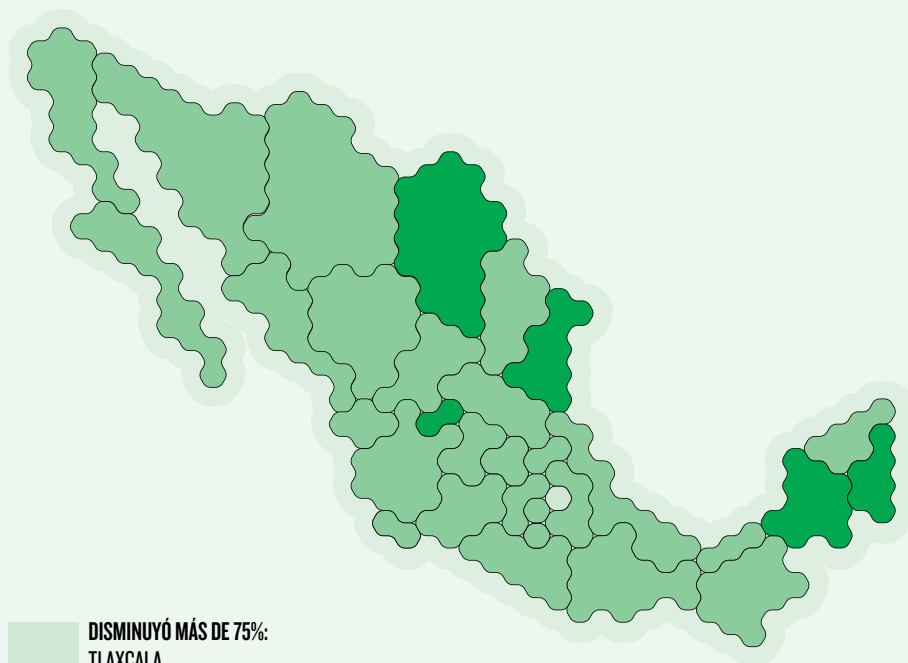
19. Save The Children, *The Urban Disadvantage. State of the World's Mothers 2015*, EUA, 2015. Disponible en <<http://bit.ly/1LrEVYw>> [consulta 29 de mayo de 2015].

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

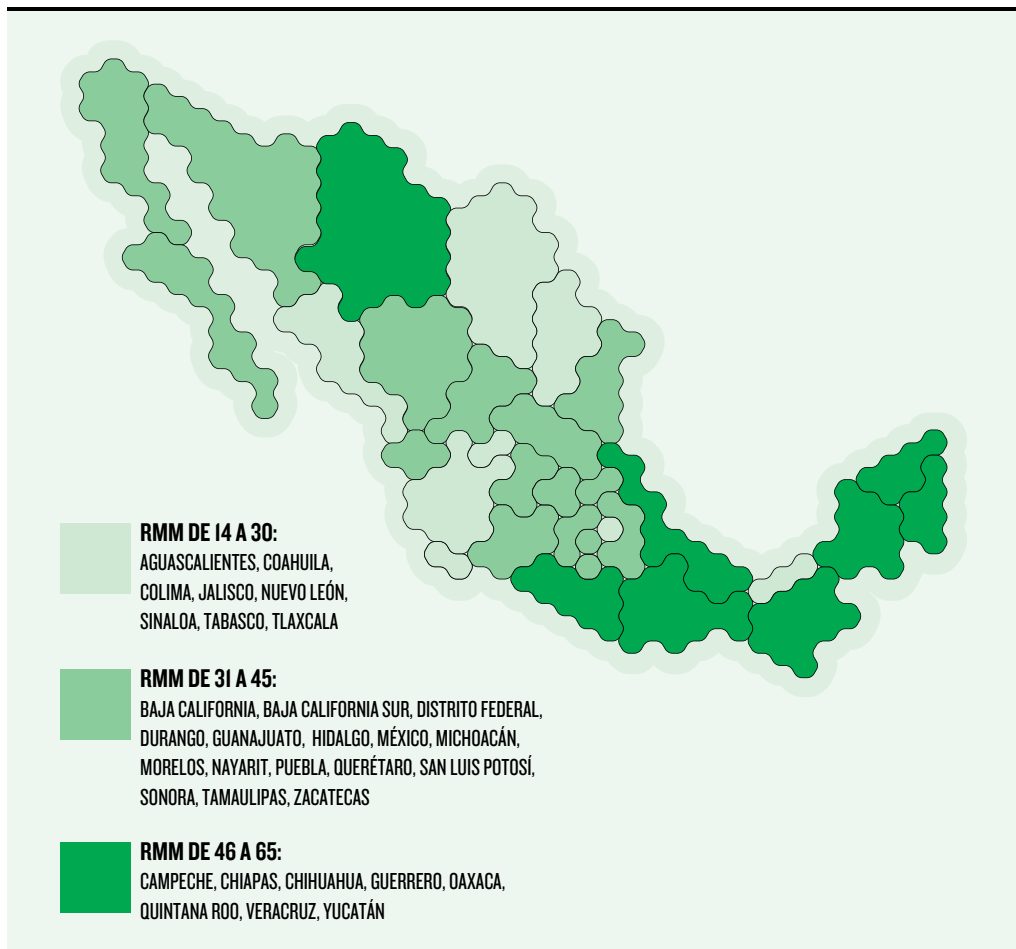
DISMINUYÓ DE 0 A MENOS DE 75%
BAJA CALIFORNIA, BAJA CALIFORNIA SUR, CHIHUAHUA, CHIAPAS, COLIMA,
DURANGO, DISTRITO FEDERAL, GUERRERO, GUANAJUATO, HIDALGO, JALISCO,
MÉXICO, MORELOS, MICHOACÁN, NAYARIT, NUEVO LEÓN, OAXACA, PUEBLA,
QUERÉTARO, SINALOA, SAN LUIS POTOSÍ, SONORA, TABASCO, VERACRUZ,
YUCATÁN, 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.

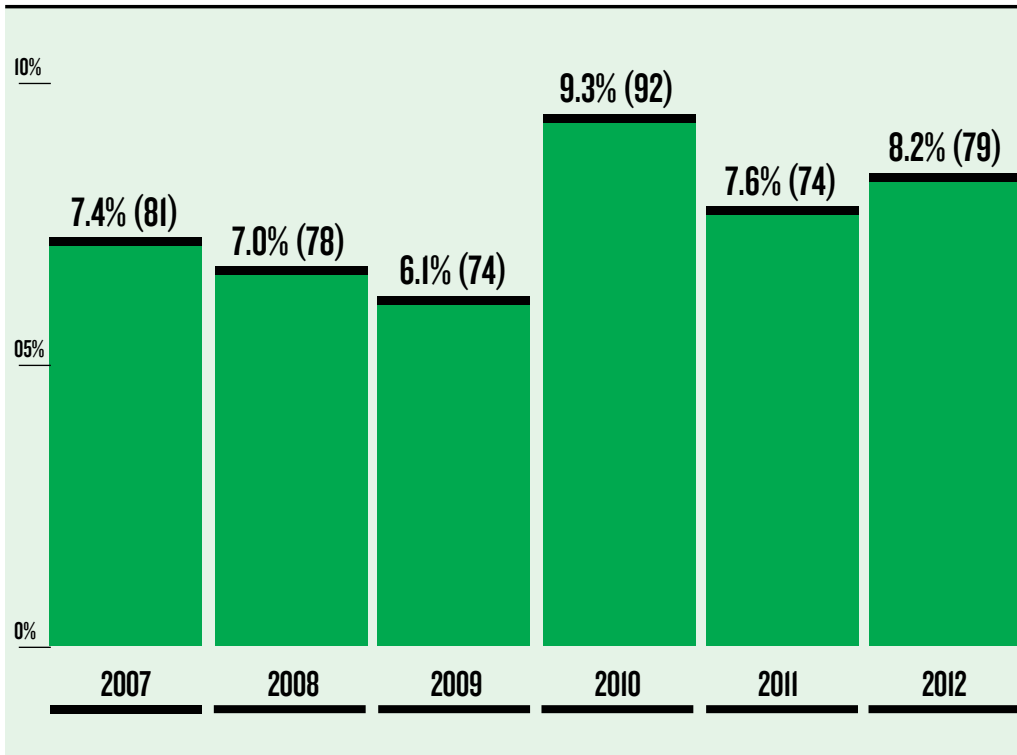
30. Las causas obstétricas indirectas resultan de una enfermedad existente antes del embarazo (problemas de diabetes, cardíacos, hepáticos) o de una enfermedad que evoluciona de manera negativa durante el embarazo y tiene consecuencias adversa. Véase OMS, *Mortalidad materna en 2005: estimaciones elaboradas 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 3I 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.

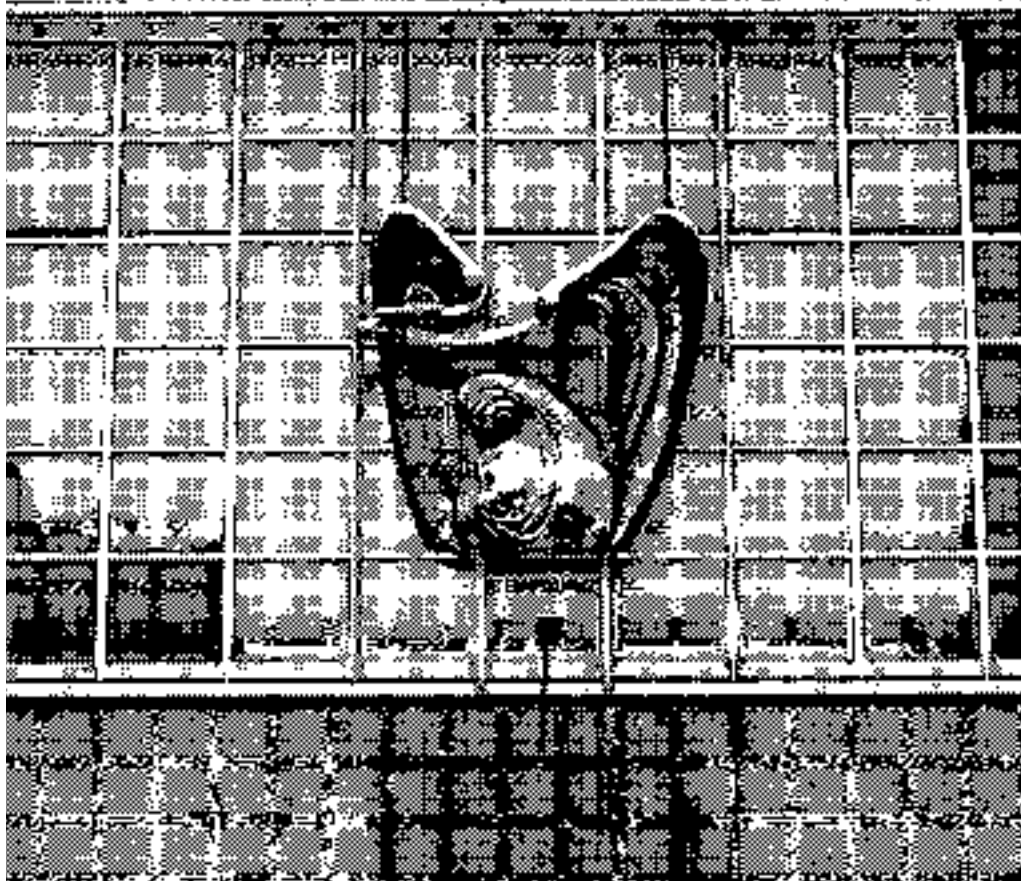
A. QUEJAS ADMINISTRATIVAS

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 Juxtlahuaca, 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.