

NIÑAS Y MUJERES SIN JUSTICIA

DERECHOS REPRODUCTIVOS EN MÉXICO

3

VIOLENCIA OBSTÉTRICA



IRMA Y SUS HIJOS



I. NEGACIÓN DE ACCESO Y MALA ATENCIÓN DEL PARTO

Irma

(Oaxaca)

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

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

PETICIONES DE IRMA ANTE LA CNDH

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

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

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

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

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

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

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

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

Liliana

(Quintana Roo)

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

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

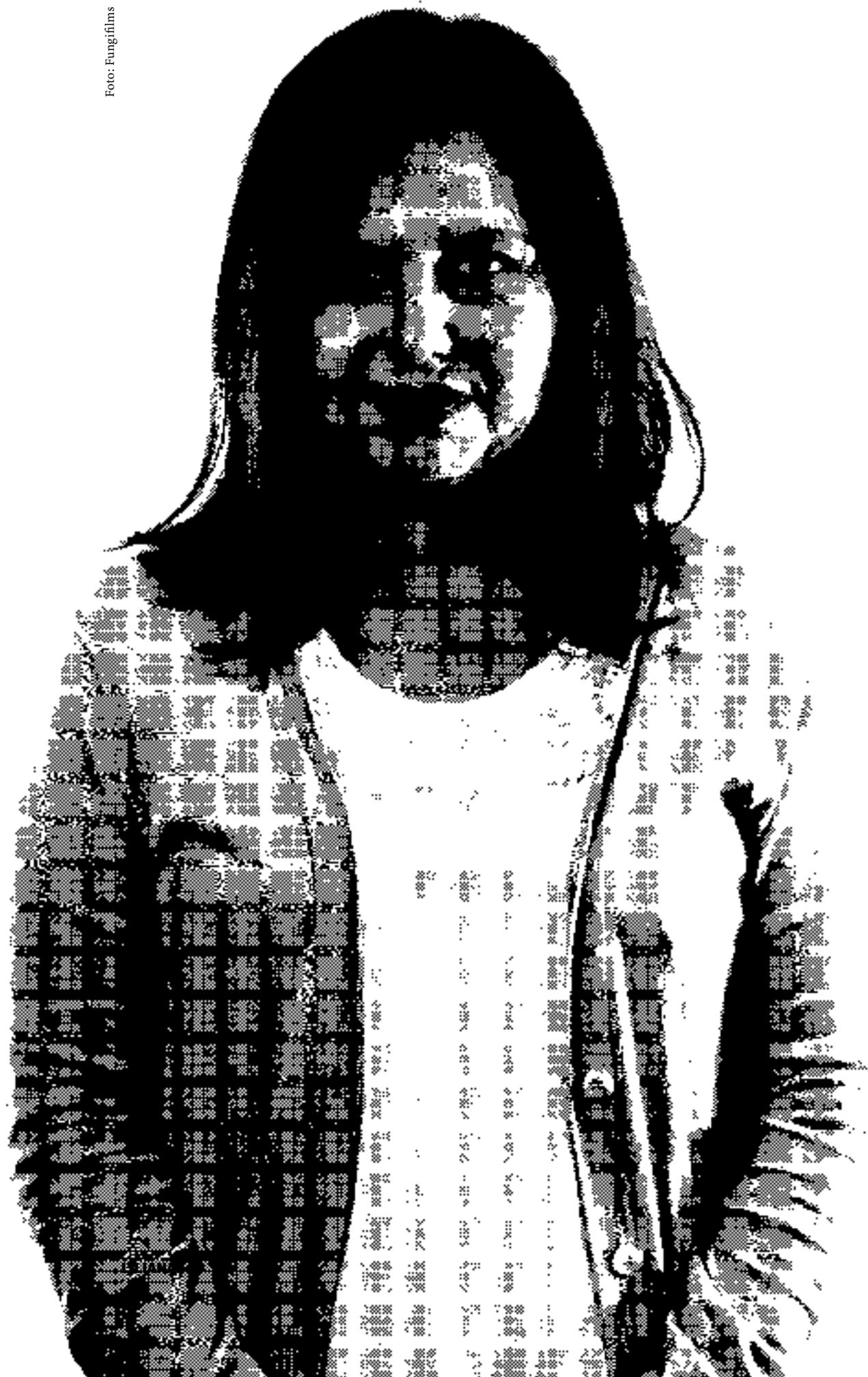
Liliana manifestó expresamente que quería un parto vaginal, a lo que el médico que la atendía respondió “si la paciente lo desea, yo me puedo ir a dar una vuelta para revisar a todos mis pacientes y en una hora y media regresar, pero si el bebé ya tiene sufrimiento fetal es bajo su responsabilidad”.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

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

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

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

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



¿QUÉ ES LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA?

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

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

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

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

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

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

3. *Ibíd.*

DEFENSA DE GIRE EN LOS CASOS DE IRMA Y LILIANA

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

A. QUEJA ANTE LA COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7. CNDH, *Informes de actividades del 1 de enero al 31 de diciembre de 2014 (Síntesis)*, México, 2014. Disponible en <<http://bit.ly/1g1AQZL>>. *Informes de actividades del 1 de enero al 31 de diciembre de 2013*, México, 2014. Disponible en <<http://bit.ly/1EDpG9R>>. *Informes de actividades del 1 de enero al 31 de diciembre de 2012*, México, 2013. Disponible en <<http://bit.ly/1tKsRUR>> [consulta: 24 de abril de 2015].

8. Véase *supra*, nota 6.

B. DERECHOS VIOLADOS

DERECHO A LA INTEGRIDAD PERSONAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ALBA¹⁵ (OAXACA)

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

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

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

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

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

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

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

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



Hospital de San Antonio de la Cal, Oaxaca.

PROTECCIÓN DE LA VIDA PRENATAL

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

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

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

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

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

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

VIOLENCIA OBSTÉTRICA ANTE LA COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS

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

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

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

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

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



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

SANDRA¹⁸ (CHIAPAS)

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

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

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

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

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

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

2. MARCO NORMATIVO

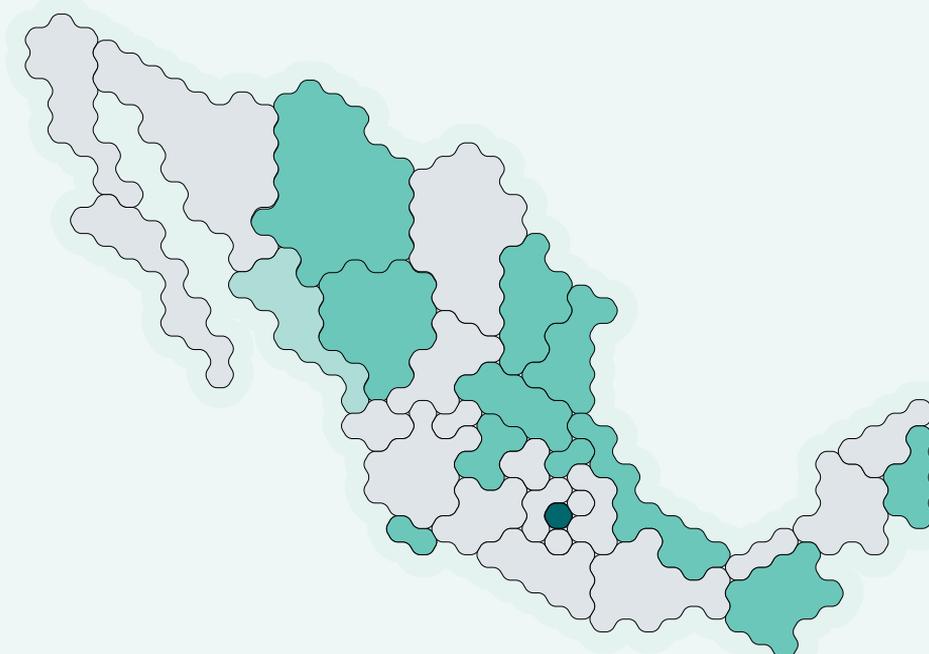
A. LEY GENERAL DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA

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

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

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

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



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

ENTIDADES CON DEFINICIÓN EN SU LEY:
CHIAPAS, CHIHUAHUA, COLIMA, DURANGO, GUANAJUATO, HIDALGO, QUINTANA ROO, SAN LUIS POTOSÍ, TAMAULIPAS Y VERACRUZ

ENTIDADES CON INICIATIVAS LOCALES:
SINALOA

ENTIDADES CON INICIATIVAS APROBADAS (NO PUBLICADAS):
DISTRITO FEDERAL

Fuente: GIRE, mayo 2015.

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

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

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

C. LEY GENERAL DE SALUD

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

D. CÓDIGOS PENALES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

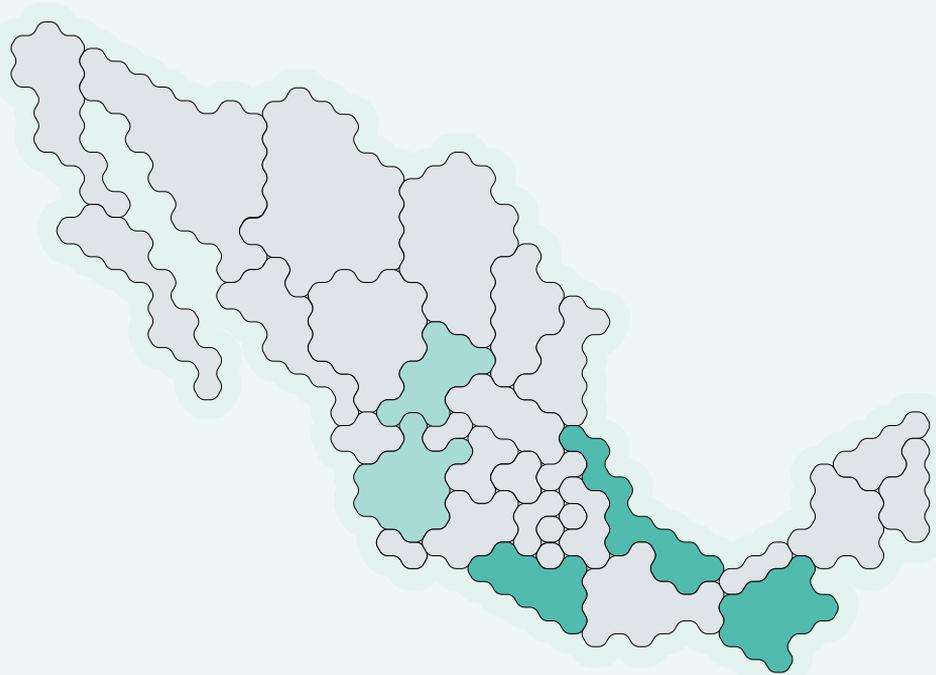
A pesar de estas consideraciones, en fechas recientes se han presentado iniciativas de tipificación de la violencia obstétrica; a nivel federal, una de la senadora Mariana Gómez del Campo (PAN) y, a nivel local, en los estados de Jalisco y Zacatecas.

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

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

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

VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN CÓDIGOS PENALES



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

ENTIDADES QUE CRIMINALIZAN:
CHIAPAS, GUERRERO Y VERACRUZ

INICIATIVAS PARA CRIMINALIZAR:
JALISCO Y ZACATECAS

Fuente: GIRE, mayo 2015.

3. POLÍTICAS PÚBLICAS

A. NOM 007

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

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

B. PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO DE SALUD MATERNA Y PERINATAL

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

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

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

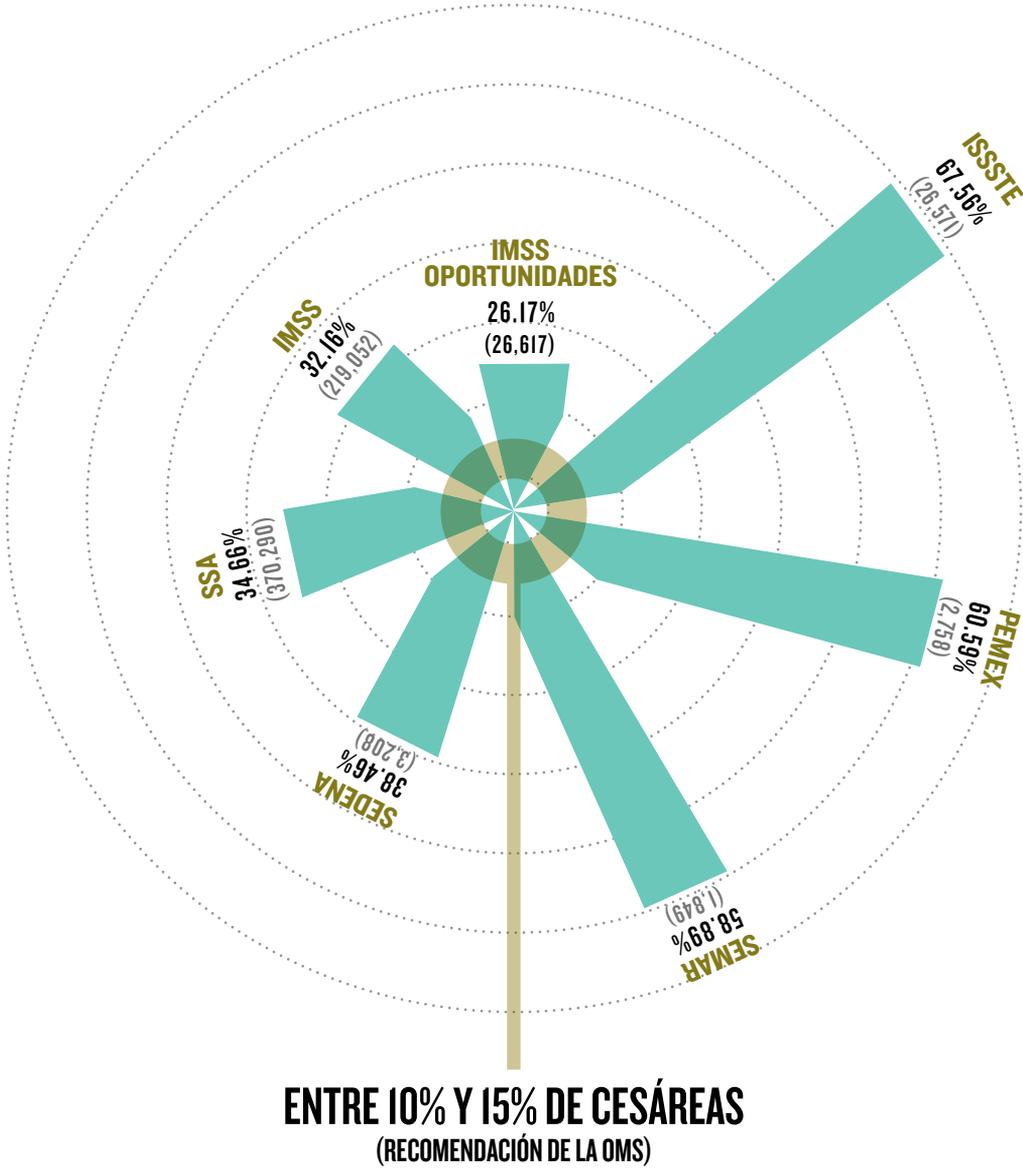
Entre los retos identificados en el Programa se señala la necesidad de implementar los servicios de salud obstétrica con perspectiva de género e interculturalidad, con respeto a los derechos humanos y contar con personal capacitado, infraestructura e insumos necesarios. En cuanto al número de cesáreas,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

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

24. *Ibíd.*

PORCENTAJE DE CESÁREAS POR INSTITUCIÓN

MÉXICO, 2012



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

EXAMEN PERIÓDICO UNIVERSAL

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

Uruguay emitió las siguientes recomendaciones:²⁵

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

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

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

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

4. ACCESO A LA JUSTICIA

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

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

A. COMISIONES DE DERECHOS HUMANOS

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

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

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

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

COMISIONES DE DERECHOS HUMANOS
AGOSTO 2012-DICIEMBRE 2013

 SIN QUEJAS

 CON QUEJAS

 NÚMERO DE RECOMENDACIONES

 INFORMACIÓN INEXISTENTE/
SIN RESPUESTA

TOTAL: 297 QUEJAS

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

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

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

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

REPARACIÓN INTEGRAL POR VIOLACIONES A DERECHOS HUMANOS

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

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

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

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

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

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

29. *Ibíd.*

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

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

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

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

B. CASOS REGISTRADOS, DOCUMENTADOS Y LITIGADOS POR GIRE

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

REGISTRO³⁴

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

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

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

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

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

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

DOCUMENTACIÓN³⁵

NOMBRE	EDAD	ENTIDAD	AÑO
ZAMIRA	20	OAXACA	2013
<p>Zamira cursaba un embarazo de seis meses cuando tenía 20 años. El 15 de abril de 2013 presentó un sangrado, por lo que fue trasladada en una ambulancia al hospital de San Pablo Huixtepec Oaxaca, donde fue atendida en el pasillo del hospital y donde nació su bebé. Posterior a la expulsión, que ocurrió en una camilla en el pasillo, la llevaron a quirófano para limpiarla y al salir le informaron sobre el fallecimiento de su hija. Por la tarde, su pareja acudió para recoger el cuerpo, pero al pasar al área donde se encontraba, notó que la bebé todavía respiraba, a pesar de que ya le habían colocado algodón en la nariz y boca. El 30 de abril Zamira y su pareja acudieron al Ministerio Público para presentar una denuncia por la mala atención hacia su hija, ya que le habían informado que la niña estaba muerta, pero su pareja la vio respirar cuando fue a recoger su cuerpo.</p>			
VIOLETA	15	TABASCO	2014
<p>Violeta vive en Villahermosa, Tabasco. A los 15 años, cursaba un embarazo de 40 semanas. Al empezar a sentir dolores de parto acudió al Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer de Villahermosa, pero le negaron la atención, obligándola a volver en varias ocasiones. Producto de esta falta de atención, Violeta tuvo a su hijo en la sala de espera del hospital. Este caso fue retomado por múltiples medios de comunicación; al respecto la CNDH emitió la Recomendación 35/2014 contra el Gobernador del estado de Tabasco. GIRE documentó el caso, pero no tuvo éxito para contactar a Violeta una vez emitida la Recomendación.</p>			
GLADIS	20	OAXACA	2014
<p>Gladis cursaba un embarazo gemelar y contaba con Seguro Popular, tenía 20 años. Vive en Santo Domingo de Morelos, Oaxaca una comunidad de difícil acceso debido a la falta de vías de comunicación. Para llegar al hospital más cercano, en San Pedro Pochutla, se requiere viajar por lo menos una hora y media. La falta de recursos hizo que aún estando embarazada intentara cruzar la frontera junto con su esposo. No tuvieron éxito y regresaron a su comunidad para continuar dedicándose a las labores del campo. Cuando el embarazo llegó a término, acudió al hospital de San Pedro Pochutla en donde sus hijos nacieron con bajo peso y dificultades respiratorias. Los niños fallecieron un par de horas más tarde, ya que el hospital no cuenta con unidad de cuidados intensivos neonatales.</p>			

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

LITIGIO³⁶

NOMBRE	EDAD	ENTIDAD	AÑO
CATALINA	26	CHIAPAS	2013
<p>El 2 de octubre de 2013, Catalina, de 26 años, acudió a la clínica San Felipe Ecatepec de San Cristóbal de las Casas, Chiapas, para atender un embarazo de 41.2 semanas. La enfermera que la atendió le comentó que debido a presión alta probablemente le practicarían una cesárea. Sin embargo, la ginecóloga encargada decidió que tendría un parto vaginal. Se sentía muy mal y muchas veces pidió ayuda al personal médico, pero no recibió respuesta. No fue sino hasta que presentó un episodio convulsivo que el personal intervino, realizándole una cesárea. Su hijo falleció horas más tarde. Por iniciativa de Catalina, GIRE realizó una solicitud de acceso a la información para obtener el expediente médico del caso, pero se negó el acceso al mismo. Con base en una opinión técnica, se presentará una ampliación de queja ante la CNDH.</p>			
GILDA	30	ZACATECAS	2014
<p>Gilda es de Zacatecas, tiene 30 años y tres hijos. Cursaba un embarazo de 37 semanas cuando, el 3 de julio de 2014, acudió al Hospital de la Mujer porque se le rompió la fuente. Hacia las 10 de la noche le indicaron que debían realizar una cesárea. Su hija nació y le dijeron que trasladarían al área de neonatos porque presentaba bajo peso. Posterior a la cesárea que le practicaron, Gilda presentaba dolor, tenía un hematoma, por lo que la volvieron a operar. Permaneció en el hospital hasta el 7 de julio con dolor y molestias. Durante el tiempo que estuvo internada no la dejaron ver a su hija, argumentando que se encontraba en el área de neonatos, pero le aseguraban que se encontraba bien. Cuando salió del hospital se enteró de que iban a operar a su bebé por una infección en los intestinos. No le dieron más información. El 9 de julio su hija falleció. En septiembre de 2014 presentó una queja ante la CNDH. Hasta ahora no ha recibido respuesta, por lo que presentará, con el acompañamiento de GIRE, una ampliación de queja.</p>			

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



5. CONCLUSIONES

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

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

6. RECOMENDACIONES

NORMATIVAS

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

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

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

IMPLEMENTACIÓN DE LA NORMATIVA

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

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

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

ACCESO A LA JUSTICIA

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

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

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