

¡A TODA MADRE!

UNA MIRADA MULTIDISCIPLINARIA
A LAS MATERNIDADES EN MÉXICO

Abril Saldaña Tejeda
Lilia Venegas Aguilera
Tine Davids
Coordinadoras

INSTITUTO NACIONAL DE ANTROPOLOGÍA E HISTORIA

EDITORIAL ITACA

UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO

UNIVERSIDAD DE RADBOUD

HQ759 / A8

¡A toda madre! : una mirada multidisciplinaria a las maternidades en México / coordinadoras Abril Saldaña Tejeda, Lilia Venegas Aguilera, Tine Davids. Ciudad de México ; Guanajuato, Gto. : Secretaría de Cultura : Instituto Nacional de Antropología e Historia : Itaca : Universidad de Guanajuato, 2016.

448 p., il., gráficos ; 14 x 20 cm.

Incluye referencias bibliográficas.

ISBN 978-607-484-898-4 (Secretaría de Cultura, Instituto Nacional de Antropología e Historia)

ISBN 978-607-97448-0-9 (Editorial Itaca)

ISBN 978-607-441-452-3 (Universidad de Guanajuato)

1. Maternidad - México. 2. Derechos de la mujer - México. 3. Mujer - Salud e higiene - México. 4. Mujeres - Condiciones sociales - México. I. Saldaña Tejeda, Abril, coord. II. Venegas Aguilera, Lilia, coord. III. Davids, Tine, coord. IV. México, Secretaría de Cultura. V. Instituto Nacional de Antropología e Historia (México). VI. Editorial Itaca. VII. Universidad de Guanajuato.

*¡A Toda Madre! Una mirada multidisciplinaria
a las maternidades en México,*
de Abril Saldaña Tejeda, Lilia Venegas Aguilera y
Tine Davids (coordinadoras)

D.R. © Abril Saldaña Tejeda, Lilia Venegas Aguilera,
Tine Davids (coordinadoras), 2017

D.R. © Secretaría de Cultura,
Instituto Nacional de Antropología e Historia, 2017
Córdoba 45, colonia Roma,
delegación Cuauhtémoc,
C.P. 06700, Ciudad de México
www.inah.gob.mx
ISBN: 978-607-484-898-4

D.R. © David Moreno Soto, 2017
Editorial Itaca
Piraña 16, Colonia del Mar
C.P. 13270, Ciudad de México
tel. 5840 5452
ed.itaca.mex@gmail.com
itaca00@hotmail.com
www.editorialitaca.com.mx
ISBN: 978-607-97448-0-9

D.R. © Universidad de Guanajuato, 2017
Lascuráin de Retana #5
Zona Centro, C.P. 36000, Guanajuato, Guanajuato
www.ugto.mx
ISBN: 978-607-441-452-3

Primera edición: 2017
Coedición: Secretaría de Cultura, Instituto Nacional de Antropología
e Historia, Universidad de Guanajuato, Editorial Itaca

Imagen de portada: Diego Rivera, "Maternidad",
D.R. © 2017 Banco de México, Fiduciario en el Fideicomiso relativo a los Museos Diego Rivera y Frida
Kahlo. Av. 5 de Mayo, núm. 2, colonia Centro, Del. Cuauhtémoc, C.P. 06059, Ciudad de México
"REPRODUCCIÓN AUTORIZADA POR EL INSTITUTO NACIONAL DE BELLAS ARTES Y LITERATURA, 2017"
Diseño de portada: Efraín Herrera

Impreso y hecho en México / Printed in Mexico

Queda prohibida la reproducción total o parcial, directa o indirecta, del contenido de la presente obra, por cualquier medio, sin la autorización expresa y por escrito del titular de los derechos patrimoniales, en términos de lo así previsto por la Ley Federal del Derecho de Autor y, en su caso, de los tratados internacionales aplicables.

ÍNDICE

Agradecimientos	13
Introducción	
<i>Abril Saldaña Tejeda, Lilia Venegas Aguilera</i> <i>y Tine Davids</i>	15
Primera parte	
CUERPOS MATERNOS, CUERPOS DIFERENCIADOS: LOS CONTRASTES DE LA SALUD Y LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES EN MÉXICO	
Violencia obstétrica en madres indígenas: un caso de racismo	
<i>Natividad Gutiérrez Chong</i>	41
Maternidades violentadas, ¿maternidades justiciables? Una primera aproximación a la judicialización de la violación de los derechos en salud materna en México	
<i>Paola Sesia</i>	71
Maternidades indígenas en contextos dinamitados por el cambio	
<i>Gisela Espinosa Damián</i>	113

La práctica de las cesáreas en unidades médicas privadas de Monterrey: un mercado para la salud obstétrica <i>Ángeles Sánchez Bringas</i> <i>y Guadalupe Fabiola Pérez Baleón</i>	145
---	-----

Postergar la maternidad: dilema individual y síntoma cultural <i>Marta Lamas</i>	175
--	-----

Segunda parte

DES/MATERNIDADES: ENTRE LA TRANSGRESIÓN Y LO QUE NO SE NOMBRA

“Una se enloda por sacar adelante a los hijos”: entre el discurso del deber y la búsqueda del placer en una localidad rural de Veracruz <i>Rosío Córdova Plaza</i>	199
---	-----

Maternidad joven o cuerpos “fuera de tiempo”: una aproximación a la articulación de los discursos sobre juventud, maternidad y familia en el caso de Guanajuato <i>Abril Saldaña Tejeda</i>	219
---	-----

Transformando la ecuación: mujer = madre <i>Yanina Ávila González</i>	249
--	-----

Si “las mujeres dan vida”, ¿qué aportan los varones en los espacios reproductivos? Algunas reflexiones entre la ética, la demografía y el análisis lingüístico <i>Juan Guillermo Figueroa Perea</i>	275
--	-----

Tercera parte

MATERNIDADES POLITIZADAS:

ENTRE LA REPRESENTACIÓN, LA EXPERIENCIA Y LA IRONÍA

Las mujeres, el trabajo y la maternidad durante el milagro mexicano (1940-1960) <i>Nichole Sanders</i>	309
Relatos de historia oral sobre maternidad en el exilio español y el simulacro de una sociedad imaginada. Dolores Pla y la historia social <i>Belén Santos</i>	337
Maternidad y caricaturas <i>Anna María Fernández Poncela</i>	355
El lado oscuro de la maternidad en las pantallas fílmicas mexicanas del periodo clásico (1931-1954) <i>Julia Tuñón</i>	383
Maternidad politizada: género, moralidad y activismo en el ala derecha de la política en la frontera norte mexicana <i>Tine Davids y Lilia Venegas Aguilera</i>	411

MATERNIDADES VIOLENTADAS, ¿MATERNIDADES JUSTICIABLES?

UNA PRIMERA APROXIMACIÓN
A LA JUDICIALIZACIÓN DE LA VIOLACIÓN
DE LOS DERECHOS EN SALUD MATERNA EN MÉXICO

Paola Sesia

Centro de Investigaciones y Estudios Superiores
en Antropología Social-Pacífico Sur

INTRODUCCIÓN

Entre octubre de 2013 y septiembre de 2014, ocho casos de violaciones a los derechos humanos (DH) de mujeres durante la maternidad fueron llevados a instancias de justicia y de DH en México por parte de organizaciones de la sociedad civil. Las instancias de justicia recurridas incluyen tribunales federales y la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH); además, se solicitó la intervención de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) frente a los actos u omisiones del Gobierno mexicano.

Las violaciones se perpetuaron en la búsqueda fallida de recibir atención en el sistema de salud institucional, durante la atención obstétrica, o a consecuencia de un desenlace fatal en la atención recibida, con la muerte de la mujer. La mayoría de estos casos se refiere a mujeres pobres, indígenas y rurales, procedentes de los estados con mayor marginalización del país, como lo es Oaxaca. Se trata de litigios de interés público o “litigios estratégicos” (Coral-Díaz, Londoño-Toro y Muñoz-Ávila, 2010) a favor de las víctimas, pero buscando al mismo tiempo la transformación del sistema de salud mexicano a través de mecanismos legales y desde el enfoque de los DH.

La práctica de llevar a instancias de justicia violaciones a los DH de mujeres durante el parto es un fenómeno reciente en América Latina; aún más reciente en el caso mexicano. Para que este fenómeno tuviese cabida, fue necesario construir previamente en la arena global de la salud, la equidad de género y los DH, la argumentación de que el acceso a una atención de calidad oportuna, respetuosa y resolutive en salud materna es un derecho de todas las mujeres embarazadas, sobre todo cuando se trata de mujeres histórica y socialmente excluidas y discriminadas. Al mismo tiempo, en el caso mexicano, se ha estado construyendo una argumentación novedosa, la de “violencia obstétrica”.

En este artículo, se revisará cómo se han construido estas conceptualizaciones y cómo han empezado a utilizarse para exigir justicia en instancias judiciales y de DH. Se explicará a qué nos referimos con “judicialización” en salud materna y cómo se está abordando este proceso en el caso mexicano, analizando algunas características y problemáticas del sistema de atención en salud materna y del sistema de justicia para poder entender los complejos contextos donde se ubica este proceso de judicialización en el país.

Se analizará un caso específico de violaciones cometidas contra una mujer indígena de Oaxaca, revisando las características y evolución del caso y las estrategias adoptadas por la organización en la construcción y manejo del caso jurídico, así como otras acciones extrajurídicas que han resultado indispensables para que el proceso de judicialización tenga cabida y proporcione resultados.

A través de este caso, se compartirán algunas reflexiones preliminares acerca de los logros y limitaciones de llevar a instancias de justicia violaciones en salud materna, considerando que se trata de procesos incipientes e inacabados. En particular, se analizará el uso de la argumentación de “violencia obstétrica” y el potencial de la judicialización como herramienta de “reparación integral” a las víctimas, así como herramienta de “no repetición”, a fin de garantizar que las condiciones que hicieron posible esas violaciones en primera instancia se modifiquen para que otras mujeres con características sociales

similares no las padezcan. Es en este último caso que la herramienta judicial se perfila con la capacidad potencial de incidir en la política pública en salud, ya que puede mandar transformaciones en el sistema de salud para que este se vuelva menos discriminatorio y más accesible, respetuoso, oportuno, efectivo y resolutivo, sobre todo para las mujeres indígenas. Al mismo tiempo es justamente aquí donde la judicialización se topa con las mayores limitaciones en sus posibilidades de incidencia.

JUDICIALIZACIÓN, DH Y VIOLENCIA OBSTÉTRICA

En términos generales, propongo definir a la judicialización como el fenómeno de llevar al ámbito nacional o internacional del poder judicial o de las instancias supervisoras de los DH, problemáticas, controversias, exigencias y violaciones de derechos para que éstas sean analizadas, definidas, redimidas o resueltas jurídicamente, y cuyas resoluciones o recomendaciones conlleven implicaciones de exigibilidad para el Estado y sus instituciones, las cuales frecuentemente los obligan a actuar en el ámbito de la política pública. Lo anterior es posible dentro de un Estado de derecho, a través de los debidos procesos y como parte de la gobernanza democrática (Domingo, 2011), en donde el Estado rinde cuentas de sus políticas y tiene la obligación de defender, promover y respetar los DH para toda la ciudadanía; derechos que por definición son exigibles y justiciables en el marco de los tratados internacionales de los DH ratificados por los países, además de estar incluidos, en algunos casos, en las constituciones y/o leyes nacionales.

Recurrir a estrategias legales para redimir conflictos políticos y sociales, hacer cumplir al Estado derechos existentes, ampliar el marco de los derechos a través de la jurisprudencia e intervenir en la política pública desde los tribunales, es un fenómeno que ha caracterizado a América Latina de manera creciente desde principios de la década de los noventa del siglo xx (Couso, Huneeus y Sieder, 2010; Sieder, Schjolden y Angell, 2011). De tal forma, que se ha referido a este proceso en la re-

gión como la “judicialización de la política” (Sieder, Schjolden y Angell, 2011); o sea, procesos en los cuales “asuntos que tradicionalmente habían sido resueltos por el sistema político empiezan a ser decididos por los jueces” (Uprimny, 2011: 13).

Desde finales de esa década, la judicialización de la política pública y la demanda jurídica de cumplimiento de derechos en algunos países latinoamericanos han abarcado el derecho a la salud (Biehl *et al.*, 2009; Biehl y Petryna, 2011; Gloppen, 2008; Gutiérrez y Rivera, 2009; además de varios estudios de casos en Yamin y Gloppen, 2011). Resoluciones judiciarias y de DH han reconocido violaciones a este derecho para grupos poblacionales vulnerables o individuos afectados y han obligado legalmente a los Estados-naciones a implementar medidas para garantizar, por ejemplo, el acceso y cobertura de servicios, tratamientos clínicos y a medicamentos, como ha sido el caso de los antirretrovirales para enfermos de VIH-sida en Brasil (Biehl *et al.*, 2009) o las demandas para cobertura y medicamentos a través del sistema de *tutela* en Colombia (Yamin y Parra-Vera, 2009).

Sin embargo esta creciente judicialización del derecho a la salud en América Latina ha sido objeto de controversias y análisis. La literatura ha abierto debates cruciales en cuanto a los límites o hasta los efectos contraproducentes de la intervención judicial ante los sistemas públicos de salud. Se ha cuestionado que la judicialización, sobre todo a partir de demandas y denuncias de particulares, logre mejorar el acceso colectivo a servicios, tratamientos y fármacos y promover así una mayor equidad del sistema de salud y una mayor justicia social (Alzate, 2014; Biehl *et al.*, 2009; Yamin, 2011).

Además, en contextos de sistemas públicos de salud inequitativos y mal distribuidos en territorios nacionales, de por sí caracterizados por profundas desigualdades sociales, con servicios médicos deficientes [carentes, sobresaturados e insuficientemente financiados] y sometidos a tendencias privatizadoras avasalladoras e intereses de mercado resultado de las políticas neoliberales prevalecientes (Currea-Lugo, 2006; Lamprea, 2014), la judicialización del derecho a la salud en-

cuentra su límite estructural, aun cuando ésta está impulsada por decisiones judiciales que intentan promover una reestructuración del sistema público de salud para el bien común y la garantía del derecho colectivo a la salud (Alzate, 2014).

Más allá de los debates y controversias, es indudable que la judicialización del derecho a la salud conlleva un reconocimiento formal de que la salud, la atención médica y el acceso a tratamientos y medicinas se han constituido en un DH plenamente exigible a los estados, precisamente a través de su justiciabilidad en las cortes o en organismos de supervisión de DH. En particular, la observación 14 emitida por el Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha contribuido a la exigibilidad del derecho a la atención, especificando que el derecho a la salud incluye el acceso a la atención médica y que los servicios de salud deben de ser disponibles, físicamente accesibles, económicamente asequibles, culturalmente aceptables y de calidad para toda persona sin discriminación alguna, sobre todo cuando se trata de grupos sociales en situación de mayor desventaja y exclusión. Además establece la importancia de garantizar el derecho a la salud para las mujeres, el cual contempla mejorar los servicios de salud materna y volverlos disponibles particularmente en áreas rurales, con suficientes clínicas y hospitales y con médicos adecuadamente capacitados (Codesc, 2000).

Además del derecho a la salud, la construcción jurídica y apelación de los casos de violaciones a los DH de mujeres indígenas o mexicanas de escasos recursos económicos, se ha valido de la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW, por sus siglas en inglés), la cual estipula en su artículo 12 que el derecho a la protección en salud y el acceso a la atención médica durante la maternidad son parte de las obligaciones que los Estados-naciones deben de cumplir y son derechos fundamentales que las mujeres tienen por su condición sexo-genérica (CEDAW, 1979).

Mención aparte merece el concepto de *violencia obstétrica*, central en la construcción y apelación del caso que se considera más adelante y que se ha conceptualizado, siguiendo a Medina (2009), de la siguiente manera:

toda acción u omisión por parte del personal de salud que dañe, lastime o denigre a la mujer durante el parto así como la negligencia en su atención médica que se exprese en un trato deshumanizado y/o discriminatorio, en caso se abusa de la medicalización y patologización de los procesos naturales, vulnerando sus derechos a la autonomía y libertad reproductiva, así como al consentimiento informado; incluyendo como tales, la omisión de la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas (Parto Libre / GIRE, 2014: 1-2).

En esta definición confluyen la violencia ejercida contra las mujeres por su condición de sexo-género (*violencia de género*) con la que se ha conceptualizado como *violencia institucional*; retomando la conceptualización de violencia contra las mujeres incluida en la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres de Belém do Pará, la cual en su artículo primero reprueba y condena “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” (1994).

Las definiciones distinguen entre violencia obstétrica física o psicológica. La primera contempla procedimientos o maniobras invasivas y suministro de medicamentos que no están justificados o cuando no se respetan los tiempos ni la evolución del parto fisiológico. En otras palabras, cuando se medicaliza y patologiza el cuerpo de la mujer sin necesidad, transformándola en una recipiente pasiva de decisiones clínicas externas. La violencia psicológica, por otro lado, incluye “el trato deshumanizado, grosero, discriminación, humillación, cuando la mujer va a pedir asesoramiento, o requiere atención, o en el transcurso de una práctica obstétrica” (Medina, 2009: 4).

El concepto ayuda a entender lo que comúnmente sucede en la escena del parto institucional, como un fenómeno social en donde confluyen distintas hegemonías de saberes y prácticas y distintos regímenes de biopoder (Foucault, 1977), los cuales construyen –y explican– la violencia obstétrica como un fenómeno sistémico y estructural. Por un lado, tenemos la hegemo-

nía de la biomedicina como modelo de conocimientos científicos, organización del trabajo y prácticas de atención: ésta tiende a medicalizar y patologizar cualquier proceso fisiológico y tiene el poder en el entorno hospitalario para que su voz de autoridad sea la que predomina en las decisiones a tomarse y en las rutinas médicas a seguirse (Menéndez, 2003).

Por el otro, en la atención obstétrica, el biopoder o control disciplinario sobre el cuerpo, se ejerce no sobre cualquier persona, sino en específico sobre la persona-cuerpo femenino, donde la subjetividad y agencia de la mujer es objetivada, pasivizada y silenciada dentro de estructuras jerárquicas y autoritarias de una gineco-obstetricia profundamente patriarcal en su génesis histórica, praxis médica e interacciones socio-clínicas (Oakley, 1984).

Finalmente, cuando las mujeres que llegan a los hospitales públicos del sistema de salud mexicano son indígenas, rurales y pobres, los marcadores de alteridad que las distinguen con base en la clase social, la etnicidad-raza y el género se interceptan entre sí, multiplicándose y profundizándose en representaciones, relaciones, actitudes y comportamientos autoritarios, discriminadores e irrespetuosos por parte del personal de salud, de una manera trasversalmente naturalizada y normativizada (Castro, 2014; Sesia, Sachse y Van Dijk, 2014) desde la puerta de ingreso hasta la sala de partos.

EL CONTEXTO DEL SISTEMA DE JUSTICIA EN MÉXICO

En México la judicialización del derecho a la salud en general, y de la salud materna en específico, se ha dado de manera mucho más limitada y bastante más tardía que en otros países latinoamericanos. En parte, este hecho se relaciona con un sistema judicial que no ha sido propicio para la protección de los DH; ni, menos, para el litigio estratégico de interés público que busca una jurisprudencia de exigencia de los derechos y de transformación de la política social. El sistema de justicia mexicano se ha caracterizado por ser anticuado, inflexible, ineficiente, formalista e imposible de acceder sin una asesoría legal profesio-

nal que sepa navegar en el mar de tecnicismos “iniciáticos” que constituye el camino jurídico. Los procedimientos legales son farragosos, lentos y costosos, por lo que impiden al ciudadano común violentado apelar a la justicia de manera directa (Pou, 2014).

En este contexto poco halagador, se rescata la sentencia en materia de DH de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) en junio de 2011, donde se adecua la Constitución mexicana al marco jurídico internacional de los DH y se consigna que todas las autoridades –legislativas, administrativas o jurisdiccionales, federales, estatales o locales– tienen la obligación de respetar y garantizar los derechos humanos en sus respectivos ámbitos de competencia. Aun si ha habido críticas importantes con respecto al alcance real de estas reformas (*Diagnóstico*, 2014; Magaloni, 2011; Pou, 2014), organizaciones que promueven y defienden los DH en México reconocen que se trata de una ventana de oportunidad para el litigio en pro de los derechos.

La CNDH, por otro lado, es la máxima instancia supervisora, defensora y promotora de los DH en el país y es a la que se ha recurrido en el litigio que aquí se presenta. Fundada en 1990, con el mandato de supervisar la actuación de las autoridades públicas en México y promover una cultura de respeto hacia los DH, la CNDH es un organismo autónomo, descentralizado y con patrimonio propio.¹ La CNDH ha documentado con sendos informes las violaciones sistémicas a los DH que se dan en el país; sin embargo, ha sido señalada por no cumplir cabalmente su mandato, en cuanto a asegurar medidas efectivas de reparación para las víctimas de violaciones; no dar seguimiento al cumplimiento de sus propias recomendaciones; no involucrar a las víctimas en las recomendaciones y los convenios conciliatorios; no utilizar suficientemente los tratados internacionales en sus recomendaciones e informes, y no promover las reformas estructurales que el país necesita en cuanto al respeto y la garantía de los

¹ La CNDH cuenta con un presupuesto asignado muy generoso (1 400 millones de pesos en 2013), uno de los más altos en el mundo para organismos de esta naturaleza (Magaloni y Elizondo, 2014).

derechos humanos (HRW, 2008).² Finalmente se ha cuestionado que el mayor instrumento que la CNDH tiene en sus manos para hacer valer los DH –la recomendación– sea utilizado escasamente, no tenga carácter obligatorio (puede ser rechazado) y que frecuentemente no sea acatado por las autoridades, aun después de haber sido formalmente aceptado (Magaloni y Elizondo, 2014).

No obstante estos cuestionamientos, es importante reconocer que las quejas presentadas por las víctimas, sus representantes legales o perseguidas por oficio por la misma CNDH o sus equivalentes en las entidades federativas, y las recomendaciones emitidas por la misma CNDH, siguen siendo la principal avenida existente en el país para buscar justicia restaurativa (Pérez y Zaragoza, 2011) en casos de violaciones a los DH perpetradas por servidores públicos.

Por último, la CIDH constituye la instancia regional supranacional a la que han apelado frecuentemente las organizaciones defensoras de DH en México, incorporando este camino al activismo judicial (Domingo, 2011). Cuando se agotan las instancias nacionales y se demuestra que el Estado ha incumplido con sus obligaciones en materia de violaciones a los DH, el proceso de petición a la CIDH puede ser individual y es relativamente sencillo (Macaulay, 2011); tratándose de un mecanismo al que se recurre no sólo para evidenciar públicamente las fallas y violaciones cometidas por autoridades en el país, sino para hacer una presión ética, política y mediática hacia el gobierno mexicano y sus instituciones, incluyendo a las entidades federativas.

Aun si las resoluciones de la CIDH no tienen obligatoriedad, la Comisión tiene peso moral y México es sensible a la presión internacional, por lo que se ha logrado impactar acciones del gobierno mexicano (Domingo, 2011). Con las comparecencias en

² La CNDH sufrió de un descrédito aún mayor bajo la presidencia de Raúl Plascencia Villanueva (2009-2014), quien fue acusado repetidamente de ser “omiso” de los DH y utilizar a la CNDH a modo. En noviembre de 2014, tocando fondo la crisis más grave de los DH en el país y de credibilidad en la CNDH, el Senado decidió no renovar el mandato y eligió en su lugar a Luis Raúl González Pérez quien ha asumido el cargo con renovadas energías y un compromiso al parecer más serio de cumplir con su mandato de defender los DH en el país.

la CIDH, se visibilizan violaciones y situaciones que enfrentan individuos o colectivos pertenecientes a grupos sociales particularmente violentados o discriminados; se logra el apoyo y el reconocimiento internacional de la seriedad y gravedad de actos y omisiones gubernamentales, legislativas o judiciales; se instigan investigaciones sobre la situación de los derechos y las violaciones en el país; y se emiten resoluciones que pueden volverse un fuerte llamado de atención para el Estado.

EL CONTEXTO DEL SISTEMA DE SALUD MATERNA EN MÉXICO

En México el sistema de atención a la salud materna presenta algunas características y/o problemáticas particularmente relevantes para nuestra discusión. En primer lugar, el país ha alcanzado una muy alta cobertura de atención calificada durante el parto, pasando de 77% en 1990 a 96% en 2013.³ La ampliación de la cobertura es resultado de políticas deliberadas de la última década para lograr que las mujeres mexicanas lleguen a parir a los hospitales institucionales como parte de las estrategias de reducción de la muerte materna. En segundo lugar, la amplia cobertura alcanzada no es sinónimo de atención de calidad; tan es así, que no se ha encontrado una correlación entre disminución de la muerte materna y la elevada cobertura de atención institucional del parto en el país (Lazcano-Ponce *et al.*, 2013). Los datos revelan por el contrario que la atención obstétrica institucional en México no está funcionando como debería y enfrenta una problemática compleja, profunda y multidimensional.

A nivel estructural, tenemos servicios insuficientes o distribuidos inadecuadamente en el territorio nacional; subutilizados por falta de equipamiento, recursos humanos o recursos

³ En Oaxaca, el porcentaje alcanzó 87%, con respecto a 43% en 1990. Estos datos de cobertura están disponibles en <<http://www.objetivosdesarrollodelmilenio.org.mx/odm/odm.htm>>. “Personal calificado” se refiere a personal médico: médicos pasantes en servicio social, médicos generales titulados, médicos residentes y médicos especialistas.

financieros para operar, o sobresaturados por la excesiva demanda; con frecuente desabasto de insumos y medicamentos necesarios para la atención materna; con recursos financieros insuficientes o distribuidos inequitativamente en el territorio, entre niveles de atención y entre instituciones; y con recursos humanos insuficientes o mal asignados por unidades y niveles de atención, por turnos o por especialización y tipo-nivel de formación (Lazcano-Ponce *et al.*, 2013; *PSS 2013-18*, 2013). Estos problemas son particularmente pronunciados en el primer nivel de atención, en los estados más marginados y pobres del país y en las regiones rurales e indígenas (CNEGYSR, 2009; Lazcano-Ponce *et al.*, 2013; *PSS 2013-20*, 2013; Sesia *et al.*, 2012; Sesia, Sachse, Van Dijk, 2014).

A nivel de procesos, el sistema de salud adolece de desarticulación y segmentación en los servicios, así como en el financiamiento, en los procesos de auditoría clínica y de evaluación del desempeño (Lazcano-Ponce *et al.*, 2013; *PSS 2013-2020*, 2013). La rectoría del sistema es endeble, así como lo son los mecanismos de supervisión, vigilancia y regulación (*idem*). Además, se han detectado serios problemas en las competencias técnicas del personal médico en salud materna desde el egreso de la carrera de medicina (Walker *et al.*, 2011) y en la falta de adherencia a normas y lineamientos técnicos en el primer y segundo nivel de atención, en los estados del sur del país y en las zonas rurales (CNEGYSR, 2009; Freyermuth, 2011; Lazcano-Ponce *et al.*, 2013; Sesia *et al.*, 2012).

Lo anterior se ve reflejado, por ejemplo, en los altísimos índices de cesáreas injustificadas que se realizan en el país⁴ y la sobremedicalización y patologización del parto fisiológico con el uso rutinario de maniobras que son invasivas, innecesarias, dolorosas, deshumanizantes e incluso dañinas para las mujeres (Demaria *et al.*, 2012; Sesia *et al.*, 2012; Sesia, Sachse y García, 2013; Valdez-Santiago *et al.*, 2013; Walker *et al.*, 2011). Estos

⁴ La tasa de cesáreas ha rebasado 45% del total de partos (AA. VV., 2012), una cifra realmente alarmante y que rebasa por mucho la tasa de 10-15% recomendada por la OMS o el 15-20% de la NOM SSA-007-1993.

procedimientos y maniobras rutinarios contrastan con las normas y manuales nacionales (DGSR, 2001; DOF, 2012; SSA, 1995) y con los lineamientos internacionales que se fundamentan en la medicina basada en evidencia (MBE) (Chalmers, Mangiaterra y Porter, 2001; FIGO, 2012).

Estas problemáticas son más profundas que un simple desconocimiento de la MBE o de las normativas, o que las deficiencias en la gerencia del sistema. Reflejan lo sistemático o estructural tanto de la sobremedicalización y patologización de procesos fisiológicos naturales, como del maltrato y de una atención “deshumanizada” hacia las parturientas; en otras palabras, de la problemática de la “violencia obstétrica” institucional (GIRE, 2013; Medina, 2009).⁵ Aun si no hay estudios que la cuantifiquen, información cualitativa apunta a que el maltrato, los abusos y la falta de respeto son fenómenos sistémicos en la atención obstétrica sobre todo en hospitales del sector público que atienden a mujeres no derecho-habientes, de escasos recursos económicos, de sectores populares urbanos o rurales, e indígenas (Castro y Erviti, 2003, 2014; Valdez-Santiago *et al.*, 2013; Villanueva, 2010).

Como se ha hecho notar en un estudio previo (Sesia, Sachse y Van Dijk, 2014), en estas conductas hospitalarias es común que confluyan por lo menos tres representaciones sociales predominantes e interrelacionadas entre sí, donde las diferencias de clase, etnicidad/raza y género se compenetran en visiones naturalizadas y esencialistas acerca del carácter pasivo, dócil y sumiso de la parturienta indígena. Por un lado, se piensa en estas mujeres como parte de una *otredad* que se considera jerárquicamente inferior (atrasada, ignorante, sin educación y que no sabe hablar bien el español), con respecto al *nosotros* (el personal de salud), que se considera a sí mismo educado, profesional, conocedor, científico, moderno y urbanizado. De manera simultánea, se concibe a las usuarias indígenas como pacientes

⁵ Se trata de un problema extendido a nivel mundial, por lo que la OMS lanzó en 2014 una campaña en contra de la “falta de respeto” y “maltrato” durante la atención del parto (OMS, 2014).

obedientes que se dejan hacer y por naturaleza no cuestionan el operar del personal médico y paramédico. Finalmente, se les considera como personas nobles y, en general, agradecidas por la atención obstétrica gratuita recibida en la unidad de salud, independientemente de la forma en la que fueron tratadas y los resultados de la atención recibida. Si las usuarias se perciben como inferiores, sumisas, agradecidas e ignorantes, deriva que pueden volverse recipientes de un trato condescendiente, atemorizante, irrespetuoso y despótico dentro de la práctica institucionalizada, sin que estas conductas se perciban por quienes las ejecutan como transgresoras o sancionables, sino como la norma, la rutina y lo natural. En este contexto, hasta negar la atención se puede concebir como un acto que no tiene consecuencias, ya que las mujeres indígenas se ven como sujetos-objetos que no reclaman ni le exigen al sistema.

En general, además, el sistema de salud mexicano percibe a las y los usuarios como objeto de atención, no como sujetos de derechos. En caso de violaciones, las auditorías clínicas y los mecanismos internos de sanciones administrativas en los establecimientos de salud son instrumentos endebles, deficientes o que simplemente no se ponen en práctica cuando el personal médico responsable es sindicalizado o protegido de alguna otra forma. Por otro lado, para el personal que no tiene posibilidad de defenderse las sanciones pueden ser durísimas por parte de las instituciones, sin tomar en cuenta circunstancias atenuantes o deficiencias estructurales-sistémicas que frecuentemente no permiten al personal desempeñar su trabajo de manera cabal. Como se verá en las siguientes páginas, cuando existe la presión política o mediática de actuar y sancionar violaciones, la tendencia inmediata de las autoridades es no asumir responsabilidades institucionales, buscar responsables entre el personal en turno y culpabilizarlos a título individual.

Finalmente, no sólo hay síntomas de que el sistema de atención obstétrica está en crisis sino de que muchas mujeres y sus familiares están más conscientes de los riesgos y daños en los que pueden incurrir en los servicios institucionales y no están ya tan dispuestas a aceptar pasivamente sus consecuencias. Un síntoma

claro es la tipificación de la violencia obstétrica en las leyes de violencia en contra de las mujeres en cuatro estados de la república, la presentación de propuestas (acérrimamente opuestas por el gremio médico) en otros dos, así como la propuesta homónima en discusión en el Legislativo federal.⁶ Otro síntoma es el número de quejas sometidas a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed) donde la ginecoobstetricia es de las especialidades que reciben mayor número de quejas.⁷ Además, de las escasas recomendaciones que la CNDH emite, el número de las relacionadas a violaciones en la salud materna y por muerte materna y neonatal han estado en franco aumento de 2012 a la fecha.

Por último, es importante mencionar que la problemática parece ser particularmente grave en Oaxaca. Investigaciones recientes identifican los problemas en la calidad de la atención en la entidad (Sachse *et al.*, 2012, 2013; Sesia, Sachse y Van Dijk, 2014). Llama además la atención que de los 32 casos de negación de la atención a la salud materna, violencia obstétrica o muertes maternas o neonatales detectados en la prensa a nivel nacional y que tuvieron seguimiento periodístico por parte de la agencia de periodistas CIMAC entre julio de 2013 y agosto de 2014, 56 % (N = 18) fueran casos ocurridos en Oaxaca.⁸

⁶ El Senado de la República aprobó en 2014 modificaciones y adiciones al artículo 6 de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para “tipificar como delito toda acción u omisión por parte del personal médico y de salud que dañe, lastime, denigre o cause la muerte a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio. Penaliza además la negligencia en la atención médica que se exprese en un trato deshumanizado, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, como emergencias obstétricas; práctica del parto por vía de cesárea, pese a existir condiciones para el parto natural”, en <<http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php/informacion/boletines/12513-senado-aprueba-sancionar-violencia-obstetrica.html>>. Estas propuestas están actualmente (febrero de 2015) en revisión en la Cámara de Diputados.

⁷ Entre 2007 y 2014, un promedio entre 13 y 18% de todas las quejas presentadas anualmente. Véase la página web de la Conamed: <<http://www.conamed.gob.mx/estadistica/index.php?seccion=83>>.

⁸ CIMAC, s/f. Registro de casos de negligencia a partir de 2013. Base de datos.

EL CASO EMBLEMÁTICO⁹ DEL PARTO DE IRMA¹⁰

Ante la panorámica de las complejas problemáticas que enfrenta México en la salud materna, no son de sorprender las reacciones frente a una fotografía que comenzó a circular en las redes sociales en internet el 2 de octubre de 2013 y se volvió viral en pocas horas.¹¹ La fotografía fue publicada por los principales periódicos del país y en la prensa extranjera y fue objeto de reportajes televisivos, radiofónicos y de noticieros en internet dentro y afuera de México. En ella, se veía a una joven mujer de piel morena en cuclillas en un césped, con el vestido semi-levantado y en frente un recién nacido desnudo tumbado en el pasto, con el cordón umbilical todavía unido a la madre. En el rostro de ella, se perciben sufrimiento, y desesperación, tal vez incredulidad y miedo y, posiblemente, rabia.

Se trata de Irma, de 28 años de edad, originaria de Jalapa de Díaz, un municipio indígena mazateco de aproximadamente 20 mil habitantes del estado de Oaxaca. Irma tuvo que dar a luz a su tercer hijo en el pasto y sin el apoyo de nadie ya que, cuando llegó al centro de salud de la localidad a las seis de la

⁹ Emblemático por ser el primero (de 32 casos registrados y 8 litigados) en ser catapultado a la luz pública por los medios masivos de comunicación; el primero en ser representado legalmente por la organización GIRE; el primero en ser litigado nacionalmente como caso de “violencia obstétrica”, además de ser el más avanzado en cuanto a resoluciones alcanzadas.

¹⁰ La reconstrucción de los hechos que se presenta aquí se ha realizado con un sinnúmero de notas periodísticas aparecidas entre octubre de 2013 y enero de 2015 en la revista *Proceso*, los periódicos nacionales *El Universal*, *La Jornada*, *El Excelsior*, *Milenio* y *Reforma*; y en medios extranjeros como *El País*, *Univisión*, *Telemundo*, y múltiples agencias periodísticas en internet además de en entrevistas y reportes radiofónicos. Se utilizó, por otro lado, la recomendación emitida por la CNDH (disponible en internet), la reclamación realizada a la CIDH por GIRE, las peticiones de Irma para la queja presentada a la CNDH y una serie de boletines difundidos por GIRE a lo largo del caso. Finalmente, se revisó el video de la audiencia ante la CIDH disponible en internet y se ha sostenido una larga entrevista con Regina Tamés, la directora de GIRE en septiembre de 2014, para esclarecer el camino legal y extralegal recorrido por Irma y GIRE desde octubre de 2013 a la fecha. Se mantiene el nombre de Irma porque es de dominio público.

¹¹ Véase <<http://www.proceso.com.mx/?p=354510>>.

madrugada, en pleno trabajo de parto, la enfermera en lugar de atenderla, le ordenó que se fuera a caminar y que se presentara nuevamente a las ocho de la mañana cuando iniciaba su turno de trabajo el doctor que atiende en la clínica. Una hora y media después, no aguantando las ganas de pujar, Irma dio a luz sola en el patio de la clínica, mientras su esposo se había ido corriendo a buscar ayuda. Alguien tomó la foto con un celular y la posteó en las redes sociales. Al darse cuenta de los sucesos, el personal de la clínica los internó; todavía, antes de darlos de alta esa misma noche, le quisieron cobrar a Irma el uso de la cama, medicamentos y materiales higiénicos por la atención, supuestamente, prestada.

El centro de salud de la localidad es una clínica que atiende sólo de lunes a viernes en horario diurno. En la misma localidad, desde hace seis años se terminó en 80% la construcción de un hospital básico comunitario que sin embargo, según la Secretaría de Salud estatal, no se concluyó por falta de presupuesto federal. Lo anterior vuelve a todas luces inexistente el cumplimiento del derecho a la atención obstétrica en las noches, las madrugadas y los fines de semana, situaciones que la hoy notoria foto de Irma puso al descubierto de una manera brutal.

Inmediatamente después de los sucesos, el personal de la clínica y las autoridades estatales de Servicios de Salud de Oaxaca (SSO) trataron de desviar la atención y la responsabilidad de los hechos hacia otros. Se argumentó primero que se trataba de un parto fortuito; partos que de manera accidental y sin la responsabilidad de nadie pueden ocurrir en un taxi, o en la calle, agarrando desprevenida a una mujer que no logra alcanzar la unidad médica. Al segundo día, frente a las evidencias aplastantes de que a Irma se le había negado la atención, el personal de la clínica empezó a argumentar que Irma era indígena, no hablaba español y no había sido capaz de explicar a la enfermera su situación. Esta versión fue respaldada por el responsable de la Jurisdicción Sanitaria de la cual depende este Centro de Salud, el cual, de acuerdo a una versión periódica, sostuvo que “la madre del menor tergiversa la infor-

mación porque únicamente habla lengua mazateca y no sabe explicar lo sucedido en castellano”.¹²

En un lenguaje un poco más neutral y prudente, el mismo Secretario de Salud del estado retomó esta versión en su primer boletín de prensa sobre el caso donde se argumentó que Irma no se había hecho entender, por hablar lengua indígena. Se alegó adicionalmente que se lamentaba la publicación de la foto porque violaba los DH de la señora y su bebé, y contribuía a “alimentar el morbo” en los medios sociales, además de dañar la imagen pública de los trabajadores de la clínica.

Contrariamente a lo que el sistema de salud espera de mujeres indígenas como ella, Irma decidió hablar y refutó tajante e inmediatamente esta tesis. Entrevistada en varios medios de comunicación estatales y nacionales, argumentó en un español perfectamente entendible que no sólo no la habían atendido cuando ella se había presentado en el Centro de Salud explicando que estaba en trabajo de parto, sino que después de lo sucedido, la habían internado para revisión y le habían cobrado 400 pesos por los medicamentos y materiales higiénicos utilizados. Además, sostuvo que había recibido amenazas y presiones, al manifestar ella su inconformidad con el trato recibido y su intención de denunciar formalmente los hechos. Finalmente, refutó que la publicación de la foto hubiese sido violatoria de sus derechos, afirmando que, por lo contrario, la foto la estaba apoyando porque evidenciaba que no había sido atendida.

La gran cobertura mediática reveló el estado de abandono de los servicios de salud de localidades como Jalapa de Díaz y la grave crisis de la atención en salud materna, sobre todo en zonas rurales e indígenas. Resaltó, por otro lado, la indignación de Irma no sólo frente al trato recibido, sino también ante las declaraciones públicas de la SSO; además de su intención cada vez más aparente de no querer quedarse callada. Finalmente, subrayó la pobre y torpe respuesta de las autoridades estatales

¹² José de Jesús Cortés “Cobran servicio a mujer que dio a luz en jardín de Oaxaca”, en *Excélsior*, 7 de octubre de 2013, en <<http://www.excelsior.com.mx/nacional/2013/10/07/922216>>.

de los SSO que, en lugar de reconocer la gravedad de los hechos y la crisis sistémica que lo ocurrido revelaba, trató de desviar responsabilidades hacia la víctima, en un proceso de naturalización de la mala atención y de revictimización de Irma, como mujer y como indígena, esperando al mismo tiempo que el interés mediático cesara y prevaleciera el olvido de siempre.

Sin embargo, no fue así. Viendo el revuelo en las redes sociales y en la prensa, la CNDH decidió prontamente abrir una investigación de oficio sobre el caso. La cobertura mediática siguió creciendo, alimentándose de nuevas declaraciones, entrevistas y reportajes sobre el caso, al mismo tiempo que en las siguientes semanas otros cuatro casos parecidos de mujeres a las que les había sido negada la atención, salieron a la luz pública, tres de ellos en Oaxaca (de los cuales uno ocurrió en la misma localidad de Irma, unos tres meses antes).

En los días siguientes, se dio el acercamiento entre Irma y la organización GIRE que, a partir de ese momento, asumió formalmente su representación legal.¹³ Frente a la creciente presión de la opinión pública, una semana después de los hechos, las autoridades estatales debieron cambiar de estrategia. Se reconoció que el personal de salud de la clínica de Jalapa no la había atendido oportunamente, poniendo en riesgo a Irma y a su pequeño hijo. Se anunció la destitución del director de la clínica y del jefe de la Jurisdicción Sanitaria y la contratación de dos médicos nuevos. El anuncio de las destituciones se dio

¹³ El Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) es una asociación civil sin fines de lucro que lleva casi 25 años promoviendo y defendiendo en México los derechos reproductivos de las mujeres en el marco de los DH. Fundada en 1991 por un grupo de reconocidas intelectuales feministas mexicanas, se ha dedicado a sistematizar y difundir información científica, laica, racional y sin prejuicios sobre los derechos reproductivos, y a promover políticas públicas y reformas legales que garanticen esos derechos, iniciando con la maternidad libremente decidida, el derecho al aborto y el derecho a servicios de salud reproductiva de calidad. Desde 2010, ha iniciado la labor de litigio estratégico de interés público ante violaciones a los derechos reproductivos en el ámbito nacional e internacional, desde una perspectiva de DH y género, incluyendo casos de muerte materna y violencia obstétrica (información obtenida de la página web de la organización en <www.gire.org.mx> y de una entrevista con Regina Tamés).

no obstante que, con anterioridad, el personal médico de la unidad de salud había “dado cuenta de las carencias materiales y humanas con las que deben atender a las mujeres que acuden para la atención del parto. En el caso de la clínica rural, ésta no cuenta con suficientes salas de expulsión y frecuentemente escasean medicamentos”.¹⁴

Aun si la CNDH ya estaba investigando el caso de oficio, Irma –acompañada y asesorada por el GIRE– presentó formalmente una queja a la misma Comisión a principios de noviembre, solicitando de manera expresa las medidas que ella consideraba apropiadas para reparar el daño infligido, incluyendo medidas de no repetición.

A finales de enero de 2014, la Comisión emitió su recomendación al Gobierno del Estado de Oaxaca, mencionando el ejercicio de violencia obstétrica institucional y argumentando las violaciones a los derechos de la protección a la salud, la integridad y seguridad personal, el trato digno, el derecho a una vida libre de violencia, a la igualdad y a la no discriminación, entre otros (CNDH, 2014). En la recomendación, la CNDH pide que se abra una investigación penal, se abra un proceso de queja administrativa, se repare el daño y se tomen medidas de no repetición, pero sin explicitar cuáles; con la excepción de mencionar cursos genéricos de capacitación para el personal de salud en DH y la necesidad de que el personal esté mejor capacitado para llenar los expedientes médicos. Lo anterior deja al arbitrio de las autoridades tomar las decisiones correspondientes en cuanto a qué hacer para que el sistema de salud materna mejore.

La recomendación de la CNDH generó inconformidad, ya que no hubo notificación a Irma o GIRE, las medidas de reparación no incorporaban aquéllas solicitadas por Irma, y las medidas de no repetición se consideraron deficientes. Ante ese escenario, GIRE emitió un boletín de prensa y salió en entrevistas periodísticas argumentando que la CNDH no estaba cumpliendo cabalmente con su papel de defender y garantizar los DH de Irma y su hijo y que dejaba al arbitrio de las autoridades que cometieron las

¹⁴ *Proceso*, 4 de octubre de 2013, en <<http://www.proceso.com.mx/?p=354510>>.

violaciones, decidir las medidas específicas de reparación y no repetición.

Frente a estas acciones y omisiones, el GIRE presentó posteriormente un juicio de amparo en contra de la misma CNDH, acusándola de no realizar su trabajo y violentar los derechos de las víctimas. Esta demanda fue admitida por una jueza federal la cual dejó en claro que la Comisión sí puede incurrir en violaciones a los DH de las víctimas que debería de proteger y defender. Sin embargo, la resolución judicial finalmente consideró que, con su actuar en este caso específico, la CNDH no había violado los DH de Irma.

Al haber aceptado por mientras el Gobierno de Oaxaca la recomendación de la CNDH, el GIRE entró en negociaciones directas con el Gobierno del estado, con el cual se aseguró la reparación integral a las violaciones a los derechos humanos de Irma y su hijo: indemnización económica (cumplida en febrero de 2014), atención médica permanente para Irma y su hijo, beca para la educación de su hijo (acuerdos cerrados con la firma de compromisos notariales) y una disculpa pública (ofrecida por el secretario de Salud en boletín de prensa en marzo de 2014). Se acordaron finalmente acciones de transformación de los servicios de salud: la apertura de nuevas plazas para personal médico, un plan de capacitación del personal a nivel estatal sobre DH, interculturalidad y equidad de género, sensibilización para el personal de salud sobre sus responsabilidades civiles como servidores públicos, el establecimiento de 50 nuevas salas de parto en el estado y la terminación, equipamiento y apertura del hospital básico comunitario de Jalapa de Díaz.

A finales de marzo de 2014, el GIRE expuso en audiencia ante la CIDH en Estados Unidos la problemática de violaciones a los derechos reproductivos de las mujeres que se vive en México en la prestación de los servicios públicos de salud durante el parto, sobre todo cuando se trata de mujeres indígenas y de escasos recursos y dando centralidad al caso de Irma. La organización argumentó que las violaciones presentan patrones comunes, que estas fallas son estructurales y sistémicas, y que las políticas y programas del Estado mexicano en la salud materna no son suficientes ni necesariamente los más adecuados para

resolver estas problemáticas que discriminan a las mujeres y ponen en riesgo su seguridad e integridad. El GIRE remarcó que frente a estas violaciones, la acción penal y la criminalización del personal de salud responsable de acciones individuales no es la mejor vía; sino que es imprescindible buscar soluciones que transformen más bien al sistema.

El GIRE enfatizó la pobre actuación de la CNDH para con las víctimas y el acceso muy precario a la justicia para denunciar las violaciones sufridas en los establecimientos públicos de salud que tienen las mujeres embarazadas y sus familias en México, sobre todo cuando son mujeres pobres e indígenas. Argumentó que la CNDH no escucha a las víctimas, no incorpora sus demandas de reparación en las exiguas recomendaciones que emite, no incluye demandas concretas e integrales de no repetición de los hechos y, sobre todo, no da seguimiento alguno a que, una vez aceptadas las recomendaciones por las autoridades correspondientes, éstas se cumplan cabalmente.

Por la parte gubernamental, estuvo presente en la audiencia una nutrida comisión encabezada por el subsecretario de Promoción y Prevención de la Salud de la Secretaría de Salud federal, el cual en su réplica aceptó que el caso de Irma había sido muy lamentable y violatorio de sus derechos. Expuso que este caso había provocado revuelo y acciones en respuesta incluyendo la aprobación de la política de “cero rechazo” a las mujeres embarazadas en las instituciones públicas del sector salud que las 32 entidades federativas del país se comprometieron a establecer de manera inmediata. Sin embargo, negó que lo ocurrido con Irma fuera síntoma de una problemática sistémica y estructural. En lugar del concepto de “violencia obstétrica”, utilizó más bien los términos de mala práctica médica y parto fortuito para explicar lo que, a su parecer, es una casuística numéricamente muy reducida de situaciones parecidas a las vividas por Irma en Oaxaca (CIDH, 2014).

A partir de la emisión de la recomendación de la CNDH y la firma del convenio de reparación integral con el Gobierno de Oaxaca, el GIRE estuvo al pendiente del cumplimiento de los acuerdos por parte de los SSO. En enero de 2015, al cumplir un

año la recomendación y 10 meses la firma del convenio, la organización emitió un boletín difundido en la prensa, expresando su preocupación por la falta de cumplimiento en cuanto a las medidas de no repetición, incluyendo la terminación del hospital básico comunitario de San Felipe Jalapa de Díaz. En el pronunciamiento, se solicitó a la CNDH que le diera seguimiento a la recomendación emitida el año anterior, para asegurarse de que el Gobierno de Oaxaca cumpla con los compromisos pactados de “garantizar que las instancias de salud del estado sean seguras, cuenten con la infraestructura necesaria y respeten los derechos humanos de las mujeres”.¹⁵

El tono de este último pronunciamiento –un exhorto a la CNDH más que una denuncia– es posiblemente indicativo de una actitud de menos confrontación de GIRE ante la CNDH en este momento, a partir de la elección del nuevo *ombudsman* de la CNDH en noviembre de 2014, cambio que se percibe como favorable. La apuesta ahora parece ser recordar firme pero más amablemente a la Comisión que tiene pendientes con esta recomendación, con la esperanza de que la CNDH responda a este recordatorio y, al mismo tiempo, ejerza autoridad moral y una debida presión institucional ante los organismos públicos responsables, para que estos últimos entiendan que no sólo deben aceptar públicamente recomendaciones y firmar acuerdos, sino que les toca acatarlos.

ANÁLISIS Y CONCLUSIONES

El caso de Irma nos permite retomar interrogantes acerca de las estrategias, finalidades y efectos de la judicialización de las violaciones a los derechos de las mujeres indígenas en el campo de la salud materna y analizarlas a la luz de lo que este caso concreto nos ilustra.

¹⁵ Boletín GIRE, 5 de enero de 2015.

*Las argumentaciones en el proceso de judicialización
de la violación de los DH en la salud materna*

Este caso nos enseña algunas de las formas más importantes (aun si no las únicas) a través de las cuales estas violaciones han llegado a ser conceptualizadas y a ser objeto de litigio en el campo de los DH en México y ante instancias internacionales. En el caso, se utilizó la conceptualización de violencia obstétrica para argumentar la violación al derecho a la atención durante el parto de la cual fue víctima Irma. En realidad, se hubiera podido argumentar de una manera distinta y posiblemente hasta más sólida, como violación al derecho a la salud, la integridad y la seguridad, además de haber sufrido Irma discriminación por ser mujer indígena.

Apelar a la violencia obstétrica, sin embargo, fue una estrategia deliberada para fortalecer la argumentación de las violaciones a las que Irma fue sometida, no sólo como mujer indígena, durante el parto y en el seno de una institución de salud del Estado, sino como parte de un colectivo de mujeres que sufrieron violaciones parecidas entre sí. Ante la CNDH y la CIDH, se argumentó la negación del derecho a la atención obstétrica de Irma como una situación emblemática de violaciones sistémicas que sufren mujeres parturientas, de escasos recursos e indígenas por parte del sistema público de salud.

Nombrar “violencia obstétrica” a estas violaciones permite pasar de un nivel de víctimas individuales de una negación de la atención, maltrato o mala práctica médica, a ser víctimas colectivas. Al mismo tiempo permite transitar del nivel de una situación accidental y fortuita, a una condición estructural que el sistema público de salud materna fomenta, solapa y reproduce. Se logra así argumentar jurídicamente violaciones múltiples y combinadas a los DH en la intersección del género, la raza-etnia y la clase social, como actos ejercidos en contra, no de una, sino de varias mujeres, en un momento en que experimentan una situación de máxima vulnerabilidad por estar próximas al parto.

Esto ha sido posible porque todos los casos peticionados por el GIRE reúnen ciertas características que permiten construir

la argumentación de la violencia obstétrica como un fenómeno estructural y compartido: mujeres indígenas durante la maternidad, de escasos recursos económicos, con pocas o nulas posibilidades de acceder a la justicia, y que fueron víctimas de actos u omisiones perpetrados por servicios públicos del Estado mexicano y sus instituciones.

En la práctica, recurrir al concepto de violencia obstétrica ha implicado la apuesta, de alguna manera inicialmente incierta, de utilizar una categoría epistémica todavía en construcción en el lenguaje jurídico, en el litigio en defensa de los DH y en la revisión de la actuación del propio sistema de salud frente a acusaciones de conductas específicas de su personal en la atención obstétrica. El caso de Irma nos enseña que la estrategia fue acertada, por lo menos en el campo jurídico de la defensa de DH donde se litigó este caso. Por primera vez, la CNDH utilizó de manera novedosa esa misma argumentación en su recomendación al Gobierno del Estado de Oaxaca. Por su lado, en la audiencia ante la CIDH por primera vez se escuchó hablar de violaciones a DH como “violencia obstétrica”. Después de haber considerado las argumentaciones del GIRE, la presidenta de la Comisión Interamericana le dio reconocimiento y legitimidad, al afirmar que se trata de una problemática muy relevante, preocupante y pertinente para toda la región de las Américas y no sólo para el caso mexicano y que para la CIDH había sido crucial escucharla y empezar a entenderla en todas sus facetas y complejidades.

Al mismo tiempo, este caso nos enseña que “violencia obstétrica” no es sólo una categoría epistémica en construcción en el campo jurídico de la defensa de los DH. Se trata también de una categoría epistémica que, al designar un campo social del actuar médico, se encuentra en este momento en una profunda disputa semántica, ideológica y política. Como nos recuerda Foucault, nombrar es más que hacer una descripción isomorfa: constituye una técnica privilegiada del conocimiento (1968) y, sobre todo, una técnica sofisticada del poder (1966). A diferencia de Foucault, interesado principalmente en estudiar el devenir del lenguaje, la construcción social del conocimiento y el actuar de las técnicas de poder del Estado hacia los sujetos dominados, estamos aquí

frente a un proceso “subversivo” de nombrar y designar. La tentativa es designar, explicando y deconstruyendo las formas naturalizadas de atender y tratar a las usuarias de los servicios de salud; formas que, a su vez, son técnicas de poder ejercidas por el sistema médico hegemónico hacia sujetos sociales profundamente subalternos (las parturientas indígenas de escasos recursos). Llamar “violencia obstétrica” a esas conductas durante la atención del parto en su informe, en la queja ante la CNDH y en la audiencia ante la CIDH, se vuelve un ejercicio interesante y consecuente de contra-hegemonía (de Souza y Rodríguez, 2007) frente al Estado y ante el sistema de salud.

Tanto las autoridades de salud del Estado mexicano, como el gremio médico en general, han negado la existencia de la violencia obstétrica como problemática que aqueja al sistema público de salud en México y han rechazado, hasta vehementemente, su definición como categoría conceptual que nombra un fenómeno social. No es accidental que, en la audiencia ante la CIDH, la máxima autoridad presente del Estado mexicano, el subsecretario de salud federal, no aceptara la argumentación de que las violaciones a los DH de Irma hubieran sido “violencia obstétrica”. Refutar la argumentación fue equivalente a negar que la atención obstétrica en el país enfrente un problema sistémico-estructural de violencia hacia las mujeres usuarias y permitió contra-argumentar que lo vivido por Irma es ejemplo de hechos aislados, revelador indudablemente de mala práctica médica por parte de prestadores de servicios que incurren en esas conductas y que, en el caso de Irma, ya habían sido debidamente sancionados por las autoridades. Hay además múltiples evidencias anecdóticas de la fuerte oposición del gremio médico en México ante la tipificación de la violencia obstétrica en las leyes o propuestas de ley de violencia contra las mujeres en los estados y a nivel federal, en la visibilización en medios de comunicación y foros de prácticas obstétricas controversiales y violatorias de los derechos de las mujeres, y en la judicialización de estos casos.

La disputa no es sólo acerca de una categoría epistémica que nos permite vislumbrar y entender desde ángulos interpreta-

tivos particulares e innovadores la existencia de un problema social dado. Admitir su existencia tiene consecuencias legales y materiales concretas que se perciben como profundamente amenazadoras por el personal y las autoridades del sistema de salud por igual, aun si no siempre por las mismas razones. Reconocer que la violencia obstétrica existe y aqueja al sistema de salud conlleva admitir la existencia de responsabilidades institucionales sistémicas por parte de las autoridades, y la identificación, atribución y deslinde de responsabilidades individuales para el personal de salud, ante mujeres víctimas. En ambos casos, implica la adopción de sanciones o medidas de respuesta correspondientes a la gravedad de los hechos. Finalmente, conlleva un cuestionamiento profundo de una práctica obstétrica hegemónica profundamente enraizada y naturalizada en el sistema de salud; cuestionamiento que sobre todo el gremio médico que ejerce dicha atención no está muy dispuesto a escuchar; menos, a aceptar que represente un problema real, tangible y profundo, y que por lo tanto necesite transformarse.

Este campo de disputa se juega no sólo en los congresos con las leyes o propuestas de ley en contra de la violencia obstétrica, sino también en los medios masivos de comunicación y hasta en las manifestaciones de protesta en las calles.¹⁶ En esa disputa, el GIRE ha apostado, tanto por convicción como por estrategia, por oponerse abiertamente a la criminalización de la conducta médica individual,¹⁷ enfatizando las fallas estructurales de un sistema de salud que, por sus carencias, no

¹⁶ Véase el movimiento del personal de salud #YoSoy17 surgido en 2014, a raíz de la criminalización de la mala práctica médica, sin que las autoridades del sistema de salud tomen su parte de responsabilidad estructural, en <www.yosoy17.org>. Como ejemplo del antagonismo del gremio a la conceptualización de la violencia obstétrica, véase la nota periodística en <http://www.milenio.com/region/Medicos-movimiento-YoSoy17-alistan-marcha_0_386961543.html>. Como ejemplo de cómo se cruza el antagonismo a la tipificación de la violencia obstétrica a nivel penal, con la oposición a cambiar las formas de atender los partos, véase <http://www.quequi.com.mx/2091_benito-juarez/2593899_medicos-se-indignan.html>

¹⁷ Con la excepción de actos graves castigados penalmente, como la esterilización forzada (GIRE, 2014).

permite a su personal desempeñar oportuna y adecuadamente sus funciones. También el GIRE ha cuestionado públicamente respuestas idiosincráticas, parciales o de plano injustas de las autoridades de salud, cuando han aplicado medidas draconianas hacia supuestos culpables, sin tomar en cuenta las circunstancias de un entorno deficiente y carente (R. Tamés, comunicación personal).

En esta disputa, los posicionamientos, intereses y preocupaciones de las autoridades del sistema de salud no siempre coinciden con los de los prestadores de servicios. Pero, más allá de convergencias o divergencias, queda claro que la simple mención de “violencia obstétrica” se ha vuelto anatema para una buena parte del gremio médico, sobre todo del personal que trabaja en las instituciones públicas de salud atendiendo partos. No sorprende por lo tanto que, no obstante que la posición de no criminalización del GIRE haya sido abierta, reiterada y pública, la recepción de su postura y propuestas “sí nos ha costado, porque, como somos abogadas, creen que queremos ver a los médicos tras la rejas” (*idem*). En este contexto, la apuesta de la organización de que no se vaya a incurrir en la oposición del gremio médico en la presente propuesta de ley federal de tipificación de la violencia obstétrica (propuesta a la que el GIRE contribuyó) porque la propuesta evita la criminalización del actuar médico (*idem*), puede pecar de demasiado optimismo.

*Las estrategias jurídicas y extrajurídicas
utilizadas en el proceso de judicialización*

El caso de Irma ilustra las estrategias, tanto jurídicas como extrajurídicas, que el GIRE adoptó para litigar las violaciones de las que ella fue víctima. En primer lugar, llama la atención que, en lo jurídico, se decidió recurrir más bien a las instancias nacionales e internacionales de DH en lugar de al litigio en los tribunales (con la excepción del juicio de amparo contra la CNDH). En parte, esto se explica con la oposición de GIRE a la criminalización penal del personal médico, criminalización que podría darse en

un litigio en los tribunales, aun si la intención es impulsar más bien un proceso de justicia restaurativa integral.

Hay otra razón que posiblemente se asocia a la argumentación de violencia obstétrica. Tratándose de una categoría epistémica no consolidada en el ámbito jurídico y legislativo, es más difícil y arriesgado sostenerla en tribunales cuyos jueces se rigen principalmente por formalismos jurídicos y con precedentes de sentencias anteriores. En lugar de eso, llevar esta argumentación a instancias de DH presenta la ventaja de poder avanzar con la aceptación de su conceptualización en el terreno de las violaciones a los DH de las mujeres embarazadas. Esto es precisamente lo que se ha empezado a lograr con el caso de Irma: sentar precedente en la recomendación de la CNDH y en las audiencias ante la CIDH de que la violencia obstétrica existe, es un problema serio, viola los DH de mujeres embarazadas y necesita atenderse y corregirse en México.

El litigio de violaciones de DH en tribunales presenta la ventaja de que, a diferencia de las recomendaciones de la CNDH, las sentencias se deben acatar obligatoriamente. Al mismo tiempo, presenta notables desventajas: es largo, costoso y difícil; en materia de violaciones al derecho a la salud es muy complicado reunir las pruebas periciales y documentales necesarias,¹⁸ y hay poca experiencia y precedentes en el país, sobre todo en la identificación del Estado como el responsable de las violaciones.¹⁹

¹⁸ El GIRE identifica cuatro barreras: “1) Dificultad para acceder al expediente médico a pesar de representar legalmente a la víctima... En ocasiones, al lograr el acceso al expediente, éste ha sido manipulado...; 2) Dificultad para obtener opiniones técnicas de otros médicos... [ya que] no quieren argumentar en contra de sus pares, o bien si se paga por la opinión podría haber un conflicto de interés en el juicio, pues ese peritaje fue pagado...; 3) Carencia de peritos expertos... [que auxilien a los jueces en los tribunales], y 4) Falta de credibilidad de [la opinión] de las mujeres o sus familiares, pues muchas veces su testimonio es la única prueba con la que se cuenta” (GIRE, 2013).

¹⁹ Se podría fácilmente contra-argumentar que, justamente por el hecho que las violaciones al derecho a la salud tienen pocos precedentes y experiencia de litigio en los tribunales, es necesario, importante y urgente promover ese tipo de litigios en el país, por lo que la decisión del GIRE podría representar una oportunidad perdida en este sentido.

Finalmente es importante reconocer que la preferencia del GIRE de acudir a los organismos de DH tiene que ver con las características actuales de la organización. Desde 2011, el GIRE “tomó la decisión de priorizar como estrategia de trabajo el registro, documentación y litigio de casos... el litigio en materia de derechos reproductivos se ha convertido desde entonces en una estrategia prioritaria y visible” (GIRE, 2014). Este trabajo ocupa a tres abogadas de tiempo completo y la directora de la organización es ella misma una abogada especializada en el ámbito de los DH, por lo que recurrir a estas instancias es un paso consecuente y lógico.

Desde que inició a litigar estos casos de violaciones, el GIRE ha recurrido de manera rutinaria a estrategias extrajurídicas. Esto no es de sorprenderse ya que la organización tiene entre sus objetivos fundamentales incidir en la política pública, el sistema legal, la legislación y la opinión pública para avanzar con la promoción y la defensa de los derechos reproductivos de las mujeres en México. En otras palabras, se trata de una organización que siempre ha hecho *advocacy*, sólo que ahora lo hace en conjunto con el litigio en defensa de los DH.

Una de las estrategias más recurridas e importantes ha sido la visibilización y la presión mediática. El GIRE estuvo compareciendo en conferencias de prensa, emitió boletines, participó en entrevistas y foros públicos, publicó en su página de internet los avances del caso, con una cobertura que ha implicado aparecer en las noticias haciendo declaraciones cada vez que se ha considerado que los acontecimientos lo hayan merecido.

La estrategia mediática se ha utilizado para visibilizar las violaciones a los DH de Irma, pero también para evidenciar públicamente atropellos, arbitrariedades, incompetencias, ineficiencias, omisiones e incumplimientos de las instituciones públicas involucradas a lo largo del proceso de litigio. Ha servido también para ejercer presión social y moral a través del desprestigio público y elevar el costo político que esa exhibición, descrédito y cuestionamiento públicos conllevan para las autoridades y las instituciones. Y finalmente, visibilización, desprestigio, presión

y costo político han funcionado para abrir puertas para que la contraparte pública reaccione y se siente a dialogar y actúe:

hay como una cultura general, como de “miedo” al litigio; entonces eso, acompañado de una buena estrategia de comunicación, aunque no hubiera una sentencia, hay como muchas más posibilidades de que el gobernador se ponga las pilas y actúe (R. Tamés, comunicación personal).

Más allá de los medios de comunicación, la audiencia en la CIDH fue también una estrategia de visibilización y presión, obteniendo por lo menos dos resultados. Por un lado, la relatora de violaciones a los DH de las mujeres de la CIDH ya contactó al GIRE solicitando más información sobre la problemática de la violencia obstétrica, enseñando que se ha abierto camino con la audiencia para visibilizar la problemática en el ámbito de los organismos defensores de DH; además de que organizaciones de otros países latinoamericanos han solicitado después audiencia para con este problema (*idem*). Por el otro, la visibilización de los atropellos del sistema público de salud en la audiencia ha sido efectiva para sentar a negociar a los funcionarios y abrir puertas al diálogo con ellos:

La audiencia le elevó el costo político a los funcionarios acá. Están súper pendientes, cada vez que sacamos algo [en la prensa] nos hablan de la Secretaría [de Salud] federal, para ponerse a disposición. Nos atienden mucho más rápido... Digamos, hay como un temor de que haya ese continuo *shaming* sobre el tema ¿no? (*idem*).

Otra estrategia extrajurídica concomitante ha sido la alianza con redes y otras organizaciones de la sociedad civil que laboran a favor de los DH, los derechos reproductivos y los derechos de las mujeres indígenas. El GIRE recurre a CIMAC, la organización de periodistas feministas que visibiliza el trabajo de sociedad civil en pro de las mujeres, la cual ha abierto espacios en la prensa nacional y ha visibilizado mediáticamente el caso de Irma López. Asimismo, el Comité Promotor por una Mater-

nidad Segura apoyó en facilitar el contacto inicial del GIRE con Irma; y la audiencia en la CIDH se realizó en alianza con otras dos organizaciones de la sociedad civil, una que trabaja en pro de la humanización del parto y la otra, en defensa de los derechos de las mujeres indígenas.

*El impacto de la judicialización
en la reparación a las víctimas*

La combinación de estrategias jurídicas y extrajurídicas abrió la puerta para lograr acuerdos exitosos en cuanto a medidas de reparación integral ante las violaciones de los derechos humanos de las víctimas, en donde la negociación directa con el gobierno del Estado de Oaxaca permitió al GIRE incidir en tres ámbitos cruciales desde la perspectiva de los DH y la justicia restaurativa: primero, negociar una reparación del daño integral que incluyera, y al mismo tiempo rebasara, la simple indemnización económica; segundo, que el sistema público de salud aceptara su responsabilidad en el daño ocasionado a Irma y su pequeño y lo reconociera públicamente a través de una disculpa pública; y tercero, definir en conjunto entre las partes demandas y medidas de transformación del sistema público de salud de Oaxaca para evitar la repetición de los hechos.

En este sentido, la judicialización ha demostrado ser exitosa al considerar que todas las demandas de reparación fueron aceptadas y han sido ejecutadas hasta la fecha por parte del gobierno de Oaxaca. Queda por verse, sin embargo, si las futuras administraciones del gobierno del Estado van a seguir honrando los acuerdos de largo aliento de otorgar atención médica integral a lo largo de sus vidas a Irma y su hijo y la beca educativa para que el pequeño sea apoyado a lo largo de sus estudios, ya que no existen mecanismos establecidos de comprobada eficacia que aseguren el cumplimiento de los acuerdos.

*El impacto de la judicialización
en la no repetición de las violaciones
y la transformación del sistema de salud*

A partir de lo que ilustra el caso de Irma, las evidencias son mucho más limitadas y menos esperanzadoras en este rubro. Se identifican limitaciones del proceso de judicialización desde el contenido mismo de esos acuerdos. La definición integral y apropiada de las medidas que el sistema de salud necesita tomar para garantizar el acceso y mejorar la calidad de la atención, rebasa obviamente la *expertise* del GIRE, siendo una organización dedicada al *advocacy* y a la defensa legal de los derechos reproductivos de las mujeres, pero no al estudio del sistema de salud materna ni al *advocacy* especializado en el sector salud y, menos, en el contexto específico de su desempeño en el estado de Oaxaca. Lo anterior se revela, por ejemplo, en que las medidas acordadas no incluyeron el compromiso de avanzar con la reestructuración de las redes de atención materna en el estado, ni con garantizar que esa reestructuración funcione, iniciando con la red regional que debería de cubrir a Jalapa de Díaz, la comunidad de Irma.

Más allá de la definición de las medidas de no repetición pactadas, el proceso evidenció una limitación muy significativa de la judicialización como herramienta de transformación del sistema de salud, empezando con el hecho de que, a casi un año de haber firmado el convenio con GIRE, los SSO no han cumplido la mayoría de los acuerdos. ¿Quién se encarga de dar seguimiento para averiguar que los acuerdos alcanzados en la negociación legal se implementen efectivamente en el sistema de salud? ¿Cómo, a través de qué mecanismos y por parte de quién/es se constata que los acuerdos se hayan cumplido de una manera satisfactoria? Y, ¿qué significa “cumplimiento satisfactorio” en este contexto, considerando que las expectativas de la parte agraviada, las mujeres indígenas y las organizaciones que las representan, pueden ser (y normalmente lo son) notablemente distintas a las expectativas de las autoridades de salud, para las cuales un cumpli-

miento que pueda cerrar formalmente el caso –sin que implique transformaciones estructurales– suele ser más que suficiente?

Estas preocupaciones no son particularmente novedosas, ya que la literatura sobre el litigio de las violaciones del derecho a la salud y en la salud materna advierte sobre los límites intrínsecos de la herramienta judicial en su potencialidad transformadora del sistema de salud (Cook, 2013; Yamin, 2011). Lo que me parece de alguna manera sugerente es el camino que el GIRE vislumbra como una posible alternativa, por parcial que ésta sea, a este dilema. El camino apunta a tratar de incidir en robustecer el sistema de defensoría pública de los derechos humanos, con la apuesta de que sean estas instituciones las que asuman el compromiso de dar seguimiento al cumplimiento de medidas que buscan mejorar el sistema de salud.²⁰

Más que incidir en la transformación del sistema de salud, el GIRE busca sobre todo la transformación del propio sistema de justicia y, en particular, en el ámbito de los organismos mexicanos de DH. Que este sea su ámbito de incidencia prioritario es evidente en las múltiples señalizaciones públicas del GIRE con respecto a las acciones y omisiones de la CNDH, en los medios masivos de comunicación, ante la CIDH y en la demanda de amparo contra la CNDH ante un juzgado federal. La transformación que el GIRE busca implica no sólo que la CNDH le dé centralidad a las víctimas en las recomendaciones que emite, sino que las recomendaciones sean puntuales, estructurales y específicas y siempre argumentadas desde la perspectiva integral de los DH. Se busca también y sobre todo que la CNDH le dé un debido seguimiento a las recomendaciones emitidas con los organismos receptores, y se vuelva ella la institución responsable –y establezca mecanismos efectivos para

²⁰ El argumento de la organización es que “la CNDH no puede esperar que las organizaciones ¡le hagamos todo el trabajo!” (R. Tamés, comunicación personal). Este argumento se fortalece al considerar los grandes recursos económicos con los que cuenta la Comisión en México para desarrollar su trabajo frente a las limitaciones de recursos humanos y financiamiento que presentan organizaciones de la sociedad civil como el GIRE cuyos fondos son siempre limitados y nunca seguros.

tal fin— de que las medidas de reparación integral y de no repetición sean cumplidas adecuadamente por las autoridades.

Que lo anterior se logre, aun parcialmente, es una apuesta nada fácil en un contexto político desfavorable en donde la institucionalidad democrática se ha debilitado, la impunidad, corrupción, injusticia y violencia han llegado a niveles inimaginables y el país vive a todas luces la peor crisis en los DH de su historia posrevolucionaria. En este contexto, la labor de la CNDH se vuelve aún más crucial, pero también mucho más difícil ante el intento deliberado del gobierno federal de limitar la autonomía de organismos fundamentales para la institucionalidad democrática del país, poniendo en serio riesgo la gobernanza en México.²¹ Por otro lado, la nueva presidencia en la CNDH ha abierto una ventana de oportunidad. Los próximos meses nos dirán si la CNDH responderá a la apelación del GIRE recordándole que hay asuntos pendientes con su recomendación en el caso de Irma. Que la CNDH además asuma un papel más protagónico en darle seguimiento a los acuerdos con las instituciones receptoras de sus recomendaciones (como los SSO en Oaxaca), creando mecanismos *ex profeso*, está por supuesto por verse.

Sin embargo, hay que reconocer algunos cambios interesantes. Más allá del proceso de judicialización emprendido por el GIRE, la visibilización del caso de Irma, el descrédito de las instituciones públicas de salud, la presión y el costo político que conllevó la amplia publicitación del episodio y la decisión de la CNDH de abrir una queja de oficio por violaciones a los DH, hicieron que, a pocas semanas del acontecimiento, el sistema de salud tomara acuerdos importantes entre la federación y los estados, como la política de “cero rechazo” a mujeres embarazadas; acuerdo importante y vigente hasta la fecha que tiene que mejorar el acceso a la atención obstétrica para todas las mujeres.

²¹ Algunos ejemplos preocupantes son las propuestas de modificación a la Ley de Transparencia enviada por la Presidencia de la República al Congreso, que limita las atribuciones del IFAI y el tipo de información pública que se pueda solicitar, con el intento de restringir la autonomía del Coneval como organismo máximo dedicado a la medición de la pobreza y del seguimiento de la política social en el país.

Hay también espacios para mejorar el trabajo directo de incidencia de organizaciones como el GIRE en la transformación del sistema de salud como resultado de la judicialización en el campo de los DH. Este trabajo se fortalecería al estrechar alianzas con sectores de la sociedad civil que trabajan en pro de la salud materna desde una perspectiva más técnica, que incluye el monitoreo y la evaluación de políticas, programas y acciones en este ámbito, tanto en entidades federativas como en el ámbito federal. Involucrar a organismos como el Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos (CPMS-M) y el Observatorio de Mortalidad Materna (OMM) en las negociaciones permitiría no sólo identificar las medidas de no repetición más adecuadas a acordarse, sino también promover su participación en el seguimiento y vigilancia de la implementación de esas medidas. Lo anterior permitiría evaluar los resultados alcanzados por la judicialización en la transformación del sistema de salud, a través de un riguroso proceso de contraloría social.

Finalmente, es importante mencionar que todo lo alcanzado por el proceso de judicialización descrito en estas páginas hubiera sido inimaginable sin estrategias extrajurídicas como la visibilización mediática, la presión política y la negociación directa. El GIRE, como organización que litiga y se dedica al *advocacy*, entiende perfectamente los alcances de esta mancuerna.

FUENTES

- Alzate, Daniel (2014), “Health Litigation in Colombia: Have We Reached the Limit for the Judicialization of Health?”, en *Health and Human Rights Journal, Perspectives*, vol. 16, núm. 2.
- Asamblea General de las Naciones Unidas (1979), “Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer”, 18 de diciembre, aprobada en Nueva York.
- Biehl, Joao, Adriana Petryna *et al.* (2009), “Judicialization of the Right to Health in Brazil”, en *The Lancet*, vol. 373, núm. 9682, pp. 2182-2184.

- , y Adriana Petryna (2011), “Bodies of Rights and Therapeutic Markets”, en *Social Research*, vol. 78, núm. 2, pp. 359-394.
- , *et al.* (2012), “Between the Court and the Clinic: Lawsuits for Medicines and the Right to Health in Brazil”, en *Health and Human Rights*, vol. 14, núm. 1, pp. 1-17.
- Castro, Roberto (2014), “Génesis y práctica del *habitus* médico autoritario en México”, en *Revista Mexicana de Sociología*, vol. 76, núm. 2, pp. 167-197.
- Castro, Roberto, y Joaquina Erviti (2003), “Violations of Reproductive Rights During Hospital Births in Mexico”, en *Health and Human Rights*, vol. 7, núm. 1, pp. 90-110.
- (2014), “25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México”, en *Revista Conamed*, vol. 19, núm. 1, pp. 37-42.
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2009), *Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México*, México, Secretaría de Salud.
- Chalmers, Beverley, Viviana Mangiaterra, y Richard Porter (2001), “WHO principles of perinatal care: The essential antenatal, perinatal, and postpartum care course”, en *Birth*, vol. 28, núm. 3, pp. 202-207.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2013), “Situación general de derechos humanos en México”, Informe presentado en el 147 periodo de sesiones de la CIDH, en <<http://un.op.org/sites/un.op.org/files/InformeFinalcidh-Mexico2013.pdf>>.
- (2014), “Salud materna y denuncias de violencia obstétrica en México”, audiencia presentada el 27 de marzo, en el 150 Periodo Ordinario de Sesiones de la CIDH.
- Comisión Nacional de Derechos Humanos, *Recomendación 001/2014 al Gobierno del Estado de Oaxaca*.
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000), “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, Observación General núm. 14, doc. E/C.12/2000/4, 22º periodo de sesiones, Ginebra, Organización de las Naciones Unidas.

- Cook, Rebecca (2013), “Human Rights and Maternal Health: Exploring the Effectiveness of the *Alyne* Decision”, en *Global Health and the Law. Journal of Law, Medicine and Ethics*, vol. 41, núm. 1, pp. 103-123.
- Coral-Díaz, Ana, Beatriz Londoño-Toro, y Lina Muñoz-Ávila (2010), “El concepto de litigio estratégico en América Latina: 1990-2010”, en *Vniversitas*, núm. 121, julio-diciembre, pp. 49-76.
- Couso, Javier, Alexandra Huneeus, y Rachel Sieder (eds.) (2010), *Cultures of Legality: Judicialization and Political Activism in Latin America*, Nueva York, Cambridge University Press.
- Currea-Lugo de, Víctor (2006), “La encrucijada del derecho a la salud en América Latina”, en Alicia Yamin (coord.), *Derechos económicos, sociales y culturales en América Latina. Del invento a la herramienta*, México, IDRC / Aprodeh / Plaza y Valdés.
- Demaria, Lourdes, *et al.* (2012), “Non-Physician providers of obstetric care in Mexico: Perspectives of Physicians, Obstetric Nurses and Professional Midwives”, en *Human Resources for Health*, vol. 10, núm. 6.
- Departamento de Derecho Internacional (1994), “Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer ‘Convención de Belém Do Pará’”, 9 de junio, adoptada por la Asamblea General de la OEA.
- Diario Oficial de la Federación (1995), “Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido”, México, Secretaría de Salud.
- _____ (2012), “Proyecto de Norma Oficial Mexicana 007 para la Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido”, 5 noviembre.
- Dirección General de Salud Reproductiva, Secretaría de Salud (2001), *Manual de atención embarazo saludable, parto y puerperio seguros Recién nacido sano*, México, Secretaría de Salud.
- Domingo, Pilar (2011), “Judicialización de la política: el cambio de papel político del Poder Judicial en México”, en Rachel Sieder *et al.* (coords.), *La judicialización de la política en*

- América Latina*, Bogotá, CIESAS / Universidad Externado de Colombia.
- Figo (2012), “Figo Guidelines. Management of the Second Stage of Labor”, en *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 119, núm. 119, pp. 111-116.
- Foucault, Michel (1966), *El nacimiento de la clínica, una arqueología de la mirada médica*, México, Siglo XXI.
- (1968), *Las palabras y las cosas, una arqueología de las ciencias humanas*, México, Siglo XXI.
- (1977), *Historia de la sexualidad I. La voluntad de saber*, México, Siglo XXI.
- Freyermuth, G. (2011), “Programa Atención materna y perinatal. Capítulo II”, en *Inmujeres / CIESAS-Sureste, Monitoreo de la atención a las mujeres en servicios públicos del Sector Salud*, México, Inmujeres, CIESAS.
- Gobierno de la República, “Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018”, Programa Sectorial de Salud, Gobierno de la República, México.
- , Cámara de Diputados, Poder Judicial de la Federación (2014), “Diagnóstico sobre la implementación de la Reforma Constitucional de Derechos Humanos de 2011. Evaluación del proceso a tres años de su entrada en vigor: Una perspectiva integral del Estado Mexicano”, 10 de junio, en <http://www.culturadh.org/pdfs/Libro_Diagnostico_ok_Final_3-06-2014.pdf>.
- Grupo de Información en Reproducción Elegida A.C. (2013), “Violencia obstétrica”, en *Omisión e indiferencia. Derechos reproductivos en México*, México, GIRE.
- Gloppen, Siri (2008), “Litigation as a Strategy to Hold Governments Accountable for Implementing the Right to Health”, en *Health and Human Rights*, vol. 10, núm. 2, pp. 21-36.
- Gutiérrez, Rodrigo, y Aline Rivera (2009), “El caso Mininuma. Un litigio estratégico para la justiciabilidad de los derechos sociales y la no discriminación en México”, en *Revista Facultad de Derecho de México de la UNAM*, vol. LIX, núm. 251, pp. 89-122.

- Gutiérrez, J., *et al.* (2012), “Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales”, Cuernavaca, Instituto Nacional de Salud Pública.
- Human Rights Watch (2008), “La Comisión Nacional de los Derechos Humanos de México. Una evaluación crítica”, vol. 20, núm. 1, febrero, p. 136, en <<https://www.hrw.org/sites/default/files/reports/mexico02085p-1pdf>>.
- Lamprea, Everaldo (2014), “Colombia’s Right-to-Health litigation in a Context of Health Care Reform”, en Coleen Flood y Aeyal Gross (eds.), *The Right to Health at the Public/Private Divide: A Global Comparative Study*, Nueva York, Cambridge University Press.
- Lazcano-Ponce, *et al.* (2013), “Cobertura de atención del parto en México. Su interpretación en el contexto de la mortalidad materna”, en *Salud Pública de México*, vol. 55, suplemento 2, pp. S214-S224.
- Macaulay, Fiona (2011), “Conflictos privados, poderes públicos: Violencia doméstica en los tribunales de América Latina”, en Rachel Sieder *et al.* (coords.), *La judicialización de la política en América Latina*, Bogotá, CIESAS / Universidad Externado de Colombia.
- Magaloni, Ana (2011), “La Suprema Corte y el obsoleto sistema de jurisprudencia constitucional”, documento de trabajo, núm. 57, México, CIDE.
- , y Carlos Mayer-Serra (2014), “¿Qué hacer con la CNDH?”, en *Nexos*, 1 de noviembre.
- Medina, Graciela (2009), “Violencia obstétrica”, en *Revista de Derecho y Familia de las Personas*, núm. 4, diciembre.
- Menéndez, Eduardo (2003), “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”, en *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 8, núm. 1, pp. 185-207.
- Moestad, Ottar, Lise Rakner, y Octavio Motta (2011), “Assessing the Impact of Health Rights Litigation: A Comparative Analysis of Argentina, Brazil, Colombia, Costa Rica, India, and South Africa”, en Alicia Yamin y Siri Gloppen (eds.), *Litigating health rights: Can courts bring more justice to*

- health?*, Cambridge, Human Rights Program-Harvard Law School, Harvard University.
- Motta, Octavio (2011), "Brazil. Health Inequalities, Rights, and Courts: The social Impact of the Judicialization of Health", en Alicia Yamin y Siri Gloppen (eds), *Litigating health rights: Can courts bring more justice to health?*, Cambridge, Human Rights Program-Harvard Law School, Harvard University.
- Oakley, Ann (1984), *The Captured Womb: A History of The Medical Care of Pregnant Women*, Oxford, Blackwell.
- Organización Mundial de la Salud (2014), "Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud", en <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134590/1/WHORHR_spa.pdf?ua=1>.
- Parto Libre, A.C., y GIRE A.C. (2014), *Audiencia sobre salud materna y denuncias de violencia obstétrica en México*, CIDH, 150° periodo de Sesiones 27 de marzo, pp. 1-8.
- Pérez, José, y José Zaragoza (2011), "Justicia restaurativa. Del castigo a la reparación", en Fernando Campos, David Cienfuegos, Luis Rodríguez y José Zaragoza (coords.), *Entre libertad y castigo: Dilemas del Estado contemporáneo*, México, Facultad de Derecho-UNAM / CITJC-UANL / Colegio de Guerrero / Laguna.
- Pou, Francisca (2014), "El nuevo amparo mexicano y la protección de los derechos: ¿ni tan nuevo ni tan protector?", en *Anuario de Derechos Humanos*, núm. 10, pp. 91-103.
- Sesia, Paola, *et al.* (2012), "Calidad de la atención obstétrica, desde la perspectiva de derechos, equidad e interculturalidad en centros de salud en Oaxaca", en *Revista Conamed*, vol. 17, suplemento 1, pp. S4-S15.
- Sesia, Paola, Matthias Sachse, y Mónica García (2013), "Calidad de la atención durante el parto normal en establecimientos públicos de Oaxaca", en *Avances en Ciencia, Salud y Medicina*, vol. 1, núm. 1, pp. 17-36.
- Sesia, Paola, Matthias Sachse, y Marieke Van Dijk (2014), "Características del manejo obstétrico en la atención pública de segundo nivel en la era del Seguro Popular. Un estudio de caso en un hospital público de Oaxaca", en Jaime Page (coord.),

- Enfermedades del rezago y emergentes desde las ciencias sociales y la salud pública*, México, Proimmse-IIA-UNAM.
- Sieder, Rachel, Line Schjolden, y Alan Angell (coords.) (2011), *La judicialización de la política en América Latina*, Bogotá, CIESAS / Universidad Externado de Colombia.
- Sousa, Boaventura, y César Rodríguez (eds.) (2007), *El derecho y la globalización desde abajo. Hacia una legalidad cosmopolita*, México, UAM / Anthropos.
- Suprema Corte de Justicia de la Nación, *Reformas constitucionales en materia de amparo y derechos humanos publicadas en junio de 2011. Presentación*, en <<http://www2.scjn.gob.mx/red/constitucion/inicio.html>>.
- Uprimny, Rodrigo (2011), “Prefacio”, en Rachel Sieder *et al.* (coords.), *La judicialización de la política en América Latina*, Bogotá, CIESAS / Universidad Externado de Colombia.
- Valdez-Santiago, Rosario, Elisa Hidalgo-Solórzano, Mariana Mojarro-Iñiguez, y Luz María Arenas-Monreal (2013), “Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto”, en *Revista Conamed*, vol. 18, suplemento 1, pp. 14-20.
- Villanueva, Luis (2010), “El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra”, en *Revista Conamed*, vol. 15, núm. 3, pp. 147-51.
- Walker, Dilys, *et al.* (2011), “Skilled Birth Attendants in Mexico: How Does Care During Normal Birth by General Physicians, Obstetrics Nurses, and Professional Midwives Compare with World Health Organization Evidence-Based Practice Guidelines?”, en *Journal Midwifery and Women’s Health*, vol. 57, núm. 1, pp. 18-27.
- Wilson, Bruce (2011), “Costa Rica. Health Rights Litigation: Causes and Consequences”, en Alicia Yamin y Siri Gloppen (eds.) *Litigating Health Rights: Can Courts Bring more Justice to Health?*, Cambridge, Human Rights Program-Harvard Law School, Harvard University.
- Yamin, Alicia (2011), “Power, Suffering, and Courts: Reflections on Promoting Health Rights through Judicialization”, en Alicia Yamin y Siri Gloppen (eds.), *Litigating health*

rights: Can courts bring more justice to health?, Cambridge, Human Rights Program-Harvard Law School, Harvard University.

Yamin, Alicia, y Oscar Parra-Vera (2009), “How Do Courts Set Health policy? The Case of the Colombian Constitutional Court”, en *PLoS Medicine*, vol. 6, núm. 2, pp. 147-50.

Yamin, Alicia, y Siri Gloppen (eds.) (2011), *Litigating Health Rights: Can Courts Bring More Justice to Health?*, Cambridge, Human Rights Program-Harvard Law School, Harvard University.