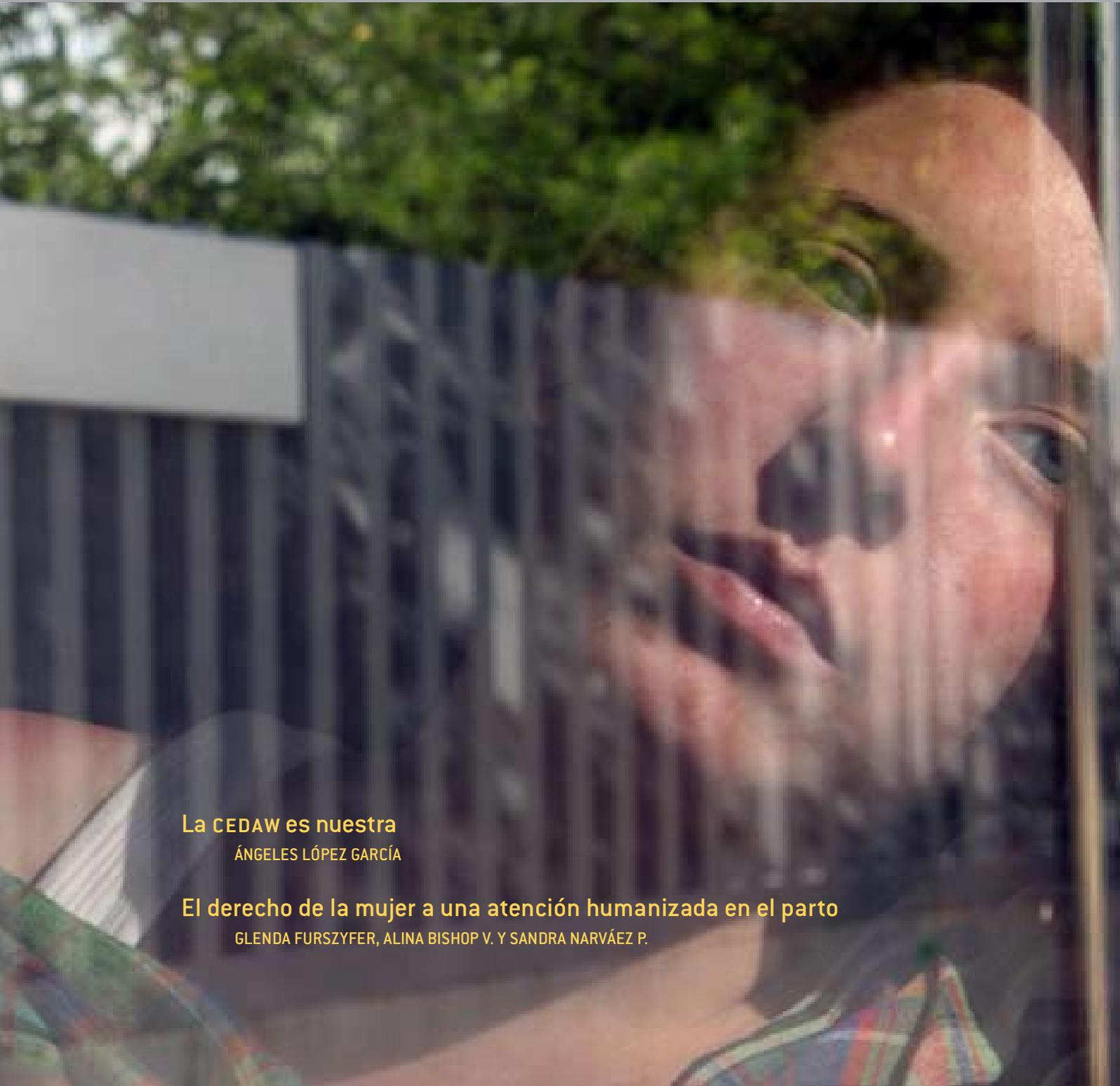


dfensar



REVISTA DE DERECHOS HUMANOS - MARZO DE 2012

03 Mujer: derecho a decidir sobre su propio cuerpo



La CEDAW es nuestra

ÁNGELES LÓPEZ GARCÍA

El derecho de la mujer a una atención humanizada en el parto

GLENDIA FURSZYFER, ALINA BISHOP V. Y SANDRA NARVÁEZ P.

Número 03, año x, marzo de 2012

Órgano oficial de difusión de la Comisión
de Derechos Humanos del Distrito Federal

DIRECTORIO

PRESIDENTE

Luis González Placencia

CONSEJO

Mercedes Barquet Montané
Denise Dresser Guerra
Manuel Eduardo Fuentes Muñiz
Patricia Galeana Herrera
Mónica González Contró
Ernesto López Portillo Vargas
Nashiel Ramírez Hernández
José Woldenberg Karakowsky

VISITADURÍAS GENERALES

Primera Mario Ernesto Patrón Sánchez
Segunda Rosalinda Salinas Durán
Tercera José Antonio Guevara Bermúdez
Cuarta Guadalupe Ángela Cabrera Ramírez
Quinta Luis Jiménez Bueno

CONTRALORÍA INTERNA

Rosa María Cruz Lesbros

SECRETARÍAS

Ejecutiva José Luis Gutiérrez Espindola
Promoción de los Derechos Humanos
e Incidencia en Políticas Públicas Gerardo Sauri Suárez

CONSULTORÍA GENERAL JURÍDICA

Fernando Francisco Coronado Franco

DIRECCIONES GENERALES

Ovejas y Orientación Alfonso García Castillo*
Administración Irma Andrade Herrera
Comunicación por los Derechos Humanos Daniel Robles Vázquez
Educación por los Derechos Humanos Paz Echeñique Pascal

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE SEGUIMIENTO

Montserrat Matilde Rizo Rodríguez

CENTRO DE INVESTIGACIÓN APLICADA EN DERECHOS HUMANOS

Ricardo A. Ortega Soriano

SECRETARÍA PARTICULAR DE LA PRESIDENCIA

Gabriela Gutiérrez Ruz

COORDINACIÓN GENERAL DE VINCULACIÓN ESTRATÉGICA

Leonardo Mier Bueno

COORDINACIONES

Asesores María José Morales García
Interlocución Institucional y Legislativa Soledad Guadalupe López Acosta
Tecnologías de Información y Comunicación Rodolfo Torres Velázquez
Servicios Médicos y Psicológicos Sergio Rivera Cruz*
Servicio Profesional en Derechos Humanos Mónica Martínez de la Peña

* Encargado de despacho

Dfensor, revista de derechos humanos, número 03, año x, marzo de 2012. es el órgano oficial de difusión mensual de la CDHDF. Reservas de Derechos al Uso Exclusivo núm. 04-2011-091210254100-102. issn, Licitud de título y Licitud de contenido: en trámite. Permiso Sepomex: PP09-1508.

COMITÉ EDITORIAL: Mario Ernesto Patrón Sánchez, Rosalinda Salinas Durán, Luis Jiménez Bueno, Guadalupe Ángela Cabrera Ramírez, Rosa María Cruz Lesbros, José Luis Gutiérrez Espindola, José Antonio Guevara Bermúdez, Irma Andrade Herrera, Paz Echeñique Pascal, Alfonso García Castillo, Montserrat Matilde Rizo Rodríguez, Mónica Martínez de la Peña y Gerardo Sauri Suárez.

EDITOR RESPONSABLE: Alberto Nava Cortez. CUIDADO DE LA EDICIÓN: Bárbara Lara Ramírez. DISEÑO Y FORMACIÓN: María Eugenia Lucero Saviñón y Edgar Sáenz Lara. COORDINACIÓN DE CONTENIDOS, INVESTIGACIÓN Y REDACCIÓN: Karen Trejo Flores. CORRECCIÓN DE ESTILO: Haidé Méndez Barbosa y Karina Rosalía Flores Hernández. APOYO EN REDACCIÓN Y CAPTURA DE TEXTOS: Araceli Martínez Pérez

CRÉDITOS DE IMÁGENES: María Rodríguez Cruz, Edgar Sáenz Lara, Joaquín J. Abdiel y Ernesto Gómez (CDHDF), Parto Libre, Eduardo Loza y Christian Palma de *emeequis*.

Publicación editada por la Dirección General de Comunicación por los Derechos Humanos de la CDHDF. Los artículos firmados que aparecen en esta edición son responsabilidad de las y los autores y los no firmados son de la autoría de la CDHDF. Impresión: Impresora y Encuadernadora Progreso, S. A. de C. V. (IEPSA), San Lorenzo 244, col. Paraje San Juan, del. Iztapalapa 09830 México, D. F. SUSCRIPCIONES Y DISTRIBUCIÓN: Jacqueline Ortega Torres, tel: 5229 5600, ext. 2027, <jacqueline.ortega@cdhdf.org.mx>, av. Universidad 1449, col. Florida, pueblo de Axotla, del. Álvaro Obregón, 01030 México, D. F. Tiraje: 3 500 ejemplares. Impreso en México / Printed in Mexico. issn: 1665-8086.

Ejemplar de distribución gratuita, prohibida su venta.

Se autoriza la reproducción total parcial de esta publicación siempre y cuando se cite la fuente.

CONTENIDO

EDITORIAL

2 Mujer: derecho a decidir sobre su propio cuerpo

opinión y debate

6 Estado laico como garante
de los derechos humanos
AIDÉ GARCÍA HERNÁNDEZ

10 La CEDAW es nuestra
ÁNGELES LÓPEZ GARCÍA

18 La protección a la vida como
estereotipo: violencia de género
como política del Estado mexicano
ANEL ORTEGA

27 El presupuesto para salud y mortalidad
materna: una cuestión de derechos
DANIELA DÍAZ ECHEVERRÍA

acciones CDHDF

- 38** Acompaña la CDHDF Iniciativa de Reforma al Código Penal para el DF
- 39** Exige CDHDF dignificar las condiciones del panteón donde yacen las víctimas del *New's Divine*
- 40** Llama CDHDF a jefe delegacional en Cuauhtémoc a cumplir recomendaciones
- 41** Delegado en Cuajimalpa ignora llamado de la CDHDF para responder Recomendación 9/2011

Referencias

- 44** El derecho de la mujer a una atención humanizada en el parto
GLENDA FURSZYFER, ALINA BISHOP V. Y SANDRA NARVÁEZ P.
- 51** Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos
COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS
- 55** Madres adolescentes.
“La verdad, me apendejé”
MÓNICA CRUZ



Fotografía: María Rodríguez Cruz (CDHDF).



Mujer: derecho a decidir sobre su propio cuerpo

La ampliación del goce y del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres sigue siendo uno de los grandes retos para México debido a la imposición histórica de visiones morales y religiosas, la discriminación, la pobreza y la falta de información que les obstaculizan impunemente el derecho a decidir sobre su propio cuerpo de forma libre y autónoma.

Aunado a lo anterior, hoy se evidencia que esta vulneración se acrecienta a causa de problemas estructurales relacionados principalmente con el déficit y la escasa calidad en la atención médica, derivada en gran parte de un manejo no transparente y poco eficaz del presupuesto en materia de salud sexual y reproductiva, lo cual ha impedido una disminución significativa de los índices de morbi-mortalidad materna persistentes desde hace varias décadas.

Por si esto no fuera suficientemente grave, tras la decisión histórica de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, que en 2008 determinó la constitucionalidad del término del embarazo en la ciudad de México antes de las 12 semanas de gestación, en respuesta se ha generado una contraofensiva legal por parte de quienes rechazan este fallo e impulsan reformas constitucionales en otras entidades del país para proteger la vida desde la concepción, criminalizando y condenando penalmente a la mujer que por voluntad o por necesidad decide ejercer su derecho a abortar.

Es improbable que en un Estado como el nuestro –que aspira a ser laico, democrático y garante de los derechos humanos– se establezca este tipo de regímenes diferenciados para el ejercicio de los derechos de las mujeres, lo cual es una clara afrenta al espíritu de protección de la igualdad entre géneros establecido en nuestra carta magna y en instrumentos internacionales como la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, ratificada por nuestro país.

La Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal exhorta urgentemente a que se garantice el derecho de las mujeres a decidir sobre su propio cuerpo junto con sus necesidades específicas, lo que entraña la obligación de velar por que ellas accedan a la justicia, a la información, a servicios oportunos y de calidad en materia de salud sexual y reproductiva, eliminando cualquier posibilidad de discriminación en su contra.

Por tratarse de una problemática que compete a toda nuestra sociedad, también estamos llamados a participar de forma responsable en la construcción de condiciones que en la vida diaria garanticen la igualdad entre hombres y mujeres, adoptando nuevas conductas e ideas no discriminatorias para frenar la continuidad de la violencia institucionalizada que persiste contra las mujeres y para saldar la deuda histórica que nos exige devolverles su carácter de portadoras de derechos y de dignidad.





Estado laico como garante de los derechos humanos de las mujeres

AIDÉ GARCÍA HERNÁNDEZ*

El carácter laico del Estado mexicano es la condición imprescindible para la protección de los derechos humanos y para el pleno ejercicio de la ciudadanía de las mujeres. Afortunadamente la Constitución y las leyes respaldan estas prerrogativas. Pero de lo que se trata es que en realidad se respeten y se cumplan. Nos referimos a los artículos 3º y 4º de la Constitución mexicana y a los derechos humanos consagrados en ella, que hoy demandamos se promuevan y garanticen. La dignidad humana exige que se respete por igual la conciencia y la libertad de todo ser humano, lo que significa llanamente que nadie puede decidir por otra persona ni imponerle sus convicciones.

Parafraseando al doctor Roberto Blancarte, especialista en el tema, el Estado laico constituye el instrumento jurídico por excelencia para la defensa de nuestras libertades fundamentales. Al establecer una nítida separación entre las Iglesias y el Estado reconoce el derecho de todas las personas al respeto de su libertad de conciencia; posibilita la convivencia armónica de todas las convicciones religiosas –incluyendo el ateísmo y el agnosticismo–, garantizando así el respeto a la pluralidad religiosa y cultural; impide la influencia de las creencias religiosas y la intervención de las Iglesias en el diseño, elaboración e implementación de las políticas públicas, y viabiliza el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas sin imposiciones de ninguna índole.

En ese sentido, la laicidad del Estado significa y supone mucho más que la separación del Estado y las Iglesias. Conlleva el reconocimiento de que todos los seres humanos tienen derecho al respeto de su libertad de conciencia y, consecuentemente, de su práctica individual y colectiva. Este respeto implica la libertad de adherirse a una religión o a convicciones filosóficas, el reconocimiento de la autonomía de la conciencia individual,

* Coordinadora de Relaciones Interinstitucionales de Católicas por el Derecho a Decidir (CDD), forma parte de la coordinación de la Red Latinoamericana de Católicas por el Derecho a Decidir, así como del Comité de Evaluación y Seguimiento del Programa Nacional de Derechos Humanos.

de la libertad personal de los seres humanos y su libre elección en materia de religión y de creencias. Significa igualmente el respeto por parte del Estado, dentro de los límites de un orden público democrático y del respeto de los derechos fundamentales, a la autonomía de las religiones y de las convicciones filosóficas. La laicidad, así concebida, es un elemento clave para la vida democrática. Impregna inevitablemente lo político y lo jurídico, acompañando de esa manera al avance de la democracia, al reconocimiento de los derechos fundamentales y a la aceptación social y política del pluralismo.

Un elemento esencial del Estado laico es el establecimiento, dentro de los límites indicados, de condiciones que aseguren un trato igualitario a los seres humanos de diferentes religiones y convicciones. La igualdad no debe ser solamente formal, en la práctica política debe traducirse en una vigilancia constante para que no se discrimine a las personas en el ejercicio de sus derechos, particularmente de sus derechos ciudadanos cualquiera que sea su pertenencia o no a una religión o a una convicción filosófica, o independientemente de su sexo, origen étnico, capacidades físicas, preferencias sexuales o de otro tipo.

De esa manera, la laicidad supone la armonización de tres principios esenciales: 1) respeto a la libertad de conciencia y a su práctica individual y colectiva; 2) autonomía de lo político y de la sociedad civil frente a las normas religiosas y filosóficas particulares; y 3) igualdad ante la ley y no discriminación directa o indirecta hacia las personas.¹

En México estamos viviendo trascendentes definiciones relacionadas con la protección y garantía de los derechos humanos

La dignidad humana exige que se respete por igual la conciencia y la libertad de todo ser humano, lo que significa llanamente que nadie puede decidir por otra persona ni imponerle sus convicciones.

de las mujeres. No solamente por el álgido proceso electoral que se aproxima, sino porque grupos conservadores de derecha han ganado importantes posiciones en los espacios de toma de decisiones, lo que pone en riesgo el ejercicio de estos derechos.

En los últimos años, la ciudad de México ha sido escenario de grandes avances para el ejercicio de las libertades fundamentales asociadas a la sexualidad y a la reproducción de quienes habitamos en ella. Estas libertades, defendidas por sectores cada vez más amplios de la sociedad mexicana, han sido objeto de ataques y de todo tipo de obstaculizaciones, y sus defensoras y defensores han sido agredidos y amenazados debido al activismo y la influencia de la jerarquía conservadora de la Iglesia católica, que tiene en México uno de sus más importantes bastiones para instrumentar su agenda fundamentalista basada en la moral única. Este es un claro ejemplo de una de las violaciones más comunes a la laicidad del Estado mexicano, en donde el deterioro de la democracia ha sido terreno fértil para el fortalecimiento de los sectores ultraconservadores que buscan constreñir la autonomía y los derechos de las mujeres. Actualmente, la jerarquía católica ha impulsado una agenda que va más allá de

1 Roberto Blancarte, *Para entender el Estado laico*, México, Nostra Ediciones, 2008.

La influencia de la Iglesia católica y el deterioro de la democracia han convertido a México en terreno fértil para el fortalecimiento de los sectores ultraconservadores que buscan constreñir la autonomía y los derechos de las mujeres.

la moral sexual y cuyo propósito es ampliar su presencia en la vida pública y política de nuestro país.

Sin embargo, la feligresía católica ha manifestado estar en desacuerdo con esta estrategia de intervenir en la política. De acuerdo con la Encuesta de Opinión Católica 2009, en México dos de cada tres feligreses opinan que los sacerdotes no deben ocupar cargos de elección popular, que la Iglesia católica no debería opinar sobre asuntos públicos ni ser dueña de medios de comunicación. Estos resultados muestran una creciente secularización en la sociedad, la cual reafirma la necesidad de respetar la laicidad del Estado mexicano.

En consecuencia, el principio de laicidad debe ser rector en los debates en torno a diferentes cuestiones que ponen en juego la representación de la identidad nacional, las reglas de salud pública, los conflictos posibles entre la ley civil, las representaciones

morales particulares y la libertad de decisión individual, en el marco del principio de compatibilidad de las libertades.

Reconociendo y reivindicando que la separación entre el Estado y las Iglesias ha sido una medida política importante, pero no suficiente para la autonomía de las decisiones políticas del Estado frente a las doctrinas religiosas y convicciones filosóficas específicas, consideramos necesario:

- Que el Senado apruebe la reforma al artículo 40 constitucional para que se introduzca el concepto de *laicidad del Estado mexicano* en dicho artículo.
- Ampliar el Reglamento de la Ley de Asociaciones Religiosas y Culto Público para que se garantice la laicidad del Estado, estableciendo mecanismos de sanción a funcionarias y funcionarios, así como a los ministros de culto que violen esta ley.



- Armonizar la legislación en el ámbito federal y local con los convenios internacionales y demás instrumentos de derechos humanos firmados por México en materia de equidad de género, derechos humanos y no discriminación.
- Instrumentar efectivamente las recomendaciones de las plataformas de acción de El Cairo y Beijing, así como las Metas de Desarrollo del Milenio, con el objetivo de mejorar las condiciones para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, confiriéndole especial atención a la dignificación de una maternidad sin riesgos, saludable, elegida y feliz, que frene los altos índices de mortalidad materna que prevalecen, y mejorando el acceso de las mujeres al aborto seguro en los casos que permite la ley.
- Fortalecer la educación laica y gratuita dirigida a la formación de una ciudadanía respetuosa de las diferencias, tolerante, libre de prejuicios, opuesta al estigma y la discriminación, conocedora y defensora de sus derechos civiles, con conciencia ética y abierta a los avances científicos y a las transformaciones culturales.
- Establecer un programa de educación sexual integral adecuado para todos los niveles escolares, dirigido a la formación de generaciones de jóvenes responsables de su vida y de sus decisiones, de manera que puedan disfrutar de su sexualidad con placer y armonía, defendiendo sus derechos y previniendo efectivamente la pederastia, el abuso sexual, los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual.

La prevalencia del Estado laico es una necesidad de las sociedades modernas y democráticas. Hay una creciente diversidad religiosa y moral en el seno de las sociedades actuales y los Estados tienen ante sí desafíos cotidianos para favorecer la convivencia armónica, además del deber de respetar la pluralidad de las convicciones religiosas, ateas, agnósticas, filosóficas, así como la obligación de favorecer, por diversos medios, la deliberación democrática y pacífica. El Estado democrático tiene igualmente la responsabilidad de velar por el equilibrio entre los principios esenciales que favorecen el respeto a la pluralidad y la integración de toda la ciudadanía a la esfera pública, particularmente de los derechos humanos de mujeres, jóvenes y de las expresiones de la diversidad sexual.



La CEDAW es nuestra**

ÁNGELES LÓPEZ GARCÍA*

Me pidieron aportar para el debate “Problemas y obstáculos para el ejercicio de los derechos humanos y reproductivos y para el acceso de las mujeres al aborto seguro”. Más que contar, porque creo que aquí tenemos muchos testigos de qué estamos haciendo, también me parece muy importante hablar de qué herramientas tenemos; y quizá también condicionadas un poco, porque mientras nosotras estamos aquí debatiendo se está elaborando el 6º y 7º informe de México sobre el cumplimiento de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW).¹

La CEDAW es un instrumento jurídico, y el tema de los derechos sexuales y reproductivos no es sólo un tema de derechos sino que es un tema de derechos humanos. La CEDAW tiene 30 años y para nosotras sigue siendo un poco desconocida; la nombramos pero hay una serie de interpretaciones y de elementos que me parece que nos pueden dar mucho de dónde agarrarnos para la exigibilidad y justiciabilidad de nuestros derechos frente al Estado, un Estado que, desde una perspectiva de derechos humanos, pone en el debate su responsabilidad.

Hoy es muy importante caracterizarlo para saber frente a quién estamos exigiendo el respeto a los derechos reproductivos y si este Estado puede ser garante de los derechos humanos. Éste es un paso fundamental, y ya hemos avanzando un poco para decir que estamos viviendo en un Estado que viola el principio de ser laico. Esto, aunque importantísimo, es insuficiente; porque también podemos decir que en México estamos viviendo en un Estado militarizado, y tendríamos que preguntarnos si también infiltrado, semifallido, fallido... ¿Ha fallado el Estado? ¿Sólo en algunos aspectos? ¿Cuáles? ¿Compartimos la afirmación que hacen algunos sobre que México es un Estado mafioso? Entonces no quisiera dar por sentado que conocemos la CEDAW y mencionaré algunas características de esta Convención. Primeramente, que es vinculante. Es un instrumento jurídico obligatorio de un nivel superior a nuestros códigos civiles, penales y leyes estatales de violencia.

* Abogada feminista y directora del Centro de Derechos Humanos Victoria Díez.

** Este texto está basado en la ponencia presentada en el Seminario internacional Mitos y realidades sobre el aborto, realizado por la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, Alianza Nacional por el Derecho a Decidir, Campaña 28 de Septiembre por la Despenalización del Aborto en América Latina y El Caribe, y Red Latinoamericana de Católicas por el Derecho a Decidir, los días 28 y 29 de septiembre de 2011 en el Distrito Federal. Dicha ponencia también se incluyó en el libro *Memoria del seminario internacional Mitos y realidades sobre el aborto*, México, CDD/CDHDF, 2011, 179 pp.

1 Informes disponibles en <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101179.pdf>, página consultada el 9 de febrero de 2012.

Es vinculante para los tres niveles de gobierno: el federal, el estatal y el municipal. Señala obligaciones para el Ejecutivo, el Legislativo y el Judicial. Contiene dos principios a los que hay que abonar al desarrollo de su contenido y estudiarlos mucho; son el principio de igualdad sustantiva y, por otro lado, el principio de no discriminación. La CEDAW tiene más de 30 años de vigencia en México, por lo que podríamos decir que es el tratado por excelencia de los derechos humanos de las mujeres y que es viejo.

A lo mejor estamos en un contexto diferente del año en que se firmó, del año en que entró en vigor en México; sin embargo, también se ha ido produciendo jurisprudencia, contenido, criterios interpretativos, y para el tema que hoy nos ocupa me parece que hay dos recomendaciones fundamentales: la Recomendación General núm. 19² que habla de todo el tema de violencia –pues a la CEDAW se le olvidó la violencia. Habló de discriminación e igualdad y se le olvidó la violencia; pero luego lo salva con la Recomendación General núm. 19, señalando que la violencia es una forma de discriminación– y también está la Recomendación General núm. 24,³ sobre mujer y salud.

Es una convención para las mujeres porque reconoce que todavía las mujeres no hemos alcanzado la estatura de seres humanos, y consecuentemente no se nos reconoce dignidad; y que vivimos discriminación –que es un concepto que tendremos que trabajar muchísimo–, que las mujeres sólo por ser mujeres somos discriminadas. Por otro lado, la CEDAW amplía la responsabilidad del Estado a otros agentes privados, empresas, instituciones o cualquier otro agente

2 Adoptada por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer en su 11º periodo de sesiones, 1992.

3 Adoptada por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la mujer en su 20º periodo de sesiones, 1999, sobre el Artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer - La mujer y la salud.



Fotografía: Edgar Sáenz Lara/CONDF.

no estatal; y obliga a los Estados a realizar acciones concretas para eliminar la discriminación en contra de las mujeres en todas sus formas, y no sólo sumarse a la condena contra de la discriminación sino que el Estado tiene responsabilidad.

El Estado está obligado a reconocer los derechos, a establecer las condiciones materiales para que se puedan ejercer estos derechos, y también a desarrollar y generar

mecanismos para que las mujeres podamos denunciar la violación y obtener un resarcimiento en los casos en que así suceda.

La CEDAW reconoce que vivimos en una cultura patriarcal. Y para contextualizar un poco la cultura patriarcal en Guanajuato, a continuación veamos una imagen de una lotería distribuida por la Procuraduría de Justicia y la Secretaría de Gobierno de Guanajuato.



Lotería distribuida por la Procuraduría General de Justicia y la Secretaría de Gobierno de Guanajuato.

Como pueden leer encontramos, además de las imágenes, frases como “vieja el último”, “tú eres mi catedral, las otras mis capillitas” o “no hay fea sin gracia ni bonita sin tacha”. Ésta es una de las muchas acciones patriarcales que en el estado de Guanajuato se impulsan.

Otro ejemplo: en octubre de 2009 funcionarias del municipio de León y organizaciones integrantes del Partido Acción Nacional (PAN) quemaron ejemplares de los libros de texto de la Secretaría de Educación Pública en protesta por el retiro de los libros de biología de la Secretaría de Educación de Guanajuato, que basan la educación sexual en el matrimonio, la virginidad y la abstinencia. Y por supuesto que a pesar de que hubo una Recomendación de la Procuraduría de Derechos Humanos de Guanajuato en el sentido de que los libros debían ser retirados, ellos respondieron diciendo que los retiraron “como texto obligatorio” pero los dejaron como “consulta”.

Otro punto más de discriminación contra las mujeres: en noviembre de 2009 el Instituto de Seguridad del Estado retiró la pastilla de emergencia de las 184 farmacias públicas que administra en la entidad y suspendió “la venta al público”. Todas estas acciones tienen el común denominador de ser discriminatorias en contra de las mujeres. Hay muchos obstáculos y yo los agrupé en cuatro grandes apartados:

- a) Culturales.
- b) Legales.
- c) Por falta de información.
- d) Por falta de acceso a la justicia.

Hay muchos más: educativos, de pobreza, médicos, pero me centraré sólo en los mencionados.

En el campo cultural hay que hablar de la responsabilidad del Estado, la cual es

poco visible, y es su obligación de transformar las prácticas socioculturales. O sea, el Estado es responsable de que vivamos en una cultura patriarcal y con instituciones patriarcales que generan discriminación contra las mujeres.

Sabemos que los procesos que llevan a las transformaciones de concepciones y mentalidades son procesos muy lentos, pero tenemos que volver a recordar que el Estado en esto tiene una responsabilidad. No puede quedarse como un testigo, sino que si las mujeres vivimos discriminación por estar inmersas en estructuras y en una cultura patriarcal también se debe a una inactividad del Estado, a un no hacer, a omisiones que, en términos de derechos humanos, lo hacen responsable. No es “a ver si algún día las familias y la sociedad logran cambiar y logramos despenalizar socialmente el aborto solamente con nuestras ganas y nuestros esfuerzos”, sino que el Estado también es un actor fundamental.

En el campo de lo legal, el Comité de la CEDAW ha requerido al Estado mexicano para darle una atención prioritaria a las recomendaciones, y también le dice: “las leyes que tienes son responsables de la discriminación en contra de las mujeres”. A nivel de la falta de información, le dice que en este próximo examen tiene que dar informes sobre los resultados obtenidos y no solamente de las acciones que hizo, de cuántos talleres dio y de cuántos funcionarios están capacitados, sino qué resultados se están obteniendo.

Y en el tema de acceso a la justicia, repetir algunas de las cosas que mis colegas han dicho: que hay una estigmatización de las mujeres como criminales y que se nos expropia no sólo el cuerpo sino también los mecanismos de justiciabilidad que están en manos de las autoridades. Las mujeres de a pie, la sociedad civil, no tenemos me-

canismos. Tenemos que estarle pidiendo al procurador si quiere ejercitar la acción de inconstitucionalidad, si algún municipio quiere interponer la controversia constitucional, si las comisiones de derechos humanos o la procuraduría quieren; si lo convencemos o si le da la gana accionar para hacer justiciables los derechos de las mujeres. Rápidamente digo algunos de los contenidos de estos obstáculos así agrupados:

Obstáculos culturales

El artículo 5º de la CEDAW habla de que los Estados deben tomar todas las medidas para modificar los patrones de conducta de hombres y mujeres, y eliminar todos estos prejuicios y prácticas que están basados en la idea de superioridad o inferioridad de cualquiera de los sexos o en estereotipos de lo que es ser hombre o lo que es ser mujer.

En las últimas recomendaciones que el Comité hace al Estado mexicano le dice: “me preocupan mucho las actitudes patriarcales que impiden a las mujeres disfrutar de sus derechos humanos –y dice una cosa muy interesante–, porque son la causa y también la consecuencia de la violencia”. Y afirma el Comité de la CEDAW que en México, porque éstas son recomendaciones para México, “hay un clima general de discriminación e inseguridad”.

¡No tenemos que estarlo documentando y comprobando, tenemos la afirmación del Comité! Además le dice al Estado mexicano que ni siquiera entiende, ni siquiera tiene la concepción básica para entender la diferencia entre igualdad y equidad; esto es muy grave y da cuenta del nivel de discriminación institucional que vivimos las mujeres en este país. Continúa el Comité diciendo “y tú utilizas en todos tus planes y programas la equidad”.

Es muy fuerte lo que termina diciendo el Comité: “me preocupa mucho que siendo una responsabilidad del Estado la igualdad, tú –Estado mexicano– ni siquiera la comprendas”. ¿Cómo podemos constatar eso? Las mujeres, la sociedad, el funcionamiento, los proveedores de salud y los operadores jurídicos desconocen los derechos humanos de las mujeres. Hay una visión producida, reproducida y fortalecida de las mujeres como objeto y no como sujetos de derecho, no como seres portadores de dignidad. Hay una predisposición de las autoridades a asociar el aborto con lo ilegal, lo criminal y el libertinaje de las mujeres, que opera al momento de levantar la denuncia, de atender, de investigar, de elaborar la sentencia.

Todavía las mujeres no hemos adquirido la calidad de seres humanos ni para las autoridades y a veces ni frente a nosotras mismas. Las mujeres tampoco nos consideramos como iguales, vivimos en la orfandad, vivimos desempoderadas y en los estereotipos de lo que es ser hombre y lo que es ser mujer, que naturalizan la violencia contra las mujeres y naturalizan la subordinación. De tal manera que en el campo de lo cultural me parece que tenemos también una gran batalla.

Obstáculos legales

En los obstáculos del campo legal, el aparato de justicia, las leyes, las decisiones, las argumentaciones, las escuelas de derecho, los ministerios públicos, al desconocer los derechos humanos de las mujeres, cada día levantan e inventan más requisitos y obstáculos. Por ello tenemos que hacer un gran esfuerzo para que conozcan la CEDAW y su desarrollo jurisprudencial; no solamente para que los citen y que digan “ahí conforme a la CEDAW” sino para darle contenido,

Hay una visión reproducida de las mujeres como objeto y no como sujetos de derecho y portadores de dignidad. La predisposición de las autoridades es a asociar el aborto con lo ilegal, lo criminal y el libertinaje de las mujeres, que opera en el momento de levantar la denuncia, de investigar y de sentenciar.

usarla y desarrollar, utilizar y aplicar sus interpretaciones.

Por otro lado, las leyes que castigan el aborto y los operadores de justicia con sus prejuicios y sus preconcepciones tienen como consecuencia la criminalización y el enañoamiento en contra de las mujeres; y me parece que un caso clarísimo es el de las mujeres encarceladas en Guanajuato, acusadas de homicidio en razón de parentesco. Y que además, entre otras cosas, el estado de Guanajuato está diciendo “oye ¡pero estoy en la media! O sea, sí son 30 años y yo operé y lo hice bien, pero así está el Código.

Vean los otros estados; éstos están peor, tienen 50 años”. Y es verdad, hay un estudio comparativo del tipo penal y hay estados donde la sentencia por este mismo tipo penal es de 50 años. Ése también es un argumento del estado de Guanajuato: “no estoy tan mal”.

Por otro lado, hay la ausencia de una normatividad para hacer operativo e inmediato el acceso a la interrupción legal del embarazo en los casos en que está permitido: no es punible el aborto por violación en ninguna de las entidades federativas del país; sin embargo, no existen mecanismos que lo hagan accesible; y esto es discriminación. Y por supuesto que tampoco para los casos de riesgo para la salud de la mujer; no hay una comprensión amplia de ello. La falta de una procuración de justicia centrada en la víctima y la identificación permanente de las mujeres como madres son también

otros obstáculos cotidianos. No nos encontramos en la redacción de los códigos o las normas el reconocimiento de lo que nos pasa a las mujeres; las leyes siguen siendo “neutras”. No vemos en los códigos “cuando a la mujer...”.

Es decir, a pesar de que la violencia afecta principal y desproporcionadamente a las mujeres, la normatividad y la política pública insisten en que “todos” son víctimas de violencia; por lo que la falta de respuesta centrada en las mujeres como sujeto jurídico y político, y la identificación de mujer igual a madre son actos de discriminación en términos de la CEDAW y un grave obstáculo para el ejercicio de los derechos reproductivos.

Los requisitos excesivos que van incorporándose como si fueran legales: esta transparencia que nos ponía Guadalupe Ramos de que “traiga el parte del comandante, del jerarca, del médico, del esposo, del hijo, del padre, etc.”, que se van incorporando a la cultura jurídica como si fueran legales, que son violatorios de los derechos humanos y discriminatorios contra las mujeres, y que finalmente vuelven a colocar que son terceros quienes deciden sobre nuestros cuerpos.

¿Qué cosas ha dicho el Comité de la CEDAW a México? En las observaciones finales a su último informe en agosto de 2006, le dice que la falta de una armonización legislativa sistemática con los estándares de la CEDAW tiene como consecuencia leyes discriminatorias. Le dice también que tie-

ne que armonizar la legislación del aborto y que tiene que implementar una estrategia amplia para hacerlo efectivo en todos los casos previstos por la ley.⁴

Obstáculos por falta de información

Hay una falta de información y de transparencia, y esto también tenemos que argumentarlo como un atentado a la igualdad y un acto discriminatorio, porque no garantiza justicia para las mujeres.

Podemos hablar de distintos niveles de información. Las mujeres no tenemos información sobre nuestros derechos humanos y menos sobre el acceso a la interrupción legal del embarazo. No hay información disponible por grupos específicos: mujeres jóvenes y adolescentes, mujeres que trabajan en la prostitución, mujeres migrantes, mujeres con discapacidad...

Ni la sociedad, ni los proveedores de salud, ni las universidades ni los colegios médicos, ni los colegios de abogados, etc., son informados sobre los derechos sexuales y reproductivos; y eso tiene un impacto en la forma en que son vistas y tratadas las mujeres en las políticas públicas, en las leyes, en los hospitales, en los ministerios públicos, y además afecta más a las mujeres más pobres. Esta afectación también podemos afirmar que es una discriminación.

No contamos con diagnósticos ni datos fidedignos sobre la incidencia y la gravedad de las condiciones que ponen en riesgo la salud de las mujeres como el aborto, la mortalidad materna o el embarazo adolescente. Y tenemos que decir que el Estado mexicano es responsable de las muertes maternas y que esto es consecuencia de la insuficiente cobertura de los servicios de salud sexual y

reproductiva. De esto hay que exigirle responsabilidad al Estado mexicano.

Acaba de decir el secretario de Salud que “pues ya ni modo, tampoco vamos a cumplir los Objetivos del Milenio”. ¿Cómo le exigimos responsabilidad? El Estado tiene poca transparencia sobre los recursos presupuestarios y sobre la formación de los operadores; todavía somos nosotras las que tenemos que operar los mecanismos de acceso a la información, que además han ido en regresividad. Información que ya se daba el año pasado ahora están diciendo “esa información ya no la estoy procesando así”, contrariando también el principio de progresividad de los derechos humanos.

El Comité le pidió al Estado mexicano un análisis completo: datos con los resultados de los programas, planes y políticas por estados, zonas y grupos. Aquí tenemos una oportunidad para evidenciar su incumplimiento.

Obstáculos por falta de acceso a la justicia

En el tema de acceso a la justicia o temas más procedimentales, el aparato de justicia, las leyes, las decisiones y las argumentaciones necesitamos fundamentarlas y apegarlas a los derechos humanos de las mujeres y exigiéndolo a todos los actores estatales.

Le dice el Comité de la CEDAW a México que, a pesar de que la legislación del aborto en ciertos casos concretos está legalizada, las mujeres no pueden acceder: las mujeres no tienen acceso a abortos seguros ni a una amplia variedad de métodos anticonceptivos, incluida la anticoncepción de emergencia. Le preocupa que no se haga lo suficiente para prevenir el embarazo adolescente.

4 Documento disponible en <<http://recomendacioneshd.mx/inicio/informes>>, página consultada el 9 de febrero de 2012.



Fotografía: Ernesto Gómez/CDHDF.

El artículo 12 de la CEDAW obliga a los Estados a tomar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica; y la Recomendación General núm. 24⁵ desde 1999 desarrolla las medidas que los Estados deben tomar para eliminar la discriminación y que las mujeres puedan ejercer su derecho al más alto nivel posible de salud, estableciendo la recomendación que los Estados deben demostrar que la legislación, los planes y políticas en materia de salud de la mujer estén basados en investigación y evaluación científica. Me parece que hay que estudiar muchísimo lo que implica esta recomendación, pues además afirma que la negativa del Estado a prestar determinados servicios de salud reproductiva a la mujer en condiciones legales es discriminación.

Para finalizar: ¿Qué hacer? ¿Qué otros retos nos quedan, más de lo que estábamos haciendo?

- El uso del derecho internacional de los derechos humanos hay que apropiárnoslo como una herramienta social: conocer todo lo que se ha desarrollado de criterios interpretativos de derechos humanos de las mujeres, buscar mecanismos de acceso a la justicia e impulsar su aplicación en el derecho local. Esto, especialmente a partir de la reforma constitucional en materia de derechos humanos en

vigor a partir del 11 de junio de 2011 que coloca la centralidad de los derechos humanos y las garantías que el Estado tiene que establecer como mecanismos para asegurar su protección.⁶

- Hay que trabajar en la construcción, la reafirmación, la exigencia y la socialización de la dignidad de las mujeres. El tema de la dignidad y el tema de ser sujetos de derecho son fundamentales. ¿Qué significa ser sujetos de derechos? Con la afirmación de que las mujeres somos portadoras de dignidad hay que exigir; con esta mirada hay que ver todo.
- Hay que ponerle rostro, ponerle nombre y apellido al dolor, al sufrimiento que genera en las mujeres la discriminación. Frente a este Estado que no nos oye, que no nos ve y que no hace, sigue siendo éste un desafío.
- Estamos en un momento en que hay que contextualizar y calificar nuestro análisis sobre el Estado. No solamente sobre un Estado laico sino sobre qué otros calificativos y caracterizaciones podemos ponerle, porque eso pasa por estrategias y por decir hasta qué nivel este Estado puede ser garante de los derechos humanos de las mujeres.

Muchas gracias.

5 Adoptada en el 20º periodo de sesiones, 1999. Artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer - La mujer y la salud.

6 Párrafo añadido por la autora en febrero de 2012. No figura en la ponencia dictada el 28 de septiembre de 2010.

La protección a la vida como estereotipo: violencia de género como política del Estado mexicano

ANEL ORTEGA*

[...] es necesario acelerar el ritmo de aplicación de las Estrategias [para el adelanto de la mujer] orientadas hacia el futuro en el último decenio del siglo XX, que será decisivo, pues el costo de no aplicar[las] [...] sería alto para las sociedades y se manifestaría en un [...] menor progreso para la sociedad en general.¹

1. Democracia y derechos de las mujeres

Es innegable que todo Estado que se considere democrático tiene la obligación de promulgar leyes y políticas que tengan en cuenta las necesidades específicas en cuestiones de género.

Al respecto existe una amplia bibliografía que analiza esas necesidades en los niveles histórico, sociológico, político y jurídico, teniendo en común o intentando utilizar conscientemente un aparato crítico sobre la construcción de conceptos como ciudadanía, democracia y Estado liberal, y para comprender el proceso histórico de la lucha por ciertos derechos en tanto reivindicaciones de derechos individuales de las mujeres en relación con dichas necesidades.

Aún con toda la complejidad y dimensiones de las manifestaciones ideológicas y culturales, es claro que en el orden social existente persiste un desequilibrio en las posiciones de mujeres y hombres. Por ello, en un contexto de pensamiento moderno y contemporáneo, ciertos aspectos de las revoluciones liberales y las posteriores reivindicaciones desde la teoría feminista y sus movimientos, han tenido por finalidad aportar vías para reformular dichos roles y funciones de género en esos mismos niveles, impactando los aspectos políticos y jurídicos, para lograr la reestructuración de aquello que denominamos *Estado*.

* Abogada de la Consultoría General Jurídica de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, adscrita al proyecto de Litigio Estratégico en derechos humanos.

1 ONU, *Aplicación de las Estrategias de Nairobi orientadas hacia el futuro para el adelanto de la mujer. Resolución de la Asamblea General 48/108 de 20 de diciembre de 1993, A/RES/48/108, 28 de febrero de 1994, párr. 2.*



Fotografía: Ernesto Gómez/CDHDF.

El impacto en la política internacional no ha sido menor. En las últimas cuatro décadas se definieron y adoptaron ejes específicos –que hoy configuran las áreas prioritarias o estratégicas en la agenda de género– como interés de la comunidad internacional.

A la par, se consolidaron mecanismos legales específicos con el fin de lograr eliminar la discriminación contra la mujer, llegando a reconocer que la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés) y los documentos de las conferencias mundiales sobre la mujer son complementarios.² Con ello se entiende que la protección internacional de las mujeres implica que los Estados cumplan las obligaciones contenidas en todos los instrumentos relativos a los derechos humanos, deroguen leyes y erradiquen políticas y prácticas que discriminen a las mujeres y las niñas.

2. Precisiones sobre los temas involucrados en la regulación de la interrupción legal del embarazo

La protección de las mujeres se deriva de un fenómeno ideológico y cultural complejo; en ese contexto, el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres requiere de una protección específica y la adopción de políticas estatales con perspectiva de género.

a) *De los derechos de las mujeres*

Dichas prerrogativas son todas aquellas reconocidas en los instrumentos internacionales de derechos humanos, pero interpretadas en relación con las convenciones específicas y las resoluciones, declaraciones y recomendaciones aprobadas en el seno de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) para favorecer la equidad de derechos entre las personas.

² ONU, *Seguimiento de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer y plena aplicación de la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing y de los resultados del vigésimo tercer periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General, A/RES/60/140*, 7 de febrero de 2006, párrs. 5 y 6.

La especificidad de nuestros derechos surge de las condiciones de vulnerabilidad en que nos encontramos las mujeres como consecuencia de un sistema patriarcal que reproduce formas de opresión y prácticas de desigualdad en la vida pública y privada, que fueron construidas sobre estereotipos transmitidos a las instituciones sociales y han sido legitimadas por el sistema político. En particular, tanto la posición de subordinación social nos asigna el trabajo reproductivo como nos relega al cuidado de la familia.

Esa desigualdad *de facto* y *de iure* (identificada como discriminación hacia las mujeres) también guarda relación con la violencia de género, pues constituye un reflejo de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres que normalmente se han reforzado por un marco legal al interior de los Estados.

Por ello, el derecho de la mujer a una vida libre de violencia abarca también el derecho a *ser valorada* y educada “libre de patrones estereotipados de comportamiento y prácticas sociales y culturales basadas en conceptos de inferioridad o subordinación”.³

b) Evitar prácticas estereotipadas

Al respecto, el sistema de protección universal de los derechos humanos precisa que no debe existir discriminación directa ni indirecta contra la mujer, ya que el Estado tiene la obligación de protegerle tanto en el ámbito público y el privado mediante tribunales competentes, con la existencia de sanciones y otras formas de reparación frente a actos individuales, y en un sentido colectivo

debe erradicar aquellos estereotipos basados en el género que permanecen aún en las leyes, en las estructuras e instituciones jurídicas y sociales.⁴

Por otra parte, a nivel interamericano se ha identificado que en la esfera pública al ser los estereotipos de género una precondition de atributos o características poseídas o papeles que son o deberían ser ejecutados por hombres y mujeres respectivamente, su creación y uso es causa y consecuencia de la violencia de género en contra de la mujer.⁵ Así, en el ámbito privado la aplicación de nociones estereotipadas del papel de las mujeres y los hombres no asegura la igualdad y el adecuado equilibrio de los derechos y responsabilidades de ambos en la esfera familiar⁶ en particular.

De ello se desprende la obligación progresiva de modificar o abolir leyes y reglamentos vigentes, o modificar prácticas jurídicas o consuetudinarias que respalden esa persistencia o la tolerancia de la violencia contra la mujer.

c) Uso de la protección de la vida como estereotipo

El Estado mexicano, en su momento, interpuso y reiteró una declaración interpretativa al artículo 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH), manifestando que la protección del derecho a la vida considerada a partir del momento de la concepción “no constituye obligación de adoptar o mantener en vigor legislación que [efectivamente la proteja así] ya que esta materia pertenece al dominio reservado de los Estados”.

3 Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, artículos 6º y 7º, e) y h).

4 Comité CEDAW, *Recomendación General núm. 25*, 30º periodo de sesiones, 2004, párr. 7.

5 Véase Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Campo Algodonero vs. México. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas*, 16 de noviembre de 2009, serie C, núm. 205, párr. 401.

6 Véase Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe núm. 4/01 (caso 11.625), *María Eugenia Morales de Sierra vs. Guatemala*, 19 enero de 2001, párr. 44.

Ello significa que el Poder Legislativo federal mexicano es el que establece los límites para proteger dicho derecho, aunque no puede hacerlo de forma arbitraria, y los poderes legislativos locales también tienen restricciones jurídicas para modificar sus constituciones y legislación secundaria.

Especialmente, se debe analizar si cuando una constitución instauro la fórmula de protección de la vida desde el momento de la concepción, ello representa o no un estereotipo sobre el papel social que en automático se otorga a las mujeres en tanto es su obligación ser reproductoras de la especie. En un segundo nivel, de llegar a concluir que esa protección de la vida se basa en estereotipos culturalmente asignados por motivos de género, entonces habría que considerar si la existencia de prohibiciones o restricciones legales a la libertad de decisión de la mujer sobre su cuerpo implica la continuidad y establecimiento de políticas que reproducen factores de violencia contra la mujer, manteniendo nuestra situación de desigualdad a través del orden jurídico que pretende mermar nuestra capacidad de decisión sobre el hecho o no de ser madres.

d) *Identificación de un conflicto de derechos*

En esas reflexiones hipotéticas se enmarcan las pasadas reformas constitucionales de Baja California y San Luis Potosí, donde

la fórmula de protección absoluta de la vida señala que *el no nacido* será considerado como persona para todos los efectos legales. Si bien esa situación nos lleva a interpretar que *el no nacido* puede ser titular de derechos, no siempre habría que considerar que es una circunstancia oponible frente a otros sujetos y sus derechos, pues ante esa oposición de prerrogativas se debe realizar un juicio de ponderación.

Por ejemplo, en el caso de la constitución de Baja California, su artículo 7° señala: “y se le reputa como nacido para todos los efectos legales”. Aquí se observa que el legislador local homologa al estatus de persona a cualquier formación orgánica que resulte a partir de la concepción (excluyendo la fórmula jurídica de considerar sólo como sujeto de protección a la concepción que supere las 12 semanas de gestación).

Independientemente del enfoque biológico, aún si pudiera llegar a reputarse la existencia de vida celular tratándose de un desarrollo incipiente, en el ámbito jurídico es incongruente –normativamente hablando– que se equipare a una concepción menor a las 12 semanas de gestación con un menor nacido con vida autónoma; más aún, resulta inaceptable que se pretenda equipararle con una persona.⁷

Sin embargo, al colocar esa ficción jurídica en el texto constitucional local, el le-

⁷ Por su parte, la misma legislación civil local y federal [Código Civil Federal, art. 22] entrañan una confusión al establecer indirectamente que es *persona* sólo aquel individuo nacido y con ello adquiere capacidad jurídica, así como reputando como *nacido* a un producto de la concepción. De lo anterior se podría llegar a colegir que todo producto de la concepción es *persona*, pero los mismos precedentes del Poder Judicial Federal no son claros, porque se ha reconocido que de la legislación civil no puede desprenderse que se reputa como persona al concebido no nacido [“ALIMENTOS. EL NASCITURUS MERECE LA PROTECCIÓN LEGAL Y EL DERECHO A AQUÉLLOS, COMO UNA EXCEPCIÓN A LA REGLA EN UN SISTEMA PROCESAL DE *LITIS* ABIERTA, SI SE DEMUESTRA SU VIABILIDAD [LEGISLACIÓN DEL ESTADO DE TABASCO], *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, novena época, tomo XXI, junio de 2005, p. 755, tesis aislada civil: X.3o.25 C], aunque existen opiniones erráticas que incluso le atribuyen la categoría de minoría de edad [“PATERNIDAD, INVESTIGACIÓN DE LA. PUEDE INTENTARLA UN HIJO PÓSTUMO [LEGISLACIÓN DE COLIMA], *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, octava época, tomo VI, segunda parte-2, julio a diciembre de 1990, p. 593, tesis aislada civil]. En ese sentido e interpretando la legislación civil en su conjunto, es claro que la única intención del legislador fue considerar al concebido como *sujeto de protección* sin limitación en cuanto al tiempo de gestación, en tanto que se preservan ciertos derechos patrimoniales, como los alimentos o a heredar. En el mismo sentido, la legislación penal lo coloca como *sujeto de protección* pretendiendo preservar su integridad física y estableciendo excepciones siempre que se trate de un concebido con menos de 12 semanas de gestación, en virtud de la salud e integridad física y sexual de la mujer, tratando de lograr un equilibrio entre ambos intereses.

gislador ocasiona una colisión de derechos e intereses, en tanto convierte el derecho a la vida del concebido (sin limitación de gestación) en una categoría absoluta en detrimento de cualquier otro oponible. Además, omite que está confrontando por lo menos dos intereses jurídicos,⁸ pues cuando se trate de una gestación materna, la mujer también tiene la prerrogativa a que se respete su vida y otros derechos humanos, como lo serían sus derechos sexuales y reproductivos (entre los que está decidir sobre su cuerpo, familia, número de hijos y espaciamiento entre ellos), y su derecho a la salud (con especiales garantías encontrándose embarazada).

Cuestión paralela a dicha problemática la constituye el tema del aborto frente a las disposiciones penales,⁹ en las cuales se permite, en un rango general, que la gestación del producto de la concepción pueda ser interrumpida en ciertas hipótesis y siempre que no exceda las 12 semanas de desarrollo.

Frente a la reputación del derecho a la vida del concebido como absoluto, en tanto no se plantea alguna limitación a la gestación, indirectamente puede materializarse como una prohibición absoluta del aborto,¹⁰ lo cual más allá de representar una política de Estado de violencia contra la mujer, constituye violaciones graves a sus derechos humanos.

La protección internacional de las mujeres implica que los Estados cumplan las obligaciones contenidas en los instrumentos relativos a los derechos humanos, deroguen leyes y erradiquen políticas y prácticas que discriminen a las mujeres y las niñas.

3. La situación de la interrupción legal del embarazo

a) Estándar establecido por la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN)

No debe pasar desapercibido que al decidirse las acciones de inconstitucionalidad 146/2007 y 147/2007, en relación con la despenalización de ciertas hipótesis de aborto en el Distrito Federal, la SCJN estableció un estándar de decisión en casos de conflicto entre el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, a la salud y al proyecto de vida de la mujer, frente al producto de la concepción, prevaleciendo tácitamente el interés de la madre.

8 Incluso, potencialmente se habrá de producir un conflicto de derechos en casos de gestación materna, en relación con la madre; en casos de gestación en vientre materno, en los cuales la gestante no es necesariamente la madre biológica del concebido, en relación con ambas; y en los casos de fecundaciones *in vitro* o con cualquier otra técnica asistida, en relación con todas las personas participantes.

9 Por un lado, la legislación penal establece cierta categoría en relación con el aborto y sus excluyentes de responsabilidad. Si bien los tipos penales estatales reconocen como *sujeto de protección* al producto de la concepción, tanto al menor como aquel que supera las 12 semanas de gestación, de ello no se desprende que se le repute como persona, pues su intención es reprochar la conducta desplegada por la madre o por terceros que le asistan. Además, es necesario observar que las hipótesis de permisión que se plantean en la legislación penal se vinculan con el ejercicio material de las mujeres del derecho a la salud, del derecho a la vida y al proyecto de ésta, así como en algunas circunstancias del derecho a la integridad personal y sus derechos sexuales y reproductivos. Es en virtud del ejercicio de esos derechos que la legislación penal establece un margen de permisión para la interrupción del embarazo.

10 El Comité contra la Tortura, tras examinar la situación de Nicaragua, concluyó que se debía reformar su marco legal en relación con el aborto, que lo prohibía de forma absoluta; indicó que la prohibición total era causa de "profunda preocupación", ya que exponía a mujeres y niñas a una constante amenaza de graves violaciones de sus derechos, especialmente cuando la continuación del embarazo supone un riesgo para su vida o si el embarazo es producto de una violación (ONU, *Observaciones finales del Comité contra la Tortura*, CAT/C/NIC/CO/1, 14 de mayo de 2009, párrs. 15, 16 y 18).



Fotografía: Joaquín J. Abdiel/CDHDF.

Por su parte, recientemente en 2011 en relación con el fallo de la SCJN en relación con las reformas constitucionales en los estados de Baja California y San Luis Potosí, al resolver las acciones de inconstitucionalidad 11/2009 y 62/2009, determinó que prevalecían los derechos del producto, omitiendo hacer referencia a su propio precedente.

Más allá de lo anterior, lo trascendente no se encuentra en las alegadas inconstitucionalidades de esos textos con la Ley Suprema federal. Lo que debería considerarse es si existe una compatibilidad entre nuestras leyes, las interpretaciones judiciales mexicanas y los actos de los poderes ejecutivos con

los estándares internacionales de protección a los derechos humanos de las mujeres.

b) Vulneración del orden constitucional federal y responsabilidad internacional del Estado

Los congresos locales, en estricto sentido, no están facultados para determinar cuando comienza o termina la vida ni para ampliar el espectro de los sujetos protegidos por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en perjuicio, limitando e imponiendo restricciones indebidas a los derechos de las mujeres, propiciando el establecimiento de patrones y estereotipos sobre el rol que



en la vida pública y privada deben tener en función de la reproducción y maternidad impuestas por el Estado.

Asimismo, tampoco es aceptable ni política ni jurídicamente que una entidad federativa alegue una supuesta soberanía o autonomía en relación con la obligatoriedad de los tratados de derecho internacional que resultan aplicables en materia de derechos humanos, pues esa esfera de decisión —como lo son su celebración y aprobación— forma parte de las facultades expresas de la Federación.¹¹

Además, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) ha señalado a lo largo de su jurisprudencia que es un principio básico del derecho de la responsabilidad internacional que todo Estado es responsable por actos u omisiones de cualquiera de sus poderes u órganos en violación

de los derechos internacionalmente consagrados.¹² De tal forma, la observancia de los estándares interamericanos vincula a los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial en todos los niveles de gobierno, sin importar si tienen un régimen federal.

c) Deber de adaptar el derecho interno

Específicamente, ya se ha considerado que las disposiciones de la CADH vinculan a todos los poderes públicos, esferas nacionales y a las respectivas legislaturas federales, estatales y municipales de los Estados Parte, por lo que dichos niveles de gobierno local se encuentran igualmente sujetos a la obligación de armonizar su normatividad con los estándares interamericanos.¹³

En consecuencia, México está obligado a aplicar los estándares de protección de los derechos de las mujeres, adaptar su derecho

11 Además de que implica la inobservancia del derecho internacional de acuerdo con los artículos 26 y 27 de la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados.

12 Véase Corte IDH, *Caso La Cantuta vs. Perú. Fondo, Reparaciones y Costas*, Sentencia del 29 de noviembre de 2006, serie C, núm. 162, párr. 173.

13 Véase Corte IDH, *Caso Gomes Lund y otros [Guerrilha do Araguaia] vs. Brasil. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*, Sentencia de 24 de noviembre de 2010, serie C, núm. 219, Voto razonado del Juez ad hoc Roberto de Figueiredo Caldas, párr. 5.



Fotografía: Ernesto Gómez/CDHDF.

interno, las interpretaciones judiciales y los actos de las autoridades administrativas a éstos, así como a tomar las medidas necesarias para garantizar el ejercicio adecuado de dichas prerrogativas.

4. Vulneraciones al orden jurídico internacional

Con anterioridad, se ha considerado que en ciertos casos la sola promulgación de leyes (constitucionales o secundarias) que sean *manifestamente contrarias a las obligaciones asumidas por un Estado Parte en dicho tratado* constituyen violaciones a los derechos humanos, así como su aplicación igualmente compromete la responsabilidad del Estado en cuestión.¹⁴ Incluso, en relación con reformas constitucionales y su armonización con

el *corpus iuris* interamericano, deben tender a garantizar el ejercicio efectivo de los derechos humanos.

Además, de las sentencias emitidas por la Corte IDH en los casos Rosendo Radilla Pacheco, Inés Fernández Ortega, Valentina Rosendo Cantú, así como Cabrera García y Montiel Flores, se desprende claramente la obligación del Poder Judicial mexicano para realizar un control de convencionalidad *ex officio* y ser un efectivo garante de las obligaciones contraídas por el gobierno mexicano en su conjunto, pues los derechos reconocidos por la CADH forman parte de la Carta Magna.¹⁵

Ahora bien, considerando las modificaciones constitucionales en San Luis Potosí y Baja California y la resolución de la SCJN como vulneraciones a ciertos derechos de las mujeres, además de las violaciones que

¹⁴ Por ejemplo, véase Caso "La última tentación de Cristo" (Olmedo Bustos y otros) vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia del 5 de febrero de 2001, serie C, núm. 73.

¹⁵ Vide *supra* n. 13, párr. 4.

Se debe analizar si cuando una constitución instauro la fórmula de protección de la vida desde el momento de la concepción, ello representa o no un estereotipo sobre el papel social que en automático se otorga a las mujeres en tanto es su obligación ser reproductoras de la especie.

se pueden configurar en un caso concreto, hay que tener en cuenta que pueden ser consideradas en lo colectivo como medidas regresivas que igualmente violan las obligaciones internacionales del Estado.

En particular, no puedo dejar de mencionar que el contenido de la actual reforma constitucional de Baja California revive y trata de hacer legal lo que en su momento se alegó de violatorio en la Petición 161-02 tramitada ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) en contra del Estado mexicano.¹⁶ Si bien dicha petición fue resuelta mediante solución amistosa el 8 de marzo de 2006, el Estado mexicano suscribió un convenio por el cual se comprometió¹⁷ a adaptar la legislación de esa entidad a los estándares interamericanos.

Así, ambas reformas constitucionales locales comprometen nuevamente la responsabilidad internacional del Estado mexicano en relación con el caso en particular, por los efectos colectivos de las medidas acordadas para su trámite, y son muestra evidentemente que la labor legislativa es regresiva en perjuicio de los derechos de las mujeres.

Conclusiones

Cuando hablamos en términos de reivindicar el rol de las mujeres en las sociedades, de respetar y garantizar sus derechos, estábamos hablando de incluirlas en las ideas, el lenguaje y las acciones de la historia política de la humanidad. De impulsar al Estado hacia una verdadera democracia, incluyente y garantista de nuestras prerrogativas específicas. Eso es lo que justifica que la protección de los derechos de la mujer sea una prioridad de la comunidad internacional.

Las acciones realizadas por el Estado mexicano en su conjunto solo representan regresividad en la protección de los derechos de las mujeres que ya habrían sido reconocidos con anterioridad; en materia legislativa, incluso, se omiten considerar los términos de la solución amistosa de un caso contencioso; además, la interpretación de la SCJN es un ejemplo de ausencia de control de convencionalidad *ex officio*: éstos son los medios utilizados para lograr la supuesta y benévola protección de la vida.

Sin embargo, no se reflexiona que se trata solamente de la imposición política y legal de un estereotipo, de hacer “ley” las funciones que la mujer debe cumplir en la sociedad.

16 En virtud de que la víctima Paulina del Carmen Ramírez Jacinto, quien sufrió una violación sexual de la cual resultó embarazada, fue obstaculizada por las autoridades estatales para ejercer su derecho a interrumpir dicho embarazo. La petición, presentada el 8 de marzo de 2002, imputaba responsabilidad internacional al Estado mexicano por la violación a los diversos derechos protegidos por la Convención Americana, su Protocolo en materia de derechos económicos, sociales y culturales, la Convención Interamericana para Prevenir y Erradicar la Violencia contra la Mujer, así como otros instrumentos del ámbito universal.

17 En el informe que fuera emitido por la CIDH, se reiteró que la aceptación de la solución amistosa tenía como base y expresaba la buena fe del Estado para cumplir con los propósitos y objetivos de la CADH en virtud del principio *pacta sunt servanda*, cumpliendo de buena fe las obligaciones asumidas en los tratados. Véase CIDH, Informe núm. 21/07, Petición 161-02, Solución amistosa, *Paulina del Carmen Ramírez Jacinto* (México), 9 de marzo de 2007, párr. 17.

El presupuesto para salud y mortalidad materna: una cuestión de derechos

DANIELA DÍAZ ECHEVERRÍA*

La mortalidad materna, el crimen reproductivo

La Organización Mundial de la Salud define a la mortalidad materna como “la muerte de una mujer durante su embarazo, el parto, o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto, o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales”.¹ En el Plan Nacional de Salud 2007-2012² se reconoce que es un problema evitable cuando existen los conocimientos médicos y culturales para su atención; y que se concentra en poblaciones marginales urbanas, rurales e indígenas,³ es decir, por la posición de clase y etnia en la que se esté.

Todas estas condicionantes se transforman en variables de enorme desigualdad de género cuando se parte de estructuras sociales e instituciones de Estado que hacen la diferencia de los sujetos desde el cuerpo femenino. Esto es que la mujer, por su condición biológica reproductora única, enfrenta –a diferencia de los hombres– una serie de agresiones. La apreciación del sexo femenino en su rol procreador provoca la agudización de las brechas económicas y de las prácticas racistas y misóginas.

En esta tesitura, la mortalidad materna es uno de los casos más contundentes de una serie de incumplimientos y violaciones a los derechos humanos de las mujeres, aunque a la par de la plataforma internacional de protección a tales derechos exista una plataforma internacional y nacional que alude particularmente a la protección de los derechos a la salud

* Investigadora del área de Presupuestos y políticas públicas del Centro de Análisis e Investigación, Fundar, e integrante de la Coalición por la salud de las mujeres, cuya información está disponible en <<http://fundar.org.mx/clases/>>. Contacto: <genero@fundar.org.mx>.

1 Tomado de Daniela Díaz Echeverría, “El problema de la mortalidad materna, el acceso a la información y la rendición de cuentas puestos a prueba”, en *Derecho a saber. Balance y perspectivas cívicas*, México, Fundar, Centro de Análisis e Investigación, 2011, pp. 259-264, disponible en <<http://www.fundar.org.mx/mexico/pdf/pdfsderechoasaber/sec5danieladiaz.pdf>>, página consultada el 17 de febrero de 2012.

2 Secretaría de Salud, *Programa Nacional de Salud 2007-2012*, disponible en <<http://portal.salud.gob.mx/>>, página consultada el 17 de febrero de 2012.

3 *Ibidem*, p. 36.

y reproductivos. Incluso, esta agenda logra un consenso más amplio que la de los derechos sexuales, lo cual ha conllevado un mayor avance en relación con estos últimos.

En México también se cuenta con un marco jurídico que, en principio, protege el derecho a la salud¹ y los derechos reproductivos; sin embargo ocurre lo contrario con los derechos sexuales. En la región latinoamericana, sólo Argentina y la ciudad de México han reconocido simultáneamente los derechos de las parejas de personas del mismo sexo al matrimonio y a la adopción (hay otras ciudades y países en los cuales la adopción es legal), los cuales son derechos humanos fundamentales de todas las personas, ya que infieren en su autonomía sexual y reproductiva. En resumen, el cumplimiento de un derecho civil conlleva el avance en los derechos sexuales y reproductivos.²

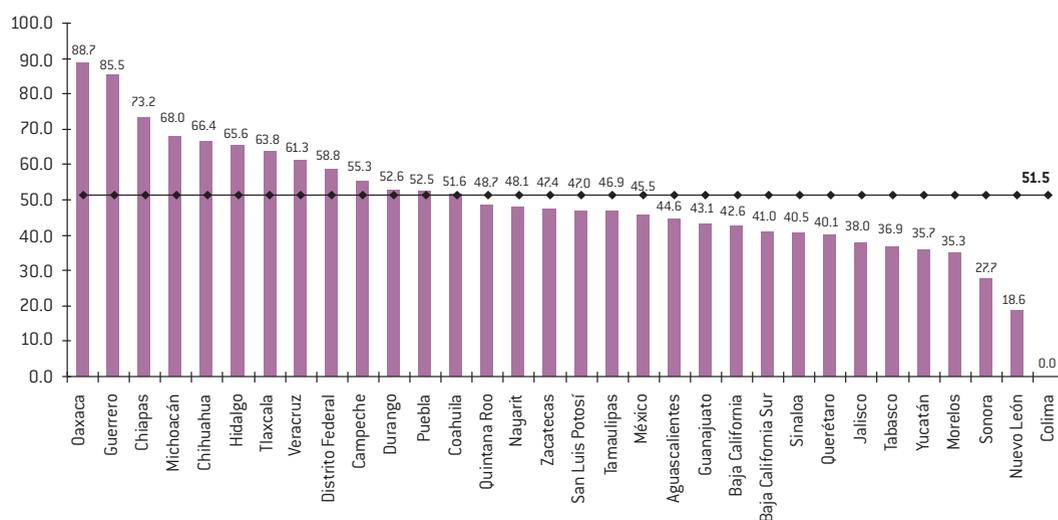
Las cifras de la desigualdad

Los datos son de enorme contundencia: las entidades federativas donde se concentró la mortalidad materna en 2010 son las de mayor población indígena: Oaxaca, Guerrero y Chiapas, con una razón³ de 88.7, 85.5 y 73.2, respectivamente (véase gráfico 1).

Es de llamar la atención que estos tres estados ocupan de manera permanente los primeros lugares, siempre muy por encima de la razón media nacional, que para 2010 fue de 51.5.

Durante la presente administración federal, al igual que en la anterior, el comportamiento de la razón de mortalidad materna se ha caracterizado por ser fluctuante (véase gráfico 2), con un aumento significativo en los tres primeros años y un descenso en los dos últimos.

Gráfico 1. Razón de mortalidad materna por entidad federativa y nacional, 2010



Fuente: Elaboración propia con datos de Observatorio de Mortalidad Materna en México, "Mortalidad materna en México. Numeralia 2010", México, CIESAS/OPS/OMM, 2011, disponible en <<http://www.omm.org.mx/images/stories/documentos/Numeralia/nmrl%20Fn1.pdf>>, página consultada el 16 de febrero de 2012.

- 1 El derecho a la salud forma parte de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales (DESCA), que para su pleno ejercicio dependen de los estándares de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.
- 2 Alexandra Garita, Senior Program Officer de la International Policy, International Women's Health Coalition.
- 3 El término *razón* se refiere al número de defunciones ocurridas en un año y por cada 100 mil nacidos vivos.

Los registros hablan de 4 415 mujeres fallecidas de 2007 a 2010 inclusive, lo que significa un promedio de 1 103.75 (*sic*) por año o tres por día. Estos datos plantean categóricamente deficiencias importantes en la capacidad resolutoria de los servicios de salud. Además, ponen en entre dicho las estrategias para abordar el problema de la mortalidad materna y, definitivamente, el cumplimiento del Estado mexicano de garantizar el derecho y la protección a la salud, tal como se establece en el artículo 4º constitucional:

- Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.
- Toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

En 2009, de las 1 207 muertes maternas, 89.1% contó con asistencia médica, lo que equivale a 1 075 mujeres. Para 2010, el porcentaje aumentó a 91.1, que corresponde a 903 del total de 992 muertes maternas registradas. De ellas, 14.1% era hablante de len-

Gráfico 2. Razón de mortalidad materna 1990-2011, meta del milenio al 2015 y meta sexenal al 2012



Fuente: Elaboración propia con datos, para la razón de mortalidad materna 1990-2010, de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Dirección General de Epidemiología, Sistema Nacional de Información en Salud; para 2011, de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Dirección General de Epidemiología, Informe Semanal de Vigilancia Epidemiológica, publicado en el Observatorio de Mortalidad Materna en México, disponible en <<http://www.omm.org.mx/>>; y para 2012, del Plan Nacional de Salud 2007-2012, disponible en <<http://portal.salud.gob.mx/>>.

gua indígena (140 mujeres); 10% era menor de 19 años (99 mujeres), 9.3% falleció por aborto (92 mujeres), 8.7% no tenía escolaridad y 33.7% contaba sólo con primaria incompleta o completa (86 y 334 mujeres, respectivamente).⁷

Estas cifras expresan la desigualdad y las profundas brechas sociales, de clase, de etnia y de género en que está instalada la mortalidad materna.

El marco normativo nacional e internacional en materia de derecho a la salud y derechos reproductivos de las mujeres: el piso que no se mueve

El 10 de junio de 2011 se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* la siguiente reforma constitucional:

Título Primero.

Capítulo I.

De los derechos humanos y sus garantías

ARTÍCULO 1º. Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia.

Ello representa un nuevo paradigma constitucional en México. A la par de que toda persona puede solicitar interpretación directa de los documentos internacionales de tipo vinculante (u obligatorio), se debe armonizar con la plataforma internacional el comportamiento de todo el poder público, el marco normativo y los documentos admi-

nistrativos, es decir, el cuerpo y la actuación de la administración pública.

Para el caso de los derechos a la salud, sexuales y reproductivos, son paradigmáticos el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC); y la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW).

*Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966)*⁸

ARTÍCULO 12

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:
[...]
- c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
- d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

*Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979)*⁹

ARTÍCULO 12

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discrimi-

⁷ Observatorio de Mortalidad Materna en México, "Numeralia 2009. Mortalidad materna en México", México, CIESAS/UNFPA/DPS/OMM, 2010, disponible en <<http://www.omm.org.mx/images/stories/documentos/NumeraliaMM2009.pdf>>, página consultada el 17 de febrero de 2012; y Observatorio de Mortalidad Materna en México, "Mortalidad materna en México. Numeralia 2010", México, CIESAS/DPS/OMM, 2011, disponible en <<http://www.omm.org.mx/images/stories/documentos/Numeralia/nmr1%20Fnl.pdf>>, página consultada el 16 de febrero de 2012.

⁸ Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 2200 A (XXI) del 16 de diciembre de 1966. Adhesión de México el 23 de marzo de 1981.

minación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.

2. [...] los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el periodo posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.

En efecto, el Estado mexicano debe plasmar en su política pública, en sus normativas y en los mecanismos de exigibilidad de la población en general la correspondencia con los tratados internacionales, como los ya descritos.

Paralelamente, en el ámbito internacional se ha desplegado una serie de instrumentos –programas de acción, declaraciones, resoluciones de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), conferencias y cumbres– donde se plasman y puntualizan definiciones y contenidos en un marco de derechos sexuales y reproductivos, expresados comprensivamente.

Entre los de mayor alcance se encuentran la Declaración y la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995); en el punto 17 de la Declaración se señala que “el reconocimiento explícito y la reafirmación del derecho de todas las mujeres a controlar todos los aspectos de su salud, en particular su

propia fecundidad, es básico para la potenciación de su papel”.¹⁰

Por su parte, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994) incorpora ampliamente los derechos reproductivos y la equidad de género. Entre otros elementos fundamentales, aborda los derechos de procreación y salud reproductiva, y la reducción de la mortalidad materna, el evento de la morbilidad materna.

Por el lento avance de los gobiernos en disminuir las razones de mortalidad materna, la ONU los ha interpelado mediante la Resolución 11/8 del Consejo de Derechos Humanos, La mortalidad y morbilidad materna prevenible y los derechos humanos.¹¹

Una plataforma sustantiva que delinea la política pública en materia de salud materna en México son los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de 2000, con el Objetivo 5: mejorar la salud materna:

Meta 5A: Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes.

Indicadores

- 5.1 Tasa de mortalidad materna.
- 5.2 Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado.

Meta 5B: Lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva.

Indicadores

- 5.3 Tasa de uso de anticonceptivos.
- 5.4 Tasa de natalidad entre las adolescentes.

9 Adoptada y abierta a la firma y ratificación, o adhesión, por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 34/180 del 18 de diciembre de 1979. Ratificada por México el 23 de marzo de 1981.

10 *Derechos humanos de las mujeres: normativa, interpretaciones y jurisprudencia internacional*, t. I, México, SRE/ODACNUDH/Unifem, 2006, p. 121.

11 Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, Resolución 11/8. La mortalidad y morbilidad materna prevenible y los derechos humanos, aprobada durante el 11º periodo de sesiones, 27 de junio de 2009: “4. Pide también a los Estados que hagan un mayor hincapié en las iniciativas sobre la mortalidad y morbilidad materna en sus asociaciones para el desarrollo y sus arreglos de cooperación, en particular cumpliendo los compromisos pendientes y considerando la posibilidad de contraer nuevos compromisos, y en el intercambio de prácticas eficaces y asistencia técnica para reforzar la capacidad nacional, y que integren en esas iniciativas una perspectiva de derechos humanos que aborde los efectos de la discriminación contra la mujer en la mortalidad y morbilidad materna”.

- 5.5 Cobertura de atención prenatal (al menos una visita y al menos cuatro visitas).
- 5.6 Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar.¹²

En el tema del Objetivo 5, básicamente sus indicadores se duplican en el Plan Nacional de Salud 2007-2012.

Cabe destacar en el marco nacional el contenido específico definido en la Ley General de Salud:¹³

ARTÍCULO 27. Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a:

[...]

IV. La atención materno-infantil;

V. La planificación familiar;

[...]

VIII. La disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud;

IX. La promoción del mejoramiento de la nutrición;

X. La asistencia social a los grupos más vulnerables y, de éstos, de manera especial, a los pertenecientes a las comunidades indígenas.

[...]

ARTÍCULO 35. Son servicios públicos a la población en general los que se presten en establecimientos públicos de salud a los residentes del país que así lo requieran, regidos por *criterios de universalidad y de gratuidad*^{*} en el momento de usar los servicios, fundados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios.

En concreto, se cuenta con un conglomerado normativo jurídico para, por un lado, que el Estado mexicano garantice los derechos a la salud, sexuales y reproductivos; y por el otro, que la población exija su cumplimiento.

Derechos y presupuesto público

Una pregunta que surge es por qué si el tema de salud reproductiva, salud y mortalidad materna está en la agenda internacional y nacional, su avance es lento y débil. La interrogante toma mayor relevancia, como se ha visto, por la existencia de una plataforma jurídica de derechos a la salud, sexuales y reproductivos.

Una línea de respuesta es la arquitectura financiera que delimita a la estructura presupuestaria de la Secretaría de Salud federal y de las 31 entidades federativas y el Distrito Federal. El diseño presupuestario en salud para la población sin seguridad social responde a un planteamiento ideológico en donde prevalece la lógica financiera y/o economicista, con criterios contables y financieros a los cuales, de manera reduccionista, se deben ajustar los servicios de salud y, por ende, la prestación de la salud. Obviamente, las personas que se acercan a los establecimientos de salud son los directamente afectados por el modelo vigente.

Su expresión es el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) –donde su brazo operativo es el Seguro Popular–, establecido en la reforma de 2003 a la Ley General de Salud. Puesto en marcha al año siguiente, esencialmente es un esquema de aseguramiento público y voluntario que brinda protección

* N. del E.: Las cursivas son de la autora.

¹² Información disponible en <<http://www.onu.org.mx/Objetivo5.html>>, página consultada el 16 de febrero de 2012.

¹³ Ley General de Salud, última reforma publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 30 de enero de 2012.

financiera en materia de salud a las familias que, por su condición laboral y socioeconómica, el ejercicio del derecho a la salud les significa un empobrecimiento o que simplemente no acceden a los servicios de salud.

El SPSS es la arquitectura financiera implementada para asegurar la asignación de presupuesto de manera progresiva y supuestamente eliminar fragilidades originadas por el entorno político y económico. Sin embargo, ha profundizado la descentralización del sistema de salud para la población abierta y ha tenido como consecuencia la disociación entre los programas y el presupuesto público asignado al sector.

El SPSS absorbió y se convirtió en la vía de asignación del gasto dirigido a la atención de la salud materna. Es decir, en términos presupuestarios, la responsabilidad del diseño o asignación del presupuesto destinado a acciones puntuales para disminuir la mortalidad materna quedó bajo responsabilidad de los servicios de salud estatales. Este hecho resulta crucial, por-

que algunos de estos sistemas de salud han marginado el problema, a la vez que han disminuido operativamente la rectoría del ámbito federal.

Del mismo modo, el SPSS no ha logrado disminuir las profundas desigualdades en el acceso a la salud, factor que contribuye a sostener que la mortalidad materna esté concentrada en mujeres pobres. La implementación de políticas diseñadas como estrategias sin mecanismos de obligatoriedad y afincadas en la sola afiliación son absolutamente insuficientes para cumplir los fines con los cuales fueron creados; y más aún si su expectativa es impactar considerablemente.

Por ejemplo, en el caso del programa Embarazo Saludable, que responde al diseño descrito, es claro su fracaso. En 2009, del total de mujeres fallecidas por mortalidad materna, 33.1% contaba con Seguro Popular y, por ende, estaba bajo el esquema de Embarazo Saludable. La cifra aumenta en 2010: de las 992 muertes maternas registradas, 39.2% estaba adscrita al Seguro Popular.

Cuadro 1. Sistema de Protección Social en Salud,
Presupuesto de Egresos de la Federación 2009-2012 (millones de pesos)

Concepto	2009	2010	2011	2012
Ramo 12*-Secretaría de Salud	85 036.5	89 892.9	105 313.9	108 998.8
Seguro Popular**	41 368.2	48 842.1	56 946.7	65 652.5
Porcentaje del Seguro Popular del total del Ramo 12	48.65	54.33	54.07	60.23

Fuente: Elaboración propia con datos de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, Presupuesto de Egresos de la Federación 2009, 2010, 2011 y 2012, disponible en <<http://www.shcp.gob.mx>>.

* El Ramo 12 corresponde al presupuesto asignado a la administración pública en salud para la población abierta, comprendida en la rectoría de la Secretaría de Salud federal, y al presupuesto que se distribuye a los servicios de salud de las entidades federativas bajo la responsabilidad del Ejecutivo estatal.

** El Seguro Popular es el concepto de gasto que concentra la mayor cantidad del presupuesto que se asigna al Sistema de Protección Social en Salud. Los otros, y en mucha menor cantidad, son el componente de salud del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades; el Seguro Médico para una Nueva Generación; la dignificación, conservación y mantenimiento de la infraestructura y equipamiento en salud; y las actividades de apoyo administrativo.

Las más de cuatro mil muertes maternas en México entre 2007 y 2010 ponen en entredicho las estrategias para abordar el problema y el cumplimiento del Estado de garantizar el derecho y la protección a la salud de acuerdo con el artículo 4º constitucional.

Tanto el trabajo de campo como el análisis nacional, reflejan que en el caso de México el modelo de financiamiento en materia de salud para la población sin seguridad social, basado en un esquema de aseguramiento, ahonda la estructura presupuestaria agregada (grandes bolsas). Esta condicionante estructural conllevó la atomización de la gestión de las estrategias en salud y mortalidad materna; así como la profundización de la disgregación entre el conjunto de estrategias dirigidas a la salud y mortalidad materna y el presupuesto.

Es decir, gran parte del aparato de la administración pública correspondiente a salud y mortalidad materna actúa separadamente de su símil para el presupuesto. Esto aplica para otra serie de temáticas en materia de salud sexual y reproductiva.

Esta afirmación se consolida al incorporar la perspectiva de derechos humanos —específicamente los derechos sexuales y reproductivos, y la salud—, primordialmente desde una configuración en la cual se entre-

lazan los tres derechos. Al agregar elementos de prerrogativas al análisis presupuestario, y a través de ese prisma revisar el despliegue, por un lado, de política pública y, por el otro, del presupuesto, se visibilizan con enorme nitidez los nudos y los vacíos, así como las tensiones entre diferentes paradigmas existentes en las políticas públicas en materia de salud en el país.

Desde la perspectiva de los derechos humanos, en el PIDESC —que utiliza el concepto de *máxima utilización de recursos*— su artículo 2º señala que dicho elemento es de vital importancia para la realización de los derechos, ya que es a través de la canalización de recursos (monetarios, legales, humanos, naturales, tecnología e información) que el Estado da cumplimiento a sus obligaciones en la materia. Más allá de la retórica, este principio resulta fundamental, pues le da un sentido práctico a las obligaciones legales de los Estados relacionadas con el cumplimiento, respeto y protección de los derechos.¹⁴

El modelo actual, cuya dirección es contraria a tal articulación (de presupuesto y derechos humanos), ha conllevado que por la participación de diversos actores y bajo diferentes premisas, roles y obligaciones, se haga sumamente enredada e imprecisa la identificación de las responsabilidades. No obstante, ello está muy lejos de significar que el Estado mexicano elude concretar mecanismos reales para garantizar el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos; y de que olvide que el Presupuesto de Egresos de la Federación es por mucho el instrumento de política económica más importante.¹⁵

14 Mariana Pérez Argüelles (coord.), *Cinco miradas sobre el derecho a la salud. Estudios de caso en México, El Salvador y Nicaragua*, México, Fundar, Centro de Análisis e Investigación, 2010, disponible en <http://fundar.org.mx/fundar_1/site/files/Saludfinalcovers.pdf>, página consultada el 17 de febrero de 2012.

15 *Políticas públicas y presupuestos con perspectiva de derechos humanos. Manual operativo para servidoras y servidores públicos*, México, OACNUDH/Flacso México/Fundar, Centro de Análisis e investigación/Gesoc, Agencia para el Desarrollo, 2010, disponible en <<http://www.fundar.org.mx/mexico/pdf/L280211PPDH-1-7.pdf>>, página consultada el 17 de febrero de 2012.

Por ejemplo, en el Presupuesto de Egresos de la Federación es posible incorporar indicadores de vinculación entre los derechos a la salud, sexuales y reproductivos, y el presupuesto público; además de desagregar la información por ámbitos estatales y municipales, y por sexo. En resumen, urge conformar una estructura presupuestaria que se plasme en un documento y que permita tanto avanzar como darle seguimiento a la disminución de brechas y a la eliminación de la desigualdad y la inequidad.

Conclusiones y recomendaciones

Es imprescindible crear mejores mecanismos presupuestarios de transparencia y rendición de cuentas que reflejen a cabalidad si el presupuesto público funge como palanca para el cumplimiento de los tres derechos aludidos. Una forma específica es la asignación de recursos financieros públicos, transparentes y explícitos a las últimas acciones y estrategias presentadas desde el ámbito federal en materia de salud sexual y reproductiva; así como la inclusión de variables y/o indicadores de presupuesto en la evaluación de cada una de las acciones de política pública mencionadas.

Es de llamar la atención que el caso de la salud y mortalidad materna no debe verse aisladamente, ya que da cuenta de los problemas del modelo de salud en México. A través de su análisis se evidencia que los servicios de salud reproductiva y las redes de atención enfrentan problemas estructurales propios del sector: fragmentación, descoordinación y dispersión.

Para terminar, las recomendaciones son las siguientes:

- Siendo el SPSS la puerta de entrada para, sin discusión alguna, desarrollar estrategias de unificación funcional interinstitucional –atención a la población perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, o la Secretaría de Salud, en cualquiera de los establecimientos sanitarios, independientemente de su condición de pertenencia institucional–, es de suma urgencia desarrollar (y/o participar de) una discusión nacional sobre el sistema único de salud: el modelo de salud y la universalidad de la atención médica; ya que, debido a las decisiones gubernamentales de los últimos años, la integración del modelo es una tendencia en realización.
- Impulsar la incorporación de estándares internacionales en el proceso de presupuestación, entre ellos, el mandato de avance progresivo (y su relación con el presupuesto), pues esta obligación conlleva la irreductibilidad del presupuesto.
- Implementar nuevos mecanismos de transparencia y rendición de cuentas que contribuyan al mejor gasto público y a la erradicación de la muerte materna, por medio de servicios de salud sexual y reproductiva integrales que consideren la diversidad sexual, a la población adolescente y con una perspectiva intercultural.
- Incentivar la participación ciudadana en espacios de decisión sobre la política pública orientada a la erradicación del gasto a través de: *a)* propuestas de asignación de gasto, y *b)* estrategias de diseño e implementación de políticas públicas.
- Monitorear las dos acciones de gobierno anteriores desde la sociedad civil.



Fotografía: María Rodríguez Cruz/CDHDF.

acción



es

Acompaña CDHDF Iniciativa de Reforma al Código Penal para el DF

El presidente de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, Luis González Placencia, acompañó la presentación de la Iniciativa de Reformas al Código Penal para el Distrito Federal (CPDF) elaborada por la diputada Alejandra Barrales Magdaleno, la cual, en el marco de las reformas constitucionales en materia de derechos humanos, evitaría la criminalización de jóvenes de entre 18 y 30 años de edad, y mitigaría la sobrepoblación de los reclusorios de la ciudad.

El ombudsman capitalino señaló que hay evidencias de que meter personas a la cárcel indiscriminadamente genera más y mayores problemas relacionados con “la afinación del delito y de graves riesgos para quienes están dentro de esas mismas instituciones compurgando penas; de manera que es fundamental imaginar nuevos procedimientos que no implican impunidad, sino sanciones más inteligentes”.

González Placencia dijo que la iniciativa tiene como finalidad mitigar y evitar la sobrepoblación penitenciaria en una lógica de derechos humanos: “aquellas personas que cometen delitos por primera vez o que cometen delitos que no son de impacto público puedan gozar de penas alternativas a la privación de libertad”.

Explicó que las reformas propuestas al CPDF no implican de ninguna manera impunidad ni que no se castigue el robo en la ciudad de México, sino que, a través de leyes menos duras, se impongan sanciones inteligentes, encaminadas a la reinserción social de quienes cometen los delitos.

Reiteró que las reformas constitucionales en materia de derechos humanos implican revisar y armonizar todo el marco jurídico vigente en la ciudad y el país, a la luz de los planteamientos que colocan a los derechos humanos como el eje rector de la ley y de las políticas públicas, así como de la vida política y jurídica.

Por su parte, Barrales Magdaleno explicó que las reformas a los artículos 220, 222, 223, 224 (a derogarse), 225, 246, 247 y 248 buscan eliminar la pena privativa de la libertad en caso de robo simple e implementarla sólo en los casos en los que el robo se cometa con violencia que lesione a la víctima, cuando el sujeto activo porte un arma o se cometa por dos o más personas.

“Fuera de esos casos se propone imponer como castigo alternativo a la pena privativa de libertad las consistentes en trabajo a favor de la víctima hasta que el sujeto activo responsable cubra el monto de los robados, restituya la cosa robada y realice trabajo a favor de la comunidad”, señaló.

Dijo que de 2000 al 2010 se observó la duplicación de la población penitenciaria, que pasó de 20 714 a 40 290 personas, quienes coexisten en el mismo espacio físico que ha permanecido inalterado en los últimos 12 años.

Exige CDHDF dignificar las condiciones del panteón donde yacen las víctimas del *New's Divine*

La Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF) inició una investigación de oficio por las deplorables condiciones del panteón Atzacolco Viejo, ubicado en Cabo Fenisterre y Cerrito, en la delegación Gustavo A. Madero, donde yacen los restos de las víctimas del fallido operativo policiaco en la discoteca *New's Divine*, en junio de 2008.

La delegación incumple los acuerdos celebrados con la organización Voces de justicia No+Impunidad: *New's Divine*, para mantener en condiciones dignas ese cementerio. Y pese a los múltiples requerimientos y solicitudes que la CDHDF ha hecho a la autoridad, las instalaciones siguen deterioradas, y no se han realizado acciones para revertir eso. Existe la destrucción de andadores; muchas tumbas están cubiertas de basura; se han encontrado costales con huesos o huesos expuestos, animales en estado de putrefacción, lápidas dispersas y tumbas abiertas.

La Comisión enfatiza que quienes administran estos espacios públicos deben hacerlo con calidad. Las autoridades capitalinas deben ser sensibles al dolor de las víctimas de violaciones a derechos humanos y tomar medidas para prevenir, revertir, investigar, sancionar y reparar las consecuencias de actos que generen una revictimización, pues para quienes yacen allí –debido a un abuso de autoridad– la desatención de esos sitios es una doble ofensa a su dignidad.

Así, es obligación de la Secretaría de Salud y de la delegación Gustavo A. Madero garantizar que los panteones tengan condiciones sanitarias y de accesibilidad apropiadas para guardar la memoria de quienes han muerto. El respeto a los restos mortales preserva los sentimientos de las personas vivas hacia sus familiares o personas fallecidas con quienes mantuvieron en vida lazos de afecto, siendo éste el valor jurídico que debe protegerse.

El orden jurídico reconoce la importancia que debe darse a las y los difuntos. El marco normativo nacional fija obligaciones de las personas vivas con las fallecidas; además el ex juez de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, Antonio Augusto Cançado Trindade, dijo que ante la angustia que genera la muerte de un ser querido, “los ritos fúnebres, con los restos mortales, buscan traer un mínimo de consuelo para los sobrevivientes”, de ahí la importancia de respetarlos.

Cabe decir que a familiares de las víctimas del caso *New's Divine*, el estado del panteón Atzacolco Viejo les causa sufrimiento, potencializa su dolor, les recuerda las vejaciones de que fueron objeto sus hijos e hijas, y mina su confianza sobre la intención de la autoridad para reparar, en lo posible, el daño. Por ello, la CDHDF hace un llamado enérgico al delegado en Gustavo A. Madero, para que realice acciones permanentes que dignifiquen dicho cementerio.

Llama CDHDF a jefe delegacional en Cuauhtémoc a cumplir recomendaciones

La Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF) hizo un llamado al jefe delegacional en Cuauhtémoc, Agustín Torres Pérez, para que reconsidere su postura en torno a la observancia, respeto y garantías de las y los ciudadanos, en especial de quienes habitan esa demarcación territorial, a través de la aceptación y cumplimiento de las recomendaciones 4/2008, 14/2009, 23/2009 y 13/2011.

La CDHDF expresa su preocupación y desaprobación ante la actitud de la autoridad delegacional y lamenta su postura y falta de voluntad política para salvaguardar los derechos humanos.

Esta Comisión enfatiza la necesidad de que tal demarcación establezca políticas públicas con perspectiva de derechos humanos que resuelvan los problemas concernientes a grupos vecinales y a personas dedicadas al comercio informal, así como a las poblaciones callejeras.

Con respecto a los grupos de personas vecinas y personas que se dedican al comercio informal, que viven y trabajan en esa demarcación, la CDHDF emitió la Recomendación 4/2008, derivada de la omisión de observar la ley o normatividad aplicable: detenciones arbitrarias o ataques a la dignidad, a la honra y a la vida privada; y violación al derecho a un nivel de vida adecuado, en perjuicio de quienes residen y/o transitan en las colonias Buenavista y San Rafael. A casi cuatro años, sólo uno de los ocho puntos recomendatorios ha sido atendido.

El tema de personas que ejercen la prostitución lo trató la CDHDF en su Recomendación 14/2009, dirigida a esa Jefatura Delegacional y a otras autoridades, por casos de violencia en las colonias Buenavista, Guerrero, Santa María la Ribera, San Rafael y Tabacalera. Pero la delegación no la aceptó.

La violación a los derechos a la igualdad y a la no discriminación, a la libertad y seguridad personales, a la integridad personal y a la niñez, al debido proceso y a no ser sometidas a trata de personas se investiga desde 2007 por la CDHDF, concretamente por la situación de las poblaciones callejeras de la demarcación Cuauhtémoc. Por la sistemática ocurrencia de agravios en contra de éstas, la CDHDF emitió las recomendaciones 23/2009 y 13/2011.

Los puntos recomendatorios apuntan al diseño y ejecución de medidas institucionales que eviten se sigan violentando los derechos de las poblaciones callejeras, a que se adopten medidas para proteger, re-dignificar y diseñar propuestas de intervención social efectiva, sin la mirada asistencialista y tutelar hacia esos grupos de personas. A más de dos años de que se emitió la Recomendación 23/2009, la autoridad delegacional muestra escasa disposición para cumplirla. Recientemente el jefe delegacional en Cuauhtémoc se negó a aceptar la Recomendación 13/2011.

Delegado en Cuajimalpa ignora llamado de la CDHDF para responder Recomendación 9/2011

La Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF) reprueba la actitud de la Jefatura Delegacional en Cuajimalpa de Morelos, ya que hasta la fecha no ha dado respuesta sobre la aceptación o no de la Recomendación 9/2011, esto a pesar de los múltiples requerimientos de este organismo.

El 8 de diciembre de 2011, la CDHDF emitió dicha Recomendación por la falta de implementación de mecanismos específicos para la prevención, atención, investigación y, en su caso, sanción de cualquier acto de violencia contra las mujeres al interior de las instituciones y dependencias del Distrito Federal.

Cabe destacar que de las 11 autoridades a quienes se dirigió dicha Recomendación, sólo el delegado en Cuajimalpa ha sido omiso en su respuesta.

En el caso de dicha Jefatura Delegacional, el instrumento recomendatorio le fue dirigido por violación al derecho de las mujeres a una vida libre de violencia de tipo psicoemocional, física, sexual, económica y de violencia institucional en agravio de una trabajadora de esa dependencia.

Lo anterior es de gran relevancia pues, con la falta de respuesta de la autoridad, el mensaje que se envía no sólo es de desconocimiento a las facultades de la CDHDF, sino de falta de sensibilidad para el respeto de los derechos de las mujeres y, en este caso, de las que laboran en esa Jefatura Delegacional.

La complejidad del fenómeno de la violencia tiene como consecuencia la violación de un conjunto diverso de derechos de los que son titulares las mujeres y que, en muchas ocasiones, inicia en el ámbito laboral. Lo anterior se acentúa por la omisión de la perspectiva de género en las políticas públicas imperantes en algunos ámbitos del Distrito Federal.

Por ello, la CDHDF exhorta al delegado de Cuajimalpa de Morelos para que otorgue la debida atención a un asunto prioritario como es el respeto a los derechos humanos de las mujeres trabajadoras, y para que dé respuesta al planteamiento de esta Comisión.



Re



Fotografía: Cortesía Parto Libre.

ferencias

El derecho de la mujer a una atención humanizada en el parto

GLENDA FURSZYFER, ALINA BISHOP V. Y SANDRA NARVÁEZ P.*

El parto es un proceso fisiológico, natural e inherente a nuestra calidad de seres humanos. El acceso a un parto seguro y digno debería ser reconocido como un derecho universal de las mujeres. Es conocido el hecho que hoy los procedimientos médicos que se utilizan en hospitales públicos y privados impiden que la madre y su hijo disfruten de un ambiente cómodo, agradable y tranquilo durante el proceso de parto-nacimiento, pues no se consideran sus necesidades, sino que se privilegia la comodidad de quien asiste y el uso indiscriminado de tecnología, haciendo de este evento maravilloso algo frío, impersonal y nada gratificante para sus actores.

Madre y bebé son los protagonistas fundamentales de este proceso, por lo que sus deseos y sentimientos deben estar en primer lugar. El parto es igualmente seguro cuando los deseos de la madre toman un rol prioritario frente a las rutinas de quienes asisten el parto. El que estos derechos fundamentales sean accesibles para todas las mujeres es nuestra obligación.

“Cambiar la forma de nacer cambia la forma de vivir”

El trabajo que tenemos que hacer en torno a la atención del nacimiento es actualizar las prácticas asistenciales con base en los resultados obtenidos en las investigaciones científicas recientes, ya que la mayoría de las mujeres actualmente da a luz en hospitales. Este hecho ha planteado inquietudes acerca de la deshumanización consiguiente de las experiencias de parto de las mujeres. La atención obstétrica moderna utiliza con frecuencia rutinas institucionales que pueden tener efectos adversos en el progreso del trabajo de parto.

A continuación explicamos algunas de estas prácticas y presentamos propuestas para realizar cambios que promuevan una humanización de la atención, basada en la evidencia científica actualizada y en el enfoque de atención centrada en la mujer y el bebé. Toda la información que presentamos a continuación está sustentada por las revisiones de la Biblioteca Cochrane.¹

* Integrantes de la organización Parto Libre, A. C. Véase <<http://www.partolibremexico.org/>>. Contacto: <partolibre@yahoo.com>.

1 Información disponible en <<http://summaries.cochrane.org/>>, página consultada el 14 de febrero de 2012.

Apoyo continuo para las mujeres durante el parto

Históricamente las mujeres han sido asistidas y apoyadas por otras mujeres durante el trabajo de parto y el parto. El apoyo continuo en este proceso aumenta la probabilidad de un parto vaginal espontáneo y produce resultados de mayor satisfacción en las mujeres. Dicho apoyo generalmente incluye medidas de *comfort*, soporte emocional e información constante.

Esto puede mejorar el proceso normal de trabajo de parto, así como el sentimiento de control y competencia de las mujeres y, por lo tanto, reducir la necesidad de intervención obstétrica. Diversos estudios señalan que las mujeres que recibieron apoyo continuo durante el trabajo de parto presentaron labores levemente más cortas, tuvieron un mayor número de partos *espontáneos*, es decir, naturales y sin intervenciones como cesáreas, fórceps u otros, requirieron menos utilización de analgésicos y su sensación de satisfacción fue mayor.

Por otra parte, al parecer, el apoyo en el trabajo de parto es más eficaz cuando es suministrado por

mujeres que no son parte del personal del hospital y si éste se ofrece desde que inicia dicho trabajo.²

No enemas durante el trabajo de parto

La evidencia científica actual no apoya el uso de enemas (lavados intestinales) en el trabajo de parto, principalmente porque no hay beneficios comprobados y porque es un procedimiento muy desagradable y provoca más molestias a las mujeres durante la labor de parto.³

No rasurado perineal sistemático

No existen pruebas del beneficio del rasurado perineal sistemático en el parto. En ocasiones el rasurado pubiano o perineal (afeitar el área alrededor de la vagina) se hace antes del parto con la creencia de que puede disminuir el riesgo de infección y facilitar la sutura, en caso de ser necesaria. Sin embargo, los rasguños y pequeños cortes que produce el rasurado sí pueden causar infección, además de incomodidad y malestar cuando el vello vuelve a crecer. No hay pruebas en los ensayos clínicos de algún beneficio resultante de la

utilización del rasurado sistemático en el trabajo de parto.⁴

No restricción de líquidos por vía oral e ingesta de alimentos durante el trabajo de parto

Las mujeres deben tener la libertad de ingerir líquidos y alimentos durante el trabajo de parto. En algunas culturas las mujeres normalmente consumen líquidos y alimentos durante el trabajo de parto para obtener los nutrientes y el estado de bienestar que exige este proceso. Sin embargo, en muchos centros de obstetricia se restringe la ingesta de alimentos, aludiendo al riesgo de vómito y aspiración pulmonar al administrar anestesia general que señalaba un estudio de 1940; sin embargo, esto es algo que ocurría en esa época. Hoy, además de haber mejorado las técnicas, casi no se usa la anestesia general en obstetricia y sí ha habido un aumento en la utilización de la anestesia regional (epidural, bloqueo) que es más segura. Incluso es sabido que el desequilibrio nutritivo por una ingesta deficiente durante el trabajo de parto puede asociarse con una labor de parto más prolongada y dolorosa.⁵

2 Hodnett E. D., Gates S., Hofmeyr G. J., Sakala C. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto [Revisión Cochrane traducida]. En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <<http://www.update-software.com>>. [Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.].

3 Reveiz L., Gaitán H. G., Cuervo L. G. Enemas durante el trabajo de parto [Revisión Cochrane traducida]. En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <<http://www.update-software.com>>. [Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.].

4 Basevi V., Lavender T. Rasurado perineal sistemático en el ingreso a la sala de partos [Revisión Cochrane traducida]. En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <<http://www.update-software.com>>. [Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.].

5 Mandisa Singata, Joan Tranmer, Gillian M. L. Gyte. Restricción de líquidos por vía oral y de ingesta de alimentos durante el trabajo de parto [Revisión Cochrane traducida]. En: *Biblioteca Cochrane Plus*, 2010 número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <<http://www.update-software.com>>. [Traducida de *The Cochrane Library*, 2010 Issue 1 Art no. CD003930. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.].

Manejo del dolor durante el trabajo de parto

Existen diversas técnicas de relajación y respiración que pueden ayudar en el manejo del dolor durante el trabajo de parto. Este dolor puede ser intenso, sobre todo si está acompañado de tensión, ansiedad y miedo. Muchas mujeres no quisieran emplear fármacos analgésicos y/o anestésicos durante su trabajo de parto y para ellas existen muchos métodos alternativos, como por ejemplo: acupuntura, técnicas de cuerpo-mente, de masaje, reflexología, medicinas a base de hierbas, homeopatía, hipnosis, música, etcétera.⁶

Amniotomía restrictiva para acortar el trabajo de parto espontáneo

Las pruebas no apoyan la ruptura artificial de membranas como práctica habitual para las mujeres en trabajo de parto espontáneo. El objetivo de romper la fuente (también conocido como ruptura artificial de membranas o amniotomía) es acelerar e incrementar la intensidad de las contracciones y, de este modo, acortar la duración del trabajo de parto. Se cree que la ruptura de las membranas libe-

ra productos químicos y hormonas que estimulan las contracciones. Durante los últimos años, la amniotomía ha sido una práctica habitual en muchos países. En algunos centros asistenciales se recomienda y realiza este procedimiento a todas las mujeres, y en algunos otros se utiliza sólo en aquellas con trabajos de parto prolongados. Sin embargo, no hay evidencia científica suficiente que demuestre que un trabajo más corto resulte beneficioso para la madre o el recién nacido. Incluso existen algunos riesgos potenciales importantes, aunque excepcionales, asociados a la amniotomía, como los problemas con el cordón umbilical o alteraciones en la frecuencia cardíaca del recién nacido. Por lo tanto, con base en la evidencia científica actual, no se recomienda la amniotomía sistemática para los trabajos de parto de evolución normal ni para los trabajos de parto prolongados.⁷

Inmersión en agua para el trabajo de parto y parto

La inmersión en agua caliente durante el periodo dilatante (trabajo de parto), reduce significativamente la percepción del dolor por parte de las mujeres y el uso de la analgesia epidural/raquídea y durante

el periodo expulsivo aumenta el grado de satisfacción de las mujeres con respecto al pujo.⁸

Posición y movilidad de la madre durante el periodo dilatante del trabajo de parto

La mujer que tiene libertad de posición durante su trabajo de parto experimenta menos dolor con sus contracciones y más satisfacción en la vivencia de su trabajo de parto. Las mujeres de países desarrollados y de países de bajos ingresos que dan a luz en establecimientos de salud generalmente permanecen en cama durante el trabajo de parto. En otros lugares pueden elegir la posición que les haga sentir más cómodas, sea esta vertical, de pie, sentadas, arrodilladas, caminando, incluso pueden elegir recostarse a medida que avanza el trabajo de parto si así lo desean. Que la madre se encuentre acostada, semisentada o recostada sobre su costado durante el periodo dilatante puede ser más conveniente para el personal de salud, ya que puede facilitar la monitorización de la evolución y el control del recién nacido. Sin embargo, la monitorización fetal, las anestésicas epidurales y el uso de infusiones intravenosas limitan el movimiento y generan incomo-

6 Smith C. A., Collins C. T., Cyna A. M., Crowther C. A. Tratamientos complementarios y alternativos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto [Revisión Cochrane traducida]. En: *Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en <<http://www.update-software.com>>, [Traducida de 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.].

7 Rebecca M. D. Smyth, S. Kate Alldred, Carolyn Markham. Amniotomía para acortar el trabajo de parto espontáneo [Revisión Cochrane traducida]. En: *Biblioteca Cochrane Plus* 2009 número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en <<http://www.update-software.com>>, [Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 4 Art no. CD006167. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.].

8 Elizabeth R. Cluett, Ethel Burns. Inmersión en agua para el trabajo de parto y parto [Revisión Cochrane traducida]. En *Biblioteca Cochrane Plus* 2009 número 3, Oxford: Update Software Ltd. Disponible en <<http://www.update-software.com>>. [Traducida de 2009 Issue 2 Art no. CD000111. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.].

didad en la madre. La posición de decúbito dorsal (acostada sobre la espalda) hace que el peso del útero de la mujer embarazada recaiga sobre los vasos sanguíneos abdominales, disminuyendo la circulación de la zona y por lo mismo la cantidad de oxitocina que llega hasta el útero, haciendo que las contracciones puedan ser menos intensas que cuando se está en posición vertical. Las contracciones eficaces en posición vertical facilitan la dilatación cervical y el descenso del bebé. Los resultados de los estudios clínicos realizados sobre este tema indican que el periodo dilatante puede durar aproximadamente una hora menos para las pacientes que permanecen en posición vertical o caminan durante el mismo.⁹

Posición de la mujer durante el periodo expulsivo del trabajo de parto

Se debe estimular a las mujeres para que tengan su parto en posiciones cómodas, que habitualmente son las verticales. En las culturas más antiguas las mujeres dan a luz de forma natural en posiciones verticales como arrodilladas, paradas, en cuclillas, etc. En las sociedades occidentales los médicos han in-

⁹ Annemarie Lawrence, Lucy Lewis, G. Justus Hofmeyr, Therese Dowswell, Cathy Styles. Posición y movilidad de la madre durante el periodo dilatante del trabajo de parto [Revisión Cochrane traducida]. En: *Biblioteca Cochrane Plus* 2009 número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <<http://www.update-software.com>>. [Traducida de *The Cochrane Library*, 2009 Issue 2 Art no. CD003934. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.].



Fotografía: Cortesía Parto Libre.



Fotografía: Cortesía Parto Libre.



fluido para que las mujeres tengan su parto acostadas sobre su espalda, algunas veces con las piernas levantadas mediante el uso de estribos. Se demostró que cuando las mujeres tuvieron el parto acostadas de espalda éste fue más doloroso para la madre, causó más alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal y se necesitó una mayor utilización de procedimientos como fórceps e incisiones en el canal del parto (episiotomías).¹⁰

Episiotomía restrictiva

En México la episiotomía es una intervención habitual que se practica en 100% de los partos de mujeres primíparas (que tienen un parto por primera vez), aunque no se recomienda el uso de esta práctica como rutinaria. La episiotomía es una incisión en el periné (piso de la pelvis), cuyo objetivo es aumentar la apertura vaginal durante la última parte del periodo expulsivo del

trabajo de parto o durante el parto en sí. Este procedimiento se realiza con tijeras o bisturí y debe repararse por medio de una sutura. La episiotomía restrictiva, es decir, la que se realiza sólo en caso de considerarse necesaria, presenta beneficios en comparación con la práctica de la episiotomía rutinaria, ya que se evidencian menos lesiones en la parte posterior del tejido perineal, menos necesidad de sutura y menos complicaciones.¹¹

10 Gupta J. K., Hofmeyr G. J. Posición de la mujer durante el periodo expulsivo del trabajo de parto [Revisión Cochrane traducida]. En: *Biblioteca Cochrane Plus* 2008 número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en <<http://www.update-software.com>>. [Traducida de 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.].

11 Carroli G., Belizán J. Episiotomía en el parto vaginal [Revisión Cochrane traducida]. En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <<http://www.update-software.com>>. [Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.].



Fotografía: Cortesía Parto Libre.

Pinzamiento precoz vs. pinzamiento tardío del cordón umbilical

El pinzamiento tardío del cordón en los bebés mejora su salud. En el útero, la sangre fluye hacia y desde el bebé. La placenta lo provee, entre otras cosas, de oxígeno, que obtiene de la sangre materna. Si el cordón no se pinza inmediatamente después del nacimiento, cierta cantidad de sangre de la placenta pasa al recién nacido para ayudar al flujo sanguíneo pulmonar. El pinzamiento tardío del cordón, 30 a 120 segundos después del nacimiento,

parece estar asociado con una menor necesidad de transfusión y una menor incidencia de hemorragias intraventriculares.¹²

Contacto piel a piel temprano para las madres y sus recién nacidos sanos

El contacto piel a piel entre la madre y el neonato reduce el llanto al nacer, mejora la interacción entre la madre y el recién nacido, mantiene al bebé caliente y ayuda a las mujeres a lactar con éxito. En muchas culturas es común que se sostenga a los recién nacidos des-

nudos contra el pecho desnudo de la madre apenas nace. Históricamente este procedimiento ha sido necesario para la supervivencia del neonato. En la actualidad se ha visto que en aquellas sociedades en que la mayoría de los nacimientos se produce en hospitales es habitual separar a los recién nacidos de sus madres y vestirlos antes de entregarlos. Estas prácticas rutinarias pueden perturbar de forma significativa las interacciones tempranas entre la madre y el neonato y poseen efectos perjudiciales para ambos. Se demostró que los recién nacidos que tuvieron contacto piel

12 Rabe H., Reynolds G., Diaz-Rossello J. Clampeo precoz versus clampeo tardío del cordón umbilical en prematuros [Revisión Cochrane traducida]. En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <<http://www.update-software.com>>. [Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.]

a piel con sus madres interactuaron más con ellas, desarrollando una mejor relación temprana, regularon mejor su temperatura y lloraron menos. Por otro lado, se apreció que fueron amamantados en mayor medida y por más tiempo que los niños que no contaron con el contacto piel a piel al nacer.¹³

Apoyo para la lactancia materna exclusiva

Existen pruebas extensas sobre los beneficios de la lactancia materna para la salud a corto y largo plazo de madres y bebés. En 2003, la Organización Mundial de la Salud recomendó que, siempre que sea posible, los recién nacidos deben ser alimentados exclusivamente con leche materna hasta los seis meses de edad. Sin embargo, en algunos países de altos ingresos económicos muchas mujeres dejan de lactar antes de lo que desean y este hecho provoca decepción en las madres y más problemas de salud en los recién nacidos.¹⁴

Intervenciones no clínicas para la reducción de la cesárea innecesaria

Las tasas de cesárea han aumentado de forma alarmante y sostenida a nivel global. Los factores

que contribuyen a este aumento son complejos. Las intervenciones no clínicas –que se realizan independientemente del control del embarazo– pueden cumplir una función importantísima en la reducción de cesáreas innecesarias. Para generar una reducción de las tasas de cesáreas se sugiere implementar la consulta de segunda opinión como obligatoria, al igual que el seguimiento posterior de las mujeres que requirieron de una cesárea. Las técnicas de relajación enseñadas por personal calificado, así como las clases de preparación para el parto, pueden reducir significativamente la incidencia de cesárea en los embarazos de bajo riesgo.¹⁵

Ante estas propuestas de cambio se hacen imprescindibles intervenciones en el área educativa y asistencial que promuevan un enfoque centrado en la mujer y el bebé por parte de los prestadores de servicios de salud, esto con el objetivo de mejorar la comunicación en las consultas, favorecer el desarrollo de empatía y asegurar que tanto la identificación como el tratamiento de la mujer se realicen de acuerdo con sus necesidades.

El trabajo que la organización Parto Libre, A. C., se ha propuesto para lograr un cambio en el para-

digma de atención al nacimiento comprende cuatro puntos fundamentales:

1. Promover la humanización de la atención del nacimiento entre la sociedad en general y los profesionales de la salud.
2. Brindar opciones reales y accesibles de atención humanizada del parto, a mujeres y hombres que estén buscando un mejor nacimiento para sus hijos(as).
3. Apoyar en la sensibilización y capacitación de las y los prestadores de servicios de salud que quieran cambiar su práctica asistencial a un modelo humanizado de atención del parto.
4. Formar redes de apoyo social para impulsar cambios en políticas de salud hacia un nuevo paradigma de atención humanizada al nacimiento.

Tenemos que trabajar para que los derechos con que cuentan las mujeres como personas, y como poderosas creadoras de vida, sean respetados al igual que el proceso a través del cual llegan nuestras hijas e hijos al mundo. Exijamos el derecho a que todas las personas comiencen su vida de la mejor forma posible. Mamás y bebés tienen derechos.

13 Moore E. R., Anderson G. C., Bergman N. Contacto piel-a-piel temprano para las madres y sus recién nacidos sanos [Revisión Cochrane traducida]. En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <<http://www.update-software.com>>. [Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.].

14 Britton C., McCormick F. M., Renfrew M. J., Wade A., King S. E. Apoyo para la lactancia materna [Revisión Cochrane traducida]. En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <<http://www.update-software.com>>. [Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.].

15 Khunpradit S., Tavender E., Lumbiganon P., Laopaiboon M., Wasiak J., Gruen R. L. Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 6. Art no.: CD005528. DOI: 10.1002/14651858.CD005528.pub2. Copyright © 2011 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos*

Introducción

1. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (en adelante “la Comisión Interamericana”, “la Comisión” o “CIDH”) ha recibido de manera consistente y a través de sus distintos mecanismos, información sobre diversas barreras que las mujeres en la región americana enfrentan para lograr el acceso a información sobre salud, particularmente en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Las mujeres que han sido históricamente marginadas por motivos de raza, etnia, posición económica y edad, son quienes más barreras enfrentan en su acceso a información en materia de salud y éstas se agudizan cuando la información versa sobre asuntos relacionados con la salud sexual y reproductiva. El acceso a la información está estrechamente vinculado con la realización de otros derechos humanos y, por lo tanto, la falta de respeto y garantía de este derecho para las mujeres puede ocasionar una vulneración de sus derechos, por ejemplo a la integridad personal, vida privada y familiar y a vivir libres de violencia y discriminación. El presente informe identifica y analiza los estándares internacionales y regionales desde un punto de vista de derechos humanos, sobre el acceso a la información en materia reproductiva, con la finalidad de que los Estados eliminen las barreras y garanticen y protejan efectivamente este derecho de las mujeres sin discriminación.
2. El acceso a la información es una herramienta fundamental para la construcción de la ciudadanía en los sistemas democráticos.¹ La Convención Americana sobre Derechos Humanos (en adelante “la Convención Americana”) consagra expresamente en su artículo 13 el acceso a la información, y la Corte Interamericana de Derechos Humanos (en adelante “la Corte” o “la Corte Interamericana”) lo ha interpretado como un derecho humano. La Corte señaló que al estipularse expresamente en dicho artículo los derechos de “buscar y a recibir informaciones”, se protege el derecho de toda persona de acceder a información.
3. El derecho al acceso a la información es especialmente relevante en el ámbito de la salud y específicamente en el área de la sexualidad y la reproducción ya que contribuye a que las personas estén en condiciones de tomar decisiones libres y fundamentadas respecto de aspectos íntimos de su personalidad. Bajo el sistema interamericano, el acceso a la información en materia sexual y reproductiva in-

* Extracto del informe *Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos*, CIDH, noviembre de 2011, disponible en <<http://www.oas.org/es/cidh/mujeres/docs/pdf/ACCESO%20INFORMACION%20MUJERES.pdf>>, página consultada el 1 de febrero de 2012.

¹ Relatoría Especial para la Libertad de Expresión, *Marco jurídico interamericano sobre el derecho a la libertad de expresión*, CIDH, 30 de diciembre de 2009.

volucra una serie de derechos como el derecho a la libertad de expresión, a la integridad personal, a la protección a la familia, a la vida privada y a vivir libres de violencia y discriminación.

4. En este sentido, la CIDH observa que en las últimas décadas el acceso a la información en materia sexual y reproductiva ha cobrado mucha relevancia a nivel regional e internacional. Efectivamente, la Comisión ha establecido que el pleno goce de los derechos humanos de las mujeres no es posible de alcanzar sin un acceso oportuno a servicios integrales de atención en salud, así como a información y educación en la materia para que las mujeres adopten decisiones libres, fundamentadas y responsables en materia de reproducción, incluyendo planificación familiar.² Además ha referido que la información y la educación habilita a las mujeres para adoptar decisiones a todos los niveles y en todas las esferas de sus vidas, especialmente en el terreno de la salud, sexualidad y reproducción.
5. A nivel internacional, las disposiciones contenidas en la

Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (en adelante “CEDAW”) establecen la obligación de los Estados Partes de asegurar en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos. Específicamente el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (en adelante “Comité CEDAW”) ha subrayado que el deber de los Estados de asegurar en condiciones de igualdad el acceso a servicios de atención médica así como la información y la educación, entraña la obligación de respetar y proteger los derechos de las mujeres en materia de atención médica y velar por su ejercicio.³ Por su parte, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en adelante “Comité DESC”) ha interpretado el derecho a la salud, como un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna

y apropiada, sino también los principales factores determinantes de la salud, que incluye el acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.⁴

6. No obstante, la Comisión Interamericana ha recibido de manera consistente y a través de sus distintos mecanismos, información sobre diversas barreras que las mujeres en la región americana enfrentan en su acceso a información sobre salud sexual y reproductiva, por ejemplo, sobre el acceso limitado a información sobre servicios de planificación familiar a pesar de una alta necesidad insatisfecha de estos servicios.⁵ Asimismo ha recibido información sobre problemas en el acceso a información básica, atención médica y social adecuados en materia reproductiva,⁶ así como sobre la tergiversación en la información en materia reproductiva proporcionada por servidores públicos con fines disuasivos.⁷ También ha recibido información y ha procesado peticiones individuales respecto a la práctica de la esterilización sin el

2 CIDH, Informe núm. 21/07, Petición 161/02, Solución Amistosa, *Paulina del Carmen Ramírez Jacinto* (México), 9 de marzo de 2007.

3 Comité de la CEDAW, Recomendación General 24. La mujer y salud, párr. 13.

4 Comité DESC, Observación General 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud [artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales], E/C.12/2000/4, adoptada durante el 22º periodo de sesiones, Ginebra, 11 de agosto de 2000, párr. 11.

5 CIDH, *Quinto informe sobre la situación de los derechos humanos en Guatemala*, OEA/Ser.L/V/II.111, Doc. 21 rev., 6 de abril de 2001, capítulo XIII, Los derechos de la mujer; CIDH, *Tercer Informe sobre la situación de los derechos humanos en Paraguay*, OEA/Ser.L/V/II.110, doc. 52, 9 de marzo de 2001, capítulo VIII, Derechos de la mujer, disponible en <<http://www.cidh.oas.org/countryrep/Paraguay01sp/indice.htm>>.

6 CIDH, *Quinto informe sobre la situación de los derechos humanos en Guatemala*, op. cit.

7 CIDH, Informe núm. 21/07, Petición 161/02, Solución Amistosa, *Paulina del Carmen Ramírez Jacinto* (México), 9 de marzo de 2007.



Fotografía: María Rodríguez Cruz/CDHDF.

consentimiento de las mujeres en algunos Estados miembros de la Organización de los Estados Americanos (OEA) que en algunos casos ha ocasionado sus muertes.⁸

7. Particularmente las mujeres pobres, indígenas y/o afrodescendientes, quienes habitan en zonas rurales y las migran-

tes, son quienes enfrentan mayores obstáculos en su acceso a información sobre salud sexual y reproductiva. En algunos casos las barreras son de tal magnitud que pueden constituir violaciones a los derechos de las mujeres a la integridad personal, vida privada y familiar y a vivir libres de violencia y dis-

criminación en contravención con las obligaciones contraídas por los Estados americanos en materia de derechos humanos.⁹ Un ejemplo de dicha situación constituye la esterilización de mujeres practicada sin su consentimiento.

[...]

⁸ CIDH, Informe núm. 71/03, Petición 12.191, Solución Amistosa, *María Mamérita Mestanza Chávez* (Perú), 3 de octubre de 2003.

⁹ La CIDH ha destacado que la protección del derecho a la integridad de las mujeres en condiciones de igualdad se materializa en el ámbito de la salud materna, a través de la provisión de información y educación en la materia para que las mujeres adopten decisiones libres, fundamentadas y responsables en materia de reproducción, incluyendo la planificación familiar.

Recomendaciones

116. El presente informe ha reseñado los principios mínimos que los Estados miembros de la OEA deben observar para garantizar la protección del derecho al acceso a información en materia reproductiva en condiciones de igualdad. La Comisión espera con sus recomendaciones, contribuir con los esfuerzos de los Estados en esta materia:

1. Adecuar el ordenamiento jurídico interno sobre acceso a la información y educación sobre salud sexual y reproductiva a los estándares internacionales en materia de derecho de acceso a información con los que los Estados se han comprometido a seguir, y que las políticas y programas elaborados con la participación de las propias mujeres, tengan consistencia con las metas establecidas por los Estados para mejorar el flujo de información en materia reproductiva.
2. Analizar, desde los órganos legislativos, ejecutivos y judiciales y mediante un escrutinio estricto, todas las leyes, normas, prácticas y políticas públicas en el ámbito de la salud para que garanticen el derecho al acceso a la información en materia sexual y reproductiva y la obligación estatal de brindarla. En consecuencia deben asegurar que

la información que se brinde sea oportuna, completa, accesible, fidedigna y ofensiva.

3. Incorporar procedimientos administrativos sencillos, efectivos e idóneos que puedan ser utilizados por todas las personas para solicitar información requerida.
4. Incorporar procedimientos judiciales eficaces, para la revisión de decisiones de funcionarios públicos que nieguen a las mujeres el derecho de acceso a una determinada información o que simplemente omiten dar respuesta a la solicitud.
5. Garantizar la confidencialidad en el acceso a información en materia sexual y reproductiva.
6. Asegurar la obligación de los profesionales de la salud de informar a las mujeres sobre su salud para que éstas puedan adoptar decisiones libres, fundamentadas y responsables en materia de sexualidad y reproducción.
7. Asegurar que la información proporcionada esté adecuada al público que la requiere, especialmente para que las mujeres que hablen otras lenguas puedan acceder a la información en sus propias lenguas.
8. Establecer protocolos para el acceso efectivo a la información cuando se presentan casos de objeción de conciencia.
9. Revisar las normas penales que obligan a los profesionales de la salud a violar la confidencialidad y el secreto profesional

según los estándares internacionales sobre la materia.

10. Garantizar el acceso a la historia clínica de las pacientes que la requieran y establecer mecanismos de sanción frente al incumplimiento de tal disposición.
11. Implementar medidas para que los sistemas de información, reflejen de manera adecuada la situación a nivel nacional y local de la salud de las mujeres, tales como cifras de necesidades en planificación familiar, morbi-mortalidad materna, mortalidad neonatal, y sus causas, con la finalidad de tomar decisiones y acciones efectivas.
12. Establecer políticas sistemáticas de capacitación y entrenamientos de funcionarios estatales sobre el derecho al acceso a la información en todos los ámbitos estatales.
13. Promover la difusión masiva de información sobre la salud y los derechos de las mujeres indígenas, afrodescendientes y las que habitan en zonas rurales, para garantizar su participación efectiva en la toma de decisiones sobre su salud reproductiva e integrar a las adolescentes con un enfoque en la prevención de la maternidad temprana.
14. Que los presupuestos nacionales contemplen la producción de estadísticas confiables en materia de salud sexual y reproductiva desagregada como mínimo por sexo, género, etnia y edad.

Madres adolescentes

“La verdad, me apendejé”**

MÓNICA CRUZ*

Cada vez se registra un mayor número de jóvenes que se embarazan. Tres de cada 10 mexicanas se convierten en madres antes de cumplir 20 años. A pesar de que hoy se cuenta con más información sobre sexualidad y métodos anticonceptivos, la tasa de fecundidad adolescente está en los niveles de 1990. Chicas y chicos de 15 a 19 años no saben cómo protegerse o, aunque conozcan el condón y la píldora, por ejemplo, deciden no usarlos. Los expertos tratan de hallar una explicación a este fenómeno y observan dos elementos: primero, el gobierno federal ha abandonado por razones ideológicas las campañas de planificación familiar; segundo, que ha crecido el número de embarazos deseados entre las jóvenes porque ante la falta de expectativas para el futuro se conforman con un bebé en el presente.

Nada. Resulta inútil levantar la voz, agitarse, insistir en todos los tonos posibles.

—¡Frisia, abre la puerta! —grita de nuevo Héctor, su padre.

No hay respuesta del otro lado.

Héctor golpea con los nudillos mientras se recarga en la puerta de madera, se aferra a la perilla, insiste y repite el nombre de su hija una y otra vez.

—Ya le dije que ustedes llegaron, pero no quiere salir de la recámara —intenta explicar María, la madre de Frisia.

Nada. La joven de 19 años no piensa abrir la puerta de la recámara de esta apretadísima casa, de unos 40 metros cuadrados, en la que se desborda la tensión.

—¡Frisia, Frisia! —vuelve a la carga, infructuosamente, Héctor ante la presencia de dos extraños que atestiguan que su hija no le hará caso.

Él sigue tocando, María está a punto del llanto. Tiene el rostro enrojecido y aún conserva rastros de la discusión que acaba de sostener con su hija.

—Es que se enteró de que otra vez está embarazada. Siempre que se embaraza se deprime—atina a decir y tratar de justificar lo que no tiene por qué.

—Déjela, no hay problema. Llegamos en un mal momento, mejor nos vamos...

Es una escena incómoda para la familia, que vive en Tepito, en una casa de interés social construida por el gobierno del DF luego del terremoto de 1985, cuyo exterior ya muestra las huellas del deterioro de un cuarto de siglo.

* Periodista de *emeequis*. Contacto: <mcruz@m-x.com.mx>.

** Reportaje publicado el 24 de enero de 2011 en *emeequis*. Agradecemos la autorización para su reproducción. Disponible en <<http://www.m-x.com.mx/xml/pdf/246/36.pdf>>, página consultada el 7 de febrero de 2012.

Referencias

Ninguno de los padres consigue que Frisia salga de la habitación. María no puede más y comienza a llorar, primero discretamente y luego las lágrimas escapan a su control.

—Yo le dije que se tomara las pastillas, pero la mensa me decía ‘Ay, no, es que engordan’. La llevé a que se hiciera una prueba y ayer me dieron los resultados. Ella me decía ‘No, mamá, no quiero saber’, pero hoy le dije y por eso está así. Tiene un mes de embarazo.

María solloza sin control. Ya sabe lo que le espera:

—Y ahora me voy a tener que ocupar de ella, de este niño y del que viene.

Se refiere a su nieto, Jonathan, de dos años, primer hijo de Frisia, quien lo tuvo a los 16 años. El pequeño juega a un lado de su abuela, arrastrando por el piso un carrito de plástico rojo.

María llora con más fuerza, se cubre el rostro con la mano.

—Pero todavía están a tiempo, ¿no? Todavía puede...

María sacude la cabeza y reacciona enseguida ante la interrumpida insinuación.

—No, no, yo no creo en eso del aborto. Aquí recibimos a todos los hijos que Dios nos manda.

No hubo poder humano que hiciera salir de la habitación a Frisia esa tarde. Ella no quiso platicar, pero sí lo hizo Jazmín, su mejor amiga. Saben todos los secretos una de la otra. De hecho, Frisia diagnosticó

el embarazo de Jazmín antes que cualquier médico.

“Fue la primera que supo, yo le dije que se había atrasado mi regla. Nada más me vio y me dijo ‘Sí, tú estás embarazada.’”

Una prueba de sangre terminó por corroborar la corazonada de Frisia. Jazmín tenía 15 años.

Su hermana Anahí fue la segunda en enterarse de la noticia. Al día siguiente le consiguió un par de pastillas para interrumpir el embarazo. “Ándale, tómatelas —le ordenó—. Es lo mejor. Mi mamá te va a matar si se entera.”

Jazmín recuerda estar frente al retrete de su estrecho baño mirando las dos pastillas hexagonales en la palma de su mano. No se atrevía a tragárselas. “Me daba miedo que me fuera a pasar algo, que me doliera o sangrara mucho.”

También contaba su creencia de que “le causaría un daño al bebé”. Eso fue lo que la convenció de cancelar el plan. Jazmín coloca las manos sobre su abdomen y sigue contando. “Yo le dije a mi hermana ‘Toma tus pastillas, no las quiero.’”

Los días siguientes fueron los peores. La angustia no la dejaba comer, dormir, pensar. Tendría que decirle a Enrique, su novio, que en unos meses se convertiría en padre. No pudo elegir peor día para revelarle su condición.

Al salir del cine, casi de noche, una fuerte lluvia los empapó. Él estaba furioso. Condujo su moto a toda velocidad y no le dirigió la palabra a Jazmín en todo el camino de regreso a Tepito.

—Vamos por unas quesadillas para que se te baje el enojo—sugirió la muchacha al llegar a su vecindad en la calle Mineros.

Enrique aceptó sin mucha gana.

Antes de que les entregaran las quesadillas, Jazmín alejó a Enrique del resto de los comensales.

—Estoy embarazada —susurró.

El joven de 15 años no habló, tampoco miró a su novia. Tras unos segundos contestó:

—Voy a hablar con tu mamá, le voy a decir que nos vamos a juntar.

Jazmín sintió un ligero alivio. El plan de vivir juntos no la entusiasmaba mucho, pero por lo menos Enrique estaría a su lado cuando le diera la noticia a su mamá.

Ese día nunca llegó.

En las semanas siguientes, Enrique encontró un sinnúmero de pretextos para alejarse de ella. Un día lo buscó sin éxito por todo el barrio. Más tarde, Adrián, el hermano mayor de Enrique, le revelaría su paradero. “Está en el reclusorio, lo agarraron robándose un coche.”

Jazmín tenía dos meses de embarazo.

Ya no podía ocultar su vientre abultado bajo la sudadera. Ya no podía postergar el momento más difícil en sus 15 años de vida: confesarle a su madre, Elena, que estaba embarazada.

La tolerancia de Elena era bastante limitada. Si las calificaciones de su hija bajaban un poco, le pro-

había salir de su casa. Si llegaba unos minutos después de las 11 de la noche, cerraba la puerta de la entrada con llave y la dejaba afuera. Jazmín no se atrevía a imaginar su reacción ante el anuncio de su embarazo, pero no tardaría mucho en averiguarlo.

Se lo dijo una noche cuando descansaban en el sillón frente al televisor. El rostro de Elena, naturalmente severo, se contrajo en un ataque de furia. Jazmín aún recuerda su voz iracunda: “¿Cómo es posible?! ¿Por qué no te cuidaste?!”

La adolescente no pudo contestar esa pregunta. Incluso tres años después de aquella noche, no encuentra una explicación.

“No sé... no se me ocurrió, no pensaba bien”, murmura. Apenas se escuchan sus palabras. Se encoge de hombros y clava la mirada en sus pies.

No era que estuviera desinformada. Conocía los anticonceptivos, algunas de sus amigas los usaban, sabía que podía embarazarse si tenía relaciones sexuales sin protección. Y más de una vez le pidió a Enrique que usara condón, pero la petición siempre terminaba en pleito.

—¿Qué, no me tienes confianza? ¿Crees que me ando acostando con otras, que te voy a infectar?

—No, no es por eso. Es que, si quedo embarazada, ¿qué vamos a hacer?

—Pues nos juntamos, tenemos al bebé y ya.

Ahí terminaba la discusión.

La chica inclina la cabeza y sonríe a medias tras remover sus recuerdos. “Ya sabes cómo te hablan bonito y después dejas de pensar.”

Sus ojos, rodeados por una estela de polvo plateado, esquivan cualquier otra mirada.

Jazmín abandonó la escuela. No terminó el segundo año de secundaria. Se quedó en su casa. Quienes la visitaban la encontraban siempre en la misma posición: desparramada en el sillón azul con cojines amarillos, chupando cubos



Referencias

de hielo sin quitar la vista de la televisión. Lo único que cambiaba era el tamaño de su barriga.

Fingía concentrar su atención en las telenovelas y los programas de concursos, pero en realidad se ponía a imaginar un futuro que no deseaba presenciar.

“Pensaba en cómo le iba a hacer con el bebé, en el parto, en la escuela... No me gustaba estar sola porque me clavaba en esas cosas.”

Ese futuro al que tanto le temía llegó el 11 de mayo de 2008. Ingresó al Hospital de la Mujer a las 11 de la noche. Aún no olvida el dolor de las contracciones y de la punzada de la inyección de anestesia y el profundo sueño que sintió unos segundos después.

“No te duermas, ¿no quieres ver nacer a tu bebé?”, le susurraba la enfermera mientras le acariciaba la cabeza. Jazmín apenas podía mantener los ojos abiertos. Lo único que quería era dormir, descansar, dejar de estar embarazada. Apenas vio un cuerpo diminuto en las manos del médico, se dejó caer en la cama y se durmió profundamente.

A la mañana siguiente vio a Sa-yuri por primera vez. Estaba a su lado, envuelta en una cobijita blanca. Sin despegar la cabeza de la almohada, leyó la información en la banda que envolvía la muñeca de la recién nacida. Fecha de Nacimiento: 12 de mayo de 2008. Peso: 2.440 kilogramos. Sexo: Femenino.

“Estuve a dos días de ser madre el Día de las Madres”, dice y suelta una carcajada.



Fotografía: Eduardo Loza/emequis.

Jazmín no tenía muchas ilusiones de ser madre cuando estaba embarazada, pero al ver a Sayuri por primera vez en el hospital, se le despertó “un cariño” difícil de explicar.

“No sé, es raro —mira al techo en busca de palabras—. Siento esa necesidad de cargarla, de abrazarla, de dormir con ella, de estar con ella.”

Pero ser madre a los 15 años no es una situación idílica. Desde el nacimiento de Sayuri, Jazmín entró a una ajetreada rutina con pocos momentos de descanso. “Son demasiadas cosas: cambiarle los pañales, darle de comer, llevarla al doctor, bañarla, vestirla... ¡es mucho trabajo! No tengo tiempo para nada más.”

Lo más difícil son los gastos. La joven depende completamente de su familia. Su mamá paga una parte con el dinero que su papá envía desde Nueva York, donde trabaja en un restaurante desde hace cuatro años. Otra parte la paga su hermana Anahí. Y Adrián, su cuñado.

Jazmín no niega el amor por su hija, pero no le recomendaría a ninguna chica de 15 años seguir su ejemplo.

“Tengo una amiga que está embarazada y yo le digo que no sea tonta, que no lo tenga, va a sufrir mucho cuando su bebé le pida algo y no pueda comprarlo, cuando su novio no la apoye, cuando no pueda estudiar.”

Desde los 11 años Jazmín soñaba con ser médica. Miraba con

admiración a los doctores que atendían a su mamá y a sus hermanas. Se imaginaba corriendo por los pasillos de un gran hospital con una bata blanca y un estetoscopio alrededor del cuello, lista a escuchar el corazón de bebés y niños para salvarlos de terribles enfermedades.

Todavía no renuncia a su aspiración. “Quiero seguir estudiando. Estoy esperando a que Sayuri sea más grande para que vaya a la escuela y a mí me dé tiempo de estudiar.”

Hace frío en estos días de enero. Son las cinco de la tarde y Jazmín camina por el barrio de Tepito con Sayuri en los brazos. Ignora a un grupo de hombres que forman un círculo en medio de la calle Mineros; entre ellos está Enrique, que desde hace dos años salió libre. Él también ignora a su ex novia y a su hija.

Las dos se dirigen a casa de Karla, quien tiene 16 años de edad y cinco meses de embarazo.

Los resultados del último Censo Nacional de Población rebasaron las proyecciones de Luis Muñoz, supervisor médico de Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MexFam).

“Pensé que obtendrían una cifra de 108 millones. Cuando leí que somos ¡más de 112! me fui de espaldas... Pero este dato es lógico si se observa que la tasa de fecundidad adolescente se mantiene igual, si se documentan casos de mujeres

menores de 20 años que tienen tres hijos. Es realmente espantoso.”

Según un estudio de MexFam publicado en 2010, en México, tres de cada 10 jóvenes se convierten en madres antes de cumplir los 20 años.

“Esta proporción no ha cambiado desde la década de los noventa”, asegura Muñoz.

El especialista en salud reproductiva adolescente explica que los porcentajes de edad también se han mantenido inalterables.

“La mayoría de estas adolescentes tienen entre 17 y 19 años. Afortunadamente no hemos notado un aumento en embarazos de mujeres más jóvenes, de 10 a 14 años.”

Para el médico resulta paradójico que esta cifra se conserve igual a pesar que los adolescentes tienen más acceso a la información. “En internet pueden encontrar información sobre todos los anticonceptivos, incluso algunos que no están disponibles en México, pero no los utilizan o no los utilizan bien.”

Muñoz ofrece otro dato revelador: 80% de los adolescentes que usan métodos anticonceptivos “no los usa bien”.

“En nuestros talleres siempre pregunto quién utiliza condones y casi todos alzan la mano; luego pregunto quién los sabe utilizar bien y todos titubean. Entonces compruebo que la mayoría no lo saben colocar.”

En su opinión, las campañas y programas de prevención de embarazo adolescente y salud reproductiva no sirven si se sigue en-

Referencias

señando sobre sexualidad con base en el miedo.

“Debemos terminar con la costumbre de regañar a los adolescentes, de asustarlos, de sermonarlos. El éxito de estas campañas y talleres depende de las ideas que aportan los mismos jóvenes, de su participación.”

Karla no se pierde un episodio de la telenovela *Teresa*. La protagonista es una joven de ojos azules, largo cabello ondulado y cuerpo seductor que nació en un ambiente de pobreza, pero eso no la inhibió para soñar en grande; aprendió a recurrir a sus encantos para seducir a hombres con dinero y así cumplir sus ambiciones.

“Me gustaría ser como ella —admite Karla—. Ojalá estuviera así de buena”, comenta y ríe sin ganas, como si necesitara hacer un enorme esfuerzo.

No sólo admira la belleza de su personaje favorito. “Teresa es lista y sabe lo que quiere. Estaba enamorada de un chavo pobre pero lo dejó para casarse con un hombre rico. El otro ya no es pobre, se superó y tiene dinero. Ahora sí lo pela.”

La chica de 16 años fantasea con la vida ficticia de Teresa sentada en los escalones de cemento de su vecindad en Tepito.

Recarga la cabeza en el barandal de fierro oxidado y juega con las tiras que cuelgan del cuello de su sudadera. Tiene las piernas do-

blabas a la altura del pecho, posición que oculta sus cinco meses de embarazo.

Karla y Jazmín se conocieron en su infancia. Una cuadra separa sus edificios en Mineros. Se hicieron amigas cuando Karla tenía ocho años y Jazmín, 10. Bote pateado, congelados, las escondidas, cualquier juego era divertido siempre y cuando las mantuviera afuera de sus casas.

Esas tardes quedaron lejos. Ahora Jazmín tiene una hija de dos años, Sayuri, que sube a gatas los escalones donde Karla está sentada. En cuatro meses, ella tendrá un hijo.

No, tampoco planeó embarazarse.

A su novio Samuel, de 26 años, no le gusta usar condones y Karla no tomaba anticonceptivos porque los creía innecesarios.

“Calculábamos los tiempos para que no me embarazara... pero nos falló.”

En octubre pasado Karla comenzó a sospechar un mal cálculo. Siguió el consejo de sus amigas: esperó un mes a que llegara su menstruación y cuando esto no sucedió se hizo una prueba de embarazo, que confirmó sus temores.

Sólo su hermana menor, Brenda, sabía el secreto. En un descuido lo mencionó enfrente de su padre y echó a perder el meticuloso plan de Karla para anunciar su embarazo en el momento indicado.

—¡No, papá, por favor! —imploraba Karla mientras su padre



Fotografía: Joaquín J. Abdiel/CDHDF.

marcaba el teléfono de Samuel. El llanto y los ruegos de su hija no lo detuvieron.

—Bueno...

—Habla el papá de Karla. ¿Sabías que está embarazada?

—No, señor.

—Bueno, pues ahora ya lo sabes, ¿qué piensas hacer?

—No se preocupe, yo me voy a encargar de ella y del bebé. Vamos a vivir juntos.

La furia del padre de Karla aminoró cuando terminó de hablar con Samuel, pero ella no estaba de acuerdo con el plan.

—Papá, ¿y si mejor no tengo al bebé? —su pregunta rompió la fugaz calma que había menguado la tormenta.



—¡Lo vas a tener! —gritó su padre—. Vas a hacerte responsable de tus acciones.

Ese fue el fin de la discusión. En casa de Karla la palabra de su padre es ley, aunque él no viva ahí.

Karla dejó de asistir a la preparatoria por órdenes de su papá. Esta vez, estuvo de acuerdo con él. “Me daba pena llegar a clases con mi panza.”

No extraña la escuela. Su primer semestre en el Colegio de Bachilleres plantel 10 fue decepcionante. “Los maestros no iban a las clases o las clases eran muy aburridas.”

Sus horas de clase las pasó en fiestas que se hacían en casas de amigos de los amigos, con bocinas tocando salsa a todo volumen, vasos de plástico llenos de ron y refresco, chicas riendo ruidosamente al ver los torpes pasos de baile de otros.

Karla reprobó todas las materias del primer semestre excepto educación física. Su embarazo acabó con cualquier posibilidad de cursar el segundo semestre, pero se prometió que continuaría estudiando después de dar a luz.

“Quiero acabar la prepa, pero quiero ir a una escuela de uniforme, en éstas hay más reglas, más orden”, dice.

Un certificado de preparatoria sería la oportunidad de salir de casa para trabajar, para ser como Mariana, su hermana mayor, la persona que más admira.

—A ella le tocaron muchas de las broncas de mis papás, por eso se fue a vivir con mi abuelita. Terminó la prepa y estudió un semestre de derecho.

—¿Y por qué no siguió estudiando?

—Porque se embarazó... pero ella sí tiene un título de la prepa y es muy inteligente, consiguió trabajo en un banco.

Karla, al igual que Jazmín, atesora la ilusión de ser doctora y trabajar en una sala de urgencias, y de vivir en una casa bonita pero

Referencias

sencilla. “No quiero que sea fea o muy chiquita, pero tampoco quiero vivir en una mansión.”

Ese es el único futuro en el que piensa Karla. El incierto. El otro, el inevitable, que vendrá dentro de unos meses, prefiere dejarlo a un lado por ahora.

Sayuri salta en los escalones de cemento y hace vibrar el barandal de fierro oxidado. Karla la mira, pero hay algo en su expresión que le hace aclarar a Jazmín: “No le gustan mucho los niños”.

La aludida asiente con la cabeza. “Dicen que cuando tienes un hijo eso cambia, pero no sé. A veces me siento feliz de que voy a tener un bebé, a veces me da miedo. Me acuerdo de todo lo que le pasó a ésta”, dice apuntando con la cabeza a Jazmín.

Karla no sabe cómo mantendrá a su bebé y definitivamente no desea pensar en eso ahora. Lo que sí sabe es que no quiere vivir con Samuel, a pesar de la insistencia de él y de que si accediera no tendría que preocuparse por el dinero.

“Una cosa es ser novios y otra es vivir juntos con un bebé. Todo cambia. De por sí siempre nos estamos peleando. Imagínate si nos juntamos.”

Otro dilema que ha resuelto es el nombre para el bebé. “Si es niño, Axel; si es niña, Alexandra. Me gusta cómo suenan.”

Las demás decisiones las dejará para después. De momento la abrumada Karla sólo espera el

paso de los meses en su casa. Las telenovelas la acompañan en su espera. Le gustan todas las del canal 2, pero ninguna como *Teresa*, la chica de vecindad que renunció al amor de su novio pobre por casarse con un magnate, la chica lista que sabe lo que quiere.

—Entonces, ¿te gustaría ser como ella?

—Sí... pero ya qué.

El miedo y la falta de información no son los únicos factores que mantienen el embarazo adolescente en los mismos niveles desde 1990.

Esperanza Delgado, directora de Información y Evaluación de MexFam, detecta un problema más grave: por razones ideológicas o religiosas hay estados de la república que no siguen los lineamientos y las normas federales de salud.

—Hay una grave falta de abastecimiento de métodos anticonceptivos en hospitales públicos de varios estados, eso es un factor determinante en la tasa de fecundidad, no sólo de adolescentes.

—¿Cuáles estados?

—Dos ejemplos. En Guanajuato las autoridades obstruyen la venta de la píldora de emergencia abiertamente. Declaran que no quieren fomentar la sexualidad en los adolescentes, el sexo fuera del matrimonio. En San Luis Potosí ni siquiera venden la píldora.

—¿Qué factores mantienen en el mismo nivel de 1990 las estadísticas de embarazo adolescente?

—Siempre responsabilizamos al sector salud de la sexualidad adolescente, pero la instancia que tiene la mayor obligación sobre los jóvenes es la SEP: todas las escuelas deben llevar un programa de educación sexual idéntico, pero en la realidad son los directores los que deciden si lo implementan o no, o los profesores a veces se brincan temas porque no los creen apropiados.

El retroceso en programas de planificación familiar en la última década es notorio —continúa Delgado—. Este país logró reducir tasas de fecundidad gracias a sus programas de planificación familiar. En realidad obtuvieron resultados positivos. Llevamos dos sexenios en los que estas campañas prácticamente no existen. El problema es que el gobierno federal no manifiesta su opinión sobre la sexualidad adolescente. No dice que está en contra ni a favor. Crea programas que se quedan en los escritorios.

—¿Existe algo nuevo en el embarazo adolescente?

—No hay datos cuantitativos, sólo cualitativos, pero notamos que ahora son más comunes los embarazos deseados en adolescentes. Esto está vinculado con una falta de motivación, no hay planeación a futuro en los adolescentes. La falta de empleo y oportunidades de educación los desmotiva y adoptan el embarazo como un plan de vida. Esto hay que estudiarlo a fondo.

La habitación de Andrea, podría ser la de cualquier chica de 19

años. Una montaña de muñecos de peluche adorna la base del buró, la pared junto a su cama está decorada con un *collage* de decenas de fotos de sus amigos, su familia y su novio, las repisas al lado de su cama están llenas de películas y discos de música.

Pero hay un objeto que no encaja con el resto de sus pertenencias: una cuna de madera que ocupa casi la mitad de la habitación. Su base está cubierta por una cobija rosa pastel con encaje. Pequeñas rayas horizontales recorren todo su perímetro, como si alguien las hubiera tallado con una navaja. Son las marcas de la dentadura de la bebé que duerme ahí. La molestia por la salida de sus primeros dientes le obliga a morder todo lo que encuentra, hábito común en los nenes de un año.

Se llama Isabela y comparte el cuarto con Andrea, su madre.

Es muy urbana la anécdota de cómo Benjamín conoció a Andrea. Viajaba a bordo del microbús Ruta 2 que va del Metro Chapultepec a Cuitláhuac cuando la vio por primera vez. Estaba sentada a su lado. Platicaron durante todo el trayecto. Y, por supuesto, le pidió su teléfono antes de bajar del autobús. Comenzaron su noviazgo unas semanas después.

Los métodos anticonceptivos nunca estuvieron presentes en la relación de Andrea y Benjamín. “Soy muy distraída, nunca me hubiera acordado de tomarme las pastillas, y el parche me lo hubieran cachado mis papás”, reconoce Andrea. Ella confiaba en la exacti-



Fotografía: Christian Palma/emeekis.

tud de su ciclo menstrual. “Yo era muy regular...”, afirma, hace una pausa de segundos y continúa en voz baja: “...La verdad es que me apendejé.”

Se embarazó por primera vez siete meses después de conocer a Benjamín. Sus papás la llevaron a una clínica particular donde le practicaron un aborto por legrado.

Volvió a embarazarse. Un segundo aborto era inconcebible para ella. “Esta vez no me iban a quitar a mi bebé, por eso les dije a mis papás que estaba embarazada hasta que tenía cinco meses.”

Escuchar la revelación por segunda ocasión fue devastador. Sus padres no comprendían por qué Andrea sonreía de oreja a oreja.

“Yo estaba muy feliz, les dije que no se preocuparan porque yo quería tener al bebé. Por eso mi embarazo no se convirtió en un problema, para mí no era un problema.”

Andrea compró juguetes y ropa para niña, observaba por horas fotos y comerciales de bebés. “No planeo embarazarme, pero cuando lo supe, me emocioné mucho. Siempre quise ser mamá, desde chiquita quería un bebé.”

Andrea no dejó de estudiar. Siguió asistiendo a clases en el Colegio de Ciencias y Humanidades durante su embarazo. Incluso entregó su trabajo final de Técnicas de Comunicación el mismo día que parió. Estaba en quinto semestre.

Desde que Isabela nació, su abuela la cuida en las mañanas mientras Andrea acude a la escuela. Hace un año concluyó el CCH. Ahora estudia en la UNAM. Cursó el primer semestre de la carrera de actuaría y después se pasó a administración de empresas.

“Descubrí que se me dan los números pero no las letras, además me decidí a cambiar de licenciatura porque me gustan los negocios.” Andrea vende cosméticos Avon y zapatos del catálogo Price Shoes para cubrir los gastos de Isabela.

“Mis papás nunca me negarían unos pañales o verduras para su comida, pero es mi hija, yo pago por todas sus cosas.”

De vez en cuando las presiones de cuidar a Isabela hacen tentadora la idea de dejar la escuela y aceptar la oferta de Benjamín de mantenerlas a ella y a la niña.

“A veces me dan ganas de decir que sí... Entonces Jorge, mi novio, me convence de seguir estudiando, de terminar mi carrera. Tiene razón.”

En la habitación de Andrea hay una torre de videos. La caja de una de ellas resalta de entre las demás. Es *Juno*, el filme estadounidense sobre una chica de 16 años que se embaraza después de su primera relación sexual. Juno descubre que no está lista para ser madre y da su bebé en adopción.

A Andrea le gusta mucho la película, pero no se identifica con Juno. “Yo no hubiera dado en adopción a mi bebé, nunca podría hacer eso.”

Tampoco tendría otro bebé en este momento. “Apenas puedo con una. Por eso cuando el doctor me preguntó que si quería ponerme el DIU, luego luego dije que sí.”

Si una de sus amigas estuviera embarazada y buscara su consejo, Andrea sólo le diría una cosa: “Es tu decisión, ninguna opción es mala, siempre y cuando lo decidas tú.”

Isabela apunta hacia el techo de la habitación, de donde cuelga un canario Piolín de peluche montado en un globo aerostático también de peluche. “Quiere que lo baje, pero es un argüende.” Andrea escombra en una esquina de la recámara y saca un carrito en forma de cocodrilo.

Isabela sonríe, toma el carrito del asa y sale corriendo de la habitación.



Te invitamos a escuchar a
Luis González Placencia
el ombudsman capitalino
hablando acerca de temas de interés
sobre derechos humanos

martes
9:00 hrs.

18 años

Trabajando por tus derechos



contigo

107.9
Horizonte FM
radio
Antena Radio

**COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS
DEL DISTRITO FEDERAL**

Oficina sede

Av. Universidad 1449,
col. Florida, pueblo de Axotla,
del. Álvaro Obregón,
01030 México, D. F.
Tel.: 5229 5600

Unidades desconcentradas

NORTE

Payta 632,
col. Lindavista,
del. Gustavo A. Madero,
07300 México, D. F.
Tel.: 5229 5600 ext.: 1756

SUR

Av. Prol. Div. del Norte 5662,
Local B, Barrio San Marcos,
del. Xochimilco,
16090 México, D. F.
Tel.: 1509 0267

ORIENTE

Cuauhtémoc 6, 3^{er} piso,
esquina con Ermita,
Barrio San Pablo,
del. Iztapalapa,
09000 México, D. F.
Tels.: 5686 1540, 5686 1230
y 5686 2087

Centro de Consulta y Documentación

Av. Universidad 1449,
edificio B, planta baja,
col. Florida, pueblo de Axotla,
del. Álvaro Obregón,
01030 México, D. F.
Tel.: 5229 5600, ext.: 1818

www.cd hdf.org.mx

Visítanos y deja tus comentarios en:

<http://dfensor.blogspot.com/>

[facebook](#)

[twitter](#)

*Sólo desde los mantos de la libertad,
la información, la responsabilidad y la
autonomía es que las decisiones de
tener descendencia, de no tenerla o de
interrumpir un embarazo no deseado, no
planeado, podrán ser una buena noticia.*

Marta Lamas
Antropóloga y feminista