

# Los derechos humanos y la salud materna: entre el discurso del siglo XX y las prácticas del XXI

## Human rights and maternal health: among XX century discourse and practices of the XXI

Graciela Freyermuth-Enciso<sup>1</sup>

### RESUMEN

En este artículo se describe y analiza la inclusión del derecho a la salud materna en las políticas públicas de salud materna en México, así como el alcance y las limitaciones de este instrumento en las últimas décadas del siglo XX e inicios del XXI, a la luz de las desigualdades entre las mujeres mexicanas. Se identifican las diferentes formas en las que se ha incluido el derecho a la salud materna desde el derecho a la salud, los derechos sexuales y reproductivos y la mortalidad materna, considerada ya como una violación de los derechos humanos. Se realiza un recorrido desde las demandas del feminismo y se identifican los elementos que permitirán avanzar en el cumplimiento de estos derechos en México; particularmente, se describen tres casos a lo largo de tres décadas en el estado de Chiapas, que permiten reconocer los instrumentos, obstáculos y posibilidades actuales para el cumplimiento de estos derechos.

**Palabras clave:** Mortalidad materna, derechos humanos, Chiapas, políticas públicas.

### ABSTRACT

This article describes and analyzes the inclusion of the right to maternal health in maternal health policies in Mexico, as well as the scope and limitations of this mean in the last decades of the twentieth century and early twenty-first, due to inequalities among Mexican women. It identifies the different ways in which has been included the right to maternal health from the right to health, sexual and reproductive rights, and maternal mortality, already considered as a violation of human rights. It goes from the demands of feminism and then identifies items that will allow the progress in the fulfillment of these rights in Mexico, particularly, describes three cases over three decades in the state of Chiapas, which can recognize the instruments, obstacles and possibilities to fulfill these rights.

**Keywords:** Maternal mortality, human rights, Chiapas, public policy.

### INTRODUCCIÓN

Los derechos humanos nos proveen de un enfoque poderoso de intervención en salud, en la medida en que apela a los valores de justicia social y equidad, más aún si consideramos que los

gobiernos deben proteger a las ciudadanas de muertes tempranas, evitables y prevenibles, particularmente de las muertes maternas. De acuerdo con lo publicado por *United Nations* en 2010:

<sup>1</sup> Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) sede sureste. Observatorio de Mortalidad Materna en México (OMM).

Folio 229/2013 Artículo recibido: 15-03-2013 Artículo reenviado: 06-05-2013 Artículo aceptado: 13-05-2013

Correspondencia: Dra. Graciela Freyermuth Enciso. CIESAS sede sureste. Observatorio de Mortalidad Materna en México (OMM). Hidalgo y Matamoros s/n, Col. Tlalpan, Deleg. Tlalpan, C.P. 14000, México D.F. Correo electrónico: observatoriomuertematerna@gmail.com.

(...) los deberes de los Estados en materia de derechos humanos comprenden tanto la obligación de abstenerse de actuar de ciertas formas como la obligación de actuar eficazmente para prevenir la mortalidad y morbilidad materna, especialmente adoptando medidas para asegurar el acceso de la mujer a la atención de salud materna y otros servicios adecuados de salud sexual y reproductiva.<sup>1</sup>. (A/HRC/14/39.8).

En el caso de la mortalidad materna (MM) en México,<sup>2</sup> aunque es un hecho que cualquier mujer puede estar en riesgo de morir durante el embarazo, parto y posparto, en el año 2011, 75% (OMM, 2012) de las muertes correspondió a causas directas, evitables con los recursos tecnológicos y el desarrollo médico disponible (aborto, enfermedades hipertensivas del embarazo, trauma obstétrico, hemorragia y sepsis). Adicionalmente, 70% falleció dentro de una instalación hospitalaria, lo que significa que no contó con atención médica oportuna y de calidad.<sup>1</sup>

Para 2011, las mujeres que habitaban en los 125 municipios<sup>1</sup> con menor índice de desarrollo humano presentaron más del doble del riesgo de fallecer que el resto de las mexicanas. De igual manera, para 2010 se presentó una brecha similar entre las mujeres que viven en el ámbito rural y las que habitan en ciudades. Si consideramos las brechas entre mujeres no indígenas e indígenas, la realidad es más dramática pues el riesgo de morir es tres veces mayor. Asimismo, si se confronta a las mujeres que viven en municipios de muy alto rezago social con las que habitan con bajo rezago, esta diferencia crece a más del cuádruple.<sup>ii</sup> Estos hechos muestran que hay limitaciones en la calidad de los servicios y un riesgo diferencial de morir entre las mexicanas, falleciendo prematuramente y con mayor frecuencia aquéllas que viven en condiciones de vulnerabilidad.

Para el periodo 2007-2011, el Estado de México, Puebla, Chiapas, Guerrero, Distrito Federal y Veracruz presentaron 48% de las muertes maternas evitables<sup>iii</sup> en exceso, tomando como referencia a aquellos estados en donde ocurrió el menor número de muertes evitables (Campeche, Aguascalientes, Baja California Sur y Colima).<sup>3</sup>

La Figura 1 contiene los datos comparativos de las tasas de MM evitable, estandarizadas por entidad federativa, 2002-2006 y 2007-2011 y muestra que en estos dos periodos todos los estados, con excepción de Tabasco,

Chihuahua y Michoacán, disminuyeron su tasa de muertes maternas evitables en exceso respecto de la ocurrencia en el primer periodo (Figura 2).

Estos datos reflejan no solamente la disparidad del riesgo entre mexicanas sino la situación de desigualdad y discriminación. A pesar de estas incuestionables brechas y de la clara vinculación de la MM con la violación de derechos humanos, durante muchos años su instrumentación no ha sido posible y estos principios básicamente han sido declarativos.

Por ello, en este artículo me interesa dilucidar cuál ha sido la relación entre los derechos de las mujeres, la salud materna y la participación ciudadana e identificar si estamos cerca de trascender del discurso de derechos a una instrumentalización que posibilite una mejora sustancial de la salud materna.

#### *Los derechos humanos y la salud en el siglo XX*

El marco de los derechos humanos en la salud no es algo nuevo, la Declaración Universal de los Derechos Humanos data de mediados del siglo pasado y en ella se encuentran consagrados el derecho a la salud, el derecho a la integridad de la persona, a la educación, a la no discriminación y al trato digno, por demás pertinentes en los casos de MM.

La participación social es resultado de la insatisfacción de las ciudadanas con la actuación de los gobiernos, por ello no puede estar separada de la consagración y defensa de estos derechos. En México, la aplicación del enfoque de población antinatalista promovido en la Conferencia Mundial de Población de Bucarest de 1974, transformó radicalmente la política de población, ya que en ella se estableció que la planificación de la familia es un derecho fundamental de todas las parejas e individuos.<sup>iv</sup> <sup>4</sup>

Hay que recordar que se modifica el Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos con la siguiente adición: "Todos los individuos tienen el derecho de decidir de una manera libre, responsable e informada, acerca del número y espaciamiento de sus hijos". En las décadas de los setenta y ochenta las políticas públicas de salud dirigidas a la mujer giraron en torno a los programas de planificación familiar. La salud materna se encontraba en un segundo plano y la aplicación de estas políticas frecuentemente fue violatoria de los derechos humanos de las mujeres.

- i. Elaboración propia a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud (2008): Nacidos vivos estimados por municipio desde el Censo 2005 del Consejo Nacional de Población (CONAPO).
- ii. Elaboración propia a partir de datos del INEGI, DGIS, SSA, 2008: Nacidos vivos estimados por municipio desde el Censo 2005 del CONAPO.
- iii. Se considera una muerte evitable a aquélla que por la tecnología médica existente y el avance de la ciencia no debía suceder o podía ser prevenida, y la MM se encuentra en la lista de otras 48 causas que potencialmente podrían ser evitables en las muertes evitables en exceso. La evitabilidad se considera a partir de la identificación del mejor estándar en el país alcanzado para la atención de las complicaciones maternas y, por tanto, de la prevención de muertes maternas.
- iv. Derecho que fue reconocido por primera vez en la Conferencia Internacional sobre Derechos Humanos de Teherán (1968).

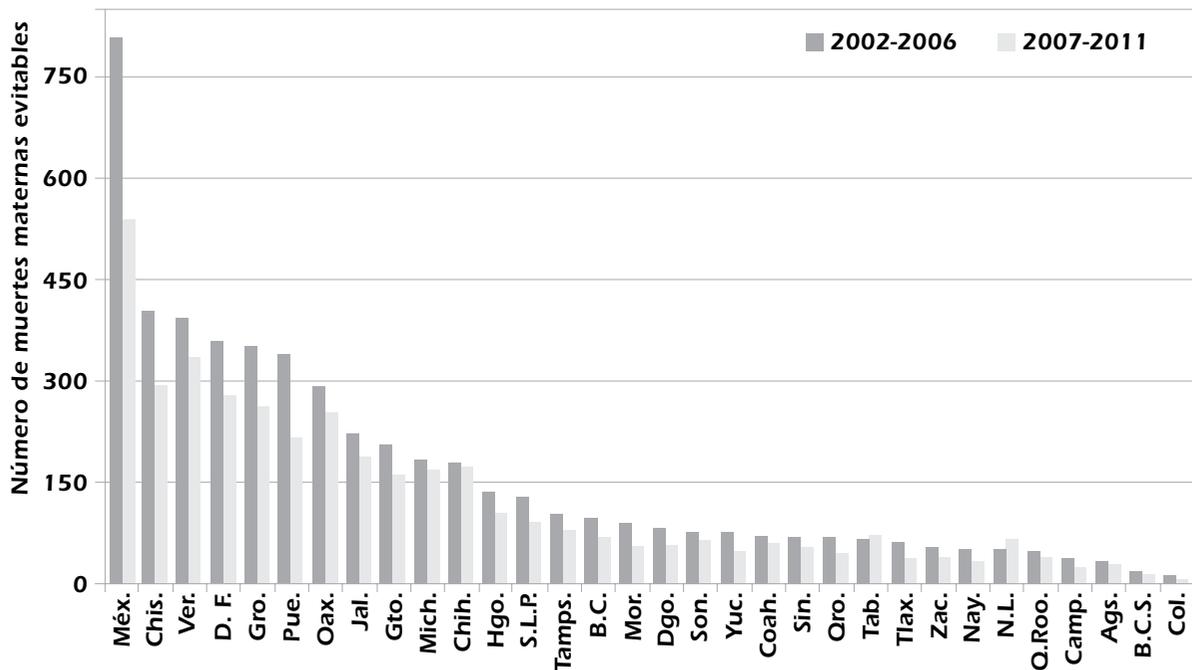


Figura 1. México. Distribución de defunciones maternas evitables según entidad de residencia habitual de la madre, 2002-2006 y 2007-2011.\*

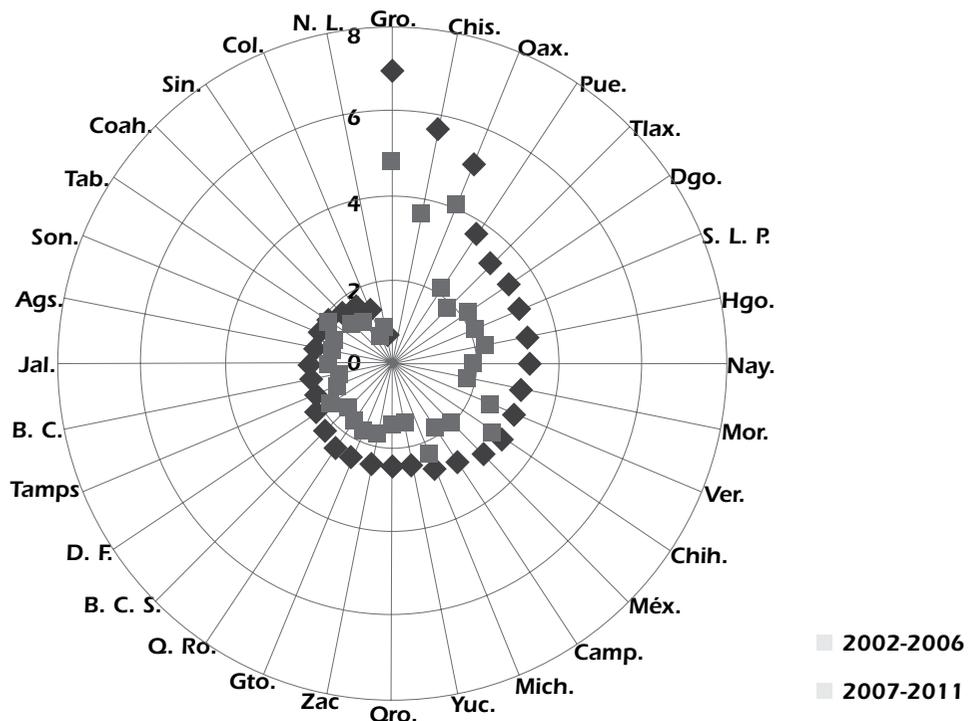


Figura 2. México. Tasas de Mortalidad Materna evitables estandarizadas por entidad federativa, comparativo de los periodos 2002-2006 y 2007-2011.\*

\* Fuente: Elaboración Freyermuth G y Luna M, con información de la base de datos sobre defunciones de la SSA: <http://www.sinai.salud.gob.mx/basesdedatos/index.html#defunciones> (consultado: febrero 2012). Para 2011 se utilizaron los datos proporcionados por la Dirección General de Epidemiología, SSA, a través del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAIVE).

En este contexto, las organizaciones del movimiento de mujeres por la salud, promovieron una agenda muy clara para la incidencia política y los cursos de acción del Sector Salud:<sup>v</sup> 5 las demandas aludían a la legalización del aborto, servicios de salud adecuados durante la interrupción del embarazo, promoción de mayor acceso por parte de las mujeres a la educación sexual y a métodos anticonceptivos y al mejoramiento de la calidad de los servicios de atención a la salud a fin de disminuir la morbilidad y la mortalidad maternas. Desde la década de los setenta se cuestionó la definición de políticas de salud sin la participación de las mujeres y se propuso la búsqueda de mecanismos para incidir en dichas políticas, con el fin de que los programas de salud dirigidos a mujeres fueran de y para mujeres. Esta agenda se vio reflejada en la Conferencia Mundial del Año Internacional de la Mujer (México, 1975).

En la Declaración de Alma Ata de septiembre de 1978, la quinta cláusula refrendaba la obligación que los gobiernos tienen de cuidar de la salud de sus pueblos, y ya se señalaba el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de la atención de salud (cuarta cláusula). El eslogan de la campaña: *Salud para todos en el año 2000* pone de manifiesto la necesidad de superar las brechas existentes entre países, regiones y estados dentro de un mismo país.<sup>6</sup>

En la década de los noventa, los movimientos de mujeres y feministas tuvieron gran participación en las reuniones preparatorias de El Cairo y Beijing, así como en la Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo (1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995). En ambas se coloca nuevamente el foco de atención en los derechos, se cambia el paradigma de la planificación familiar por un enfoque amplio de derechos sexuales y reproductivos, en el que se incluye el ejercicio de una sexualidad libre e informada, de embarazos y partos seguros y el derecho al acceso a servicios de salud de buena calidad. En la conferencia de El Cairo también se plantea reducir en 50% la MM para el año 2000 con respecto a la ocurrencia en cada país en 1990.

La Cumbre del Milenio -celebrada en el año 2000- puso de manifiesto el consenso entre los gobiernos sobre la necesidad de mejorar el acceso a la salud materna como un asunto prioritario. México -junto con otros 188 estados miembros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU)- asumió compromisos para erradicar las condiciones asociadas a la desigualdad social y la pobreza extrema de la población (a partir de los ocho

Objetivos de Desarrollo del Milenio -ODM-). El marco de los derechos humanos se encuentra en el centro de esta Cumbre y el ODM 5 se enfoca en mejorar las condiciones de salud materna a través de la reducción de 75% de las muertes maternas para el año 2015 con respecto a las cifras de 1990.

Paul Hunt,<sup>vi</sup> Relator especial de la ONU señala:

*"...los ODM ofrecen a la comunidad de defensores de los derechos humanos una oportunidad crítica de influir en las políticas y las prácticas nacionales e internacionales encaminadas a reducir la pobreza. Los Objetivos tienen mucho que ofrecer a los derechos humanos, así como los derechos humanos tienen mucho que ofrecer a los Objetivos".<sup>vi</sup> 7*

Estos antecedentes nos muestran que en estas décadas el discurso de derechos humanos, derechos a la salud, derecho a la integridad personal o los mismos derechos reproductivos han estado en el centro del debate, sin haber posibilitado su defensa. Sin embargo, existe un renovado interés para ser utilizados como instrumentos poderosos para la incidencia en políticas públicas.

Hunt, en la Conferencia IFHHRO - EDHUCASALUD de 2006, señaló algunas de las razones de la ineficacia del derecho a la salud:

- Existía poco consenso sobre el perfil y el contenido del derecho a la salud y sobre lo que realmente significaba la salud.
- Eran legales pero no programáticos o funcionales.
- Se requiere desempaquetar el derecho a la salud de forma que sea más manejable, más fácil de alcanzar.
- El reto es descubrir cómo se puede lograr que el derecho funcione, cómo puede ponerse en práctica.<sup>7</sup>

Aunque los derechos humanos nos proveen de un enfoque poderoso de intervención, sin la posibilidad de su instrumentación se convierten en letra muerta. Considero que la dificultad de su puesta en práctica no solamente responde a un problema de definición o desempaquetamiento, sino que en décadas pasadas no existían mecanismos de intervención a fin de asegurar los cambios en los cursos de la acción política. Se contaba con el enfoque, con acuerdos internacionales y con marcos legales, pero no con mecanismos que permitieran a la ciudadanía asegurar los derechos consagrados en la Constitución o en los acuerdos internacionales.

v. Las políticas públicas son los cursos de acción que toman los decisores estatales para "atender" un asunto considerado público.

vi. Abogado neozelandés. Relator Especial de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, presentado de conformidad con la Resolución 2004/27 de la Comisión.

El interés de la Asamblea General de la ONU, a fin de consagrar la MM como una violación de derechos humanos, es de preocupación reciente; así, en 2009 con la Resolución 11/8 se establece el marco que regirá a la mortalidad y morbilidad materna prevenible y los derechos humanos y para 2012 la Asamblea publica la resolución que contiene orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de políticas y programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas con la maternidad.<sup>8</sup>

#### *La contraloría social en un contexto de rendición de cuentas y transparencia*

El ejercicio de los derechos sólo es posible en un marco normativo de rendición de cuentas y transparencia en la política pública, que permita el acceso, de manera oportuna, a información estratégica que incluya mínimamente a la definición explícita de a) objetivos de políticas o programas, b) responsables de su ejecución en los distintos niveles de gobierno, y c) procesos implicados en su ejecución.<sup>9</sup> Asimismo, la defensa de estos derechos es factible en un marco de relaciones entre Estado y sociedad en donde se conciba, legitime y garantice la participación y control social de la política pública, incluyendo su monitoreo y evaluación, lo cual implica que el espacio “público” no se considere territorio exclusivo de actuación del Estado, sino también de la sociedad civil y que los mecanismos de participación social contemplen no sólo el seguimiento de la política, sino la difusión de los resultados de su seguimiento y el establecimiento de un espacio institucionalizado de retroalimentación efectiva entre los responsables de los programas y quienes realizan ejercicios de monitoreo y evaluación, a fin de aprender de los resultados para reafirmar, fortalecer y/o corregir rumbos y avanzar en una mejora sustancial del desempeño e impacto de la política pública.

En México hemos avanzado limitadamente en algunos de estos mecanismos y el riesgo es que con las alterancias de gobiernos estatales o federal y las modificaciones de su estructura, estos mecanismos que debieran ser progresivos se vuelvan regresivos.

Recientemente se han efectuado modificaciones a la Constitución a fin de fomentar la transparencia y rendición de cuentas en lo que se refiere a la armonización de la política pública (Artículo 73) y uso y fiscalización de los recursos; el Artículo 134 señala que los recursos deben administrarse con eficiencia, eficacia, honradez, economía y transparencia los Artículos 79, 116 y 122 hacen referencia al ejercicio de los recursos y las auditorías sobre el desempeño y el 109 establece un sistema de responsabilidades administrativas. Aunque estamos lejos de contar

con mecanismos que aseguren un sistema de contraloría social, estas modificaciones constitucionales son un avance hacia una política de rendición de cuentas.<sup>9</sup>

#### *Exigibilidad-justiciabilidad*

Por otro lado, la modificación del Artículo 1º Constitucional abre una ventana de oportunidad para la exigibilidad jurídica de los derechos humanos en el país. La exigibilidad como proceso legal o exigibilidad jurídica es la llamada justiciabilidad e implica la defensa de los derechos violados, ante tribunales o instancias administrativas adecuadas, que puede establecerse a partir de la modificación de la Constitución mexicana, cuyo Artículo 1º señala:

*“En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece.”*

#### *Espacios institucionalizados*

El ejercicio de estos derechos no podría ser posible sin la instauración de espacios institucionalizados que posibiliten la rendición de cuentas:

1. Acciones de información. Concretamente la publicación, generación, actualización y conservación de información por parte del Sistema Nacional de Salud, en tanto sujetos obligados de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.
2. Instancias nacionales y estatales que hacen posible el ejercicio de mecanismos de exigibilidad y/o justiciabilidad como son las comisiones de arbitraje médico (nacional y estatales) y comisiones de derechos humanos (nacional y estatales).
3. Instancias internacionales que posibiliten mecanismos de exigibilidad y justiciabilidad como son la Comisión Interamericana de los Derechos Humanos y el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, que reciben informes periódicos por parte del gobierno de México.
4. Instancias judiciales como el ministerio público.

*Tres escenarios de muertes maternas a lo largo de tres decenios en Chiapas:*

*Mujer pobre urbana.* A fines de la década de los ochenta falleció una mujer que vivía en un área urbana marginal de la ciudad de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. Tenía

27 años y era madre de dos hijos. Arribó a la clínica de campo del IMSS-Solidaridad, con un parto obstruido y no fue posible intervenirla hasta pasadas varias horas.

Los hospitales del IMSS-Solidaridad ofrecen sus servicios con médicos residentes en el último grado de entrenamiento, sin embargo cuando hay cambio de residentes, los hospitales se quedan temporalmente desprovistos de personal de salud suficiente. En estos casos, el IMSS-Solidaridad contrataba de manera extraordinaria a los médicos que laboraban en el hospital, pero adscritos al IMSS de régimen ordinario. El médico ginecólogo que se hizo cargo de esta subrogación acudió hasta el anochecer a valorar a la paciente. La mujer falleció posteriormente a la intervención quirúrgica.

Resultados. Un colectivo de mujeres, al evaluar el caso, lo consideró como un caso de negligencia médica, documentó lo ocurrido, lo difundió a la prensa y solicitó audiencia con los directivos del hospital. El objetivo era garantizar la no repetición y la aceptación de que hubo un daño. Se realizaron dos reuniones con las autoridades del IMSS-Solidaridad a niveles regional y nacional. No se concretó acuerdo alguno o modificación de los elementos que llevaron a la muerte prematura de esta mujer.

*Maestra líder sindical.* El segundo caso ocurrió a mediados de la década de los noventa. Una maestra, líder sindical de 34 años de edad con tres hijos, afiliada al ISSSTE y conocida por el servicio de ginecoobstetricia por antecedentes de cesárea previa y placenta previa. Acudió al hospital con hemorragia y fue intervenida de inmediato. Esta paciente era asmática por lo que estaba bajo medicación con broncodilatadores. Se reportó en el periodo posoperatorio inmediato como "sin complicaciones" y después de realizar la cirugía, el ginecólogo solicitó un pase de salida. Durante el transcurso de la tarde inició con sangrado, se trasladó al hospital del ISSSTE de la capital del estado en donde falleció al anochecer.

Resultados. El colectivo de mujeres documentó el caso, realizó una denuncia pública y se redactó una queja que se envió a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). Por su lado, la familia entabló una demanda penal contra el director, el subdirector y el médico tratante. Se realizó una marcha y un plantón del grupo de mujeres y de las y los maestros sindicalizados. Se solicitó el expediente clínico. El objetivo fue garantizar la no repetición, la aceptación de que hubo un daño y una indemnización.

La CONAMED realizó un dictamen en el que eximió de responsabilidad al hospital de la capital del estado y

no analizó el manejo ni la conducta que se dio en el hospital de San Cristóbal y que llevó al retardo en la atención de la urgencia obstétrica. Intervino el Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México en la conciliación entre el ISSSTE y la familia.

Los resultados fueron la destitución del subdirector y el otorgamiento de una plaza de médico en la institución al hermano de la fallecida. No se obtuvo acceso al expediente clínico.

*Mujer indígena.* El tercer caso ocurrió en Palenque en 2012 y correspondió a una mujer indígena joven de 31 años de edad con seis embarazos, cinco partos y cinco hijos vivos, conocida por el hospital y bajo control prenatal en una unidad médica rural del IMSS-Oportunidades, afiliada al Seguro Popular. Arribó al hospital enviada de la clínica rural con diagnóstico de óbito fetal y preeclampsia leve. Ingresó a las 17 horas del 8 de marzo y se le inició inducción de parto y manejo para preeclampsia, no hubo respuesta a la inducción y se intervino quirúrgicamente a las 13 horas del 9 de marzo, falleciendo una hora después -en el posoperatorio inmediato- por hemorragia posparto, causada por atonía uterina y desgarro de cérvix uterino y de vagina de tercer grado.

Resultados. El caso fue documentado y seguido por la organización Salud y Desarrollo Comunitario, A.C. (SADEC) y Casa de la Mujer de Palenque. Se solicitó el expediente clínico, la intervención del Comité Promotor por una Maternidad Voluntaria y Segura en Chiapas y del OMM, que envió nota con análisis del caso a la SSA. Ejidatarios y representantes de las comunidades de la zona fronteriza Palenque-Ocosingo se inconformaron por el caso y reclamaron un trato digno y el mejoramiento de la calidad de la atención. La familia, junto con la SADEC y Casa de la Mujer solicitaron la intervención de las comisiones de arbitraje médico nacional y estatal. Se establece un dictamen y la solicitud de indemnización por parte del médico tratante. No hay acuerdo entre las partes. La familia no optó por la vía judicial y solicitó la intervención de la Comisión Estatal de Derechos Humanos (CEDH), se estableció en el caso la violación de los derechos de la paciente a su integridad personal, por discriminación de género, por condiciones de pobreza y étnica, así como la violación del derecho a la información que se concretó en la negativa a proporcionar el expediente clínico.<sup>10</sup> La CEDH coadyuvó en la conciliación entre la familia y los Servicios Estatales de Salud de Chiapas. Se estableció la restitución del daño a través de: 1. Indemnización, 2. Rehabilitación, 3. Satisfacción y 4. Garantías de no repetición.<sup>vii 11</sup>

vii. La ONU ha aprobado los "Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones" en el que se desarrollan claramente todas estas formas de reparación.

*La mortalidad materna como violación a los derechos humanos*

*Los derechos humanos y la mortalidad materna.* La Comisión Interamericana de los Derechos Humanos (CIDH) ha proporcionado un marco para la exigibilidad ya que considera a la MM como una violación a los derechos humanos y señala como obligaciones de los estados: respetar y garantizar los derechos humanos sin discriminación, particularmente el derecho a la integridad personal a fin de contribuir a superar las desigualdades en el acceso a servicios de salud materna, entendida esta última como la salud de las mujeres durante el embarazo, parto y el periodo posterior al parto, asegurando que todas las mujeres, particularmente quienes han sido históricamente marginadas, gocen de un acceso efectivo a estos servicios. El derecho a la integridad personal se relaciona con principios básicos de derechos humanos, como la igualdad, privacidad, autonomía y dignidad.<sup>11</sup>

Los tratados internacionales señalan que:

- Las mujeres tienen derecho a la vida (Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales -PIDESC-, Artículo 6). La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha desarrollado el vínculo entre los derechos a la integridad personal y a la vida y el derecho a la salud, estableciendo que ambos se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud humana.<sup>12</sup>
- Las mujeres tienen derecho al más alto nivel posible de salud, así como a servicios de salud que sean disponibles, accesibles,<sup>viii</sup> de costo asequible, aceptables y de alta calidad (Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer -CEDAW por sus siglas en inglés-, Artículo 12).
- Las mujeres tienen derecho a no ser discriminadas por motivos de sexo, raza, nacionalidad, ingresos o propiedad, religión, condición de salud, origen o cualquier otra condición social; también en lo que respecta a la provisión de servicios de salud (Constitución Política de México, Artículo 1º).
- Las mujeres tienen derecho a gozar de los beneficios del progreso científico, también en el área de la atención obstétrica de emergencia (PIDESC, Artículo 15).
- En países de escasos recursos, la ayuda y cooperación internacionales deben formar parte del logro progresivo del derecho a servicios de salud (PIDESC, Artículo 2, Constitución Política de México, Artículo 4º).

La CIDH señala que la prestación del servicio de salud debe estar libre de discriminación por razones de edad, económicas, origen étnico o cualquier otro *status*, para asegurar el derecho a la integridad personal de las mujeres en el ámbito de la salud materna. El disfrute de servicios de salud y asistencia social debe ser eficaz, oportuno y responder a las necesidades de la población; para ello, debe asegurarse la igualdad de oportunidades durante la atención de la maternidad a partir de: disponibilidad de servicios (suficientes), accesibilidad sin discriminación, física, geográfica y cultural, incluyendo perspectiva de género e interculturalidad, asequible (accesibilidad económica) y que se proporcione información suficiente, científica, comprensible y en el lenguaje de la paciente.<sup>9</sup>

Recomendación de la CIDH (2010): "se consideró que hay ciertas obligaciones fundamentales que requieren medidas prioritarias inmediatas:

- Identificación y asignación de recursos humanos y materiales para trabajar hacia la eliminación de las barreras en el acceso a los servicios.
- Aplicación de medidas para reducir la muerte prevenible por causa de embarazo o parto, asegurando que las mujeres tengan un acceso eficaz a servicios obstétricos de emergencia y a la atención previa y durante el parto.
- Incorporación de las perspectivas de género e interculturalidad y la eliminación de formas de discriminación de hecho y de derecho, que impiden el acceso de las mujeres a servicios de salud materna.
- Priorización de esfuerzos y recursos para garantizar el acceso a servicios de salud materna a las mujeres que pueden encontrarse en mayor situación de riesgo por haber sido sujeto de varias formas de discriminación, como las mujeres indígenas y adolescentes, las mujeres en situación de pobreza y las que habitan en zonas rurales.
- Educación a las usuarias sobre los servicios de salud, así como servicios de información sobre sus derechos como pacientes y sobre su salud, incluyendo la planificación familiar.
- Diseño e implementación de políticas, planes y programas de salud materna en forma participativa.
- Acceso oportuno a recursos judiciales efectivos para asegurar que las mujeres que consideren que el Estado no ha observado sus obligaciones en esta materia puedan hacer uso de su derecho a la denuncia, sin temor a represalias."<sup>10</sup>

viii. La accesibilidad tiene varias dimensiones: geográfica, cultural, económica y de información.

## Conclusiones

Desde hace cuatro décadas, el discurso de los derechos humanos se ha incluido en el ámbito de la salud. Asimismo, la participación ciudadana ha sido un elemento activo en la defensa de estos derechos. Sin embargo, la exigibilidad y la justiciabilidad solamente han sido posibles en el marco de la rendición de cuentas, la transparencia de la política pública y la inclusión de espacios institucionalizados que aseguren el acceso oportuno a recursos no judiciales, que permitan no sólo la retribución de los daños sino que posibiliten la no repetición de los aspectos que han determinado una muerte materna prematura.

## REFERENCIAS

1. United Nations General Assambly of Human Rights Council, A/HRC/14/39. [publicado 2010-04-16; acceso 2013-03-23] Disponible en: <http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/14session/A.HRC.14.39.pdf>.
2. Observatorio de Mortalidad Materna en México. [acceso 2013-03-15] Disponible en: <http://www.omm.org.mx/>.
3. Franco-Marina F, Lozano R, Villa B, Soliz P. La Mortalidad en México, 2000-2004. Muertes evitables: magnitud, distribución y tendencias. México: DGIS, Secretaría de Salud; 2006.
4. Ferrer-Lues J, Martínez-Pizarro J. Población, Desarrollo y Derechos Humanos: una propuesta para su abordaje en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: CELADE; 2005. p.8. [acceso 2013-03-15] Disponible en: <http://www.eclac.org/celade/noticias/paginas/6/27116/Ferrer-Martinez.pdf>.
5. Jurado VR. Exigibilidad de los derechos humanos relacionados con la comunicación desde el ámbito de las políticas públicas. [acceso 2012-11-13] Disponible en: <http://www.uasb.edu.ec/padh/revista4/articulos/romeljurado.htm>.
6. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria a la Salud. Alma-Ata (URSS): OPS/OMS; 6-12 de septiembre de 1978.
7. Hunt P. Exclusión y derecho a la salud: La función de los profesionales de la salud. Lima: IFHHRO/ED-HUCASALUD; 2006. [acceso 2013-03-10] Disponible en: <http://www.care.org.pe/pdfs/cinfo/libro/Conferencia%20IFHHRO%20-%20EDHUCASALUD.pdf>.
8. Consejo de Derechos Humanos. Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenible. 21º período de sesiones. Resolución, A/HRC/21/22. [accesp 2013-03-10] Disponible en: [http://ap.ohchr.org/documents/S/HRC/resolutions/A\\_HRC\\_RES\\_21\\_8.pdf](http://ap.ohchr.org/documents/S/HRC/resolutions/A_HRC_RES_21_8.pdf).
9. Merino M, López-Ayllón S, Cejudo G. (coords). La estructura de la rendición de cuentas en México. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM y Centro de Investigación y Docencia Económicas; 2010. [acceso 2012-11-10] Disponible en: <http://www.rendiciondecuentas.cide.edu/>.
10. CIDH. Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos. [acceso 2013-03-15] Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/mujeres/docs/pdf/ACCESO%20INFORMACION%20MUJERES.pdf>.
11. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones. 64ª Sesión Plenaria, 2005-12-16. [acceso 2012-11-10] Disponible en: <http://www.ohchr.org/spanish/law/reparaciones.htm>.
12. Naciones Unidas – Centro de Información. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. A/RES/2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. [acceso 2012-11-10] Disponible en: <http://www.cinu.org.mx/onu/documentos/pidesc.htm>.