

<http://dx.doi.org/10.12795/RAA.2013.i05.04>

Fecha de Recepción: 8-05-2013

Fecha de Aceptación: 17-07-2013

DERECHOS HUMANOS, SALUD Y MUERTE MATERNA: CARACTERÍSTICAS, POTENCIAL Y RETOS DE UN NUEVO ENFOQUE PARA LOGRAR LA MATERNIDAD SEGURA EN MÉXICO

Paola Sesia

CIESAS-Pacífico Sur

Resumen.

Este ensayo presenta el enfoque de derechos humanos aplicado a la salud materna y la reducción de la muerte materna, presentando sus antecedentes y los argumentos que la sostienen. Se analiza cómo esos argumentos aterrizan en México, presentando la situación de la muerte materna y de los derechos sexuales y reproductivos especialmente entre mujeres de estratos sociales marginados; la disponibilidad y características de los servicios de salud materna; y las formas en que la política pública conceptualiza el derecho a la salud. En el contexto actual del país, el enfoque presenta potencial para promover, defender y garantizar la salud materna y los derechos reproductivos. Sin embargo, los retos para su aplicación son considerables en un país que se caracteriza por un proyecto político de nación neoliberal, un sistema público de salud fragmentado y desigual, una cultura política marcada por una corrupción endémica y con tendencias autoritarias y clientelares, y una gobernanza democrática todavía incipiente y endeble.

Palabras clave: Derechos humanos, muerte materna, salud materna

Abstract.

This essay presents the human rights-based approach to maternal health and maternal mortality reduction efforts; identifying how this approach was construed and its underlying arguments. It analyzes how Mexico fares vis-a-vis these arguments, showing the country's maternal mortality and sexual and reproductive health rights situation, especially among women from disadvantaged social groups; the availability and characteristics of maternal health services; and the ways in which public policy conceptualizes the right to health. In today's context, this approach shows potential to promote, defend and guarantee maternal health and reproductive rights in Mexico. Nevertheless, the challenges toward its implementation are major in a country that characterizes itself by the adoption of neoliberal public policies, a fragmented and unequal public health system, a political culture marked by endemic corruption, authoritarianism and clientelism, and an incipient and weak democratic governance.

Keywords: Human rights, maternal death, maternal health

1. INTRODUCCIÓN

Este artículo propone describir y analizar la plataforma que se ha ido construyendo a nivel global en los últimos años para vincular la muerte materna a los derechos humanos en un esfuerzo orquestado entre organismos multilaterales, organizaciones internacionales que promueven la salud y los derechos de las mujeres, e instituciones académicas, entre otros, con la finalidad de impulsar una reducción sustancial de estas muertes; no sólo para resolver un problema prioritario de salud pública, sino también como un acto de justicia social fundamental que tiene profunda relevancia para México.

Mi interés en esta plataforma tiene dos puntos de partida. Por un lado, deriva de un acercamiento crítico al enfoque de derechos humanos aplicado a la salud materna como un nuevo lente conceptual y metodológico para el análisis de una realidad social marcada por una profunda desigualdad, exclusión y discriminación; realidad que la muerte materna y un acceso diferenciado a servicios de salud materna y reproductiva oportunos y resolutivos reproducen, profundizan y visibilizan en el país y que desde el trabajo pionero de Elu (1993), un grupo de antropólogas hemos venido analizando en el caso mexicano.

Por el otro, al considerarme una académica activista, me interesa el enfoque de los derechos humanos aplicado a la salud materna y especialmente a la prevención y reducción de la muerte materna, como una estrategia político-programática prometedora para poder incidir sobre esta realidad social en distintos ámbitos; incluyendo el diseño y

la implementación de la política pública en salud materna, el monitoreo y la evaluación de políticas, programas, estrategias y acciones en este ámbito de intervención y hasta el litigio estratégico. En los siguientes apartados, reviso cómo se ha ido construyendo esta plataforma a nivel global en tiempos recientes, cuáles son los argumentos que la integran y su campo potencial de aplicación en México, para finalmente identificar algunas de sus posibles fortalezas y debilidades, considerando el contexto nacional actual.

2. EL ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS Y LA MUERTE MATERNA

El marco normativo de los derechos humanos se ha ido construyendo en la comunidad internacional a partir de la aprobación de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 (ONU, 1948). En la Declaración, los derechos humanos son el conjunto de prerrogativas inherentes a la naturaleza de la persona, cuya realización resulta indispensable para el desarrollo integral del individuo que vive en una sociedad jurídicamente organizada. Estos derechos se han establecido no sólo en el marco jurídico internacional, sino también en las Constituciones y en las leyes nacionales y, como tales, deben ser reconocidos y garantizados por los Estados-naciones.

Más allá de su definición normativa ampliamente consensuada en la comunidad internacional, la teoría social ha cuestionado en distintos momentos y desde diferentes ángulos el carácter esencial, trascendental y/o universal que se les atribuye a los derechos humanos (Messer, 1993; Nagendast y Turner, 1997; Wilson, 1997). Desde una perspectiva histórica y constructivista, se reconoce que los derechos humanos son construcciones sociales expresivas de la modernidad occidental desde los tiempos de la Ilustración; productos del pensamiento liberal, racionalista y laico, entrelazándose en su desarrollo con el afianzamiento de los Estados-naciones soberanos en Europa y las Américas en el siglo XIX y con la expansión del capitalismo en el mundo occidental (Cervantes, 2001: 49).

Precisamente porque es un producto histórico y dinámico, la conceptualización de los derechos humanos se ha ido transformando en la arena internacional a lo largo de las últimas décadas, ampliando enormemente los parámetros de los que constituyen derechos. Se ha transitado desde una visión enfocada exclusivamente hacia los derechos políticos y civiles de los individuos, hasta incluir los que se han definido como derechos sociales, económicos y culturales, para, aún más recientemente, incorporar los derechos medio-ambientales de individuos y colectividades (Brisk, 2002; Messer, 1993). Estas nuevas generaciones de derechos incluyen, además de los derechos individuales, a los colectivos, como prerrogativas de grupos sociales que han logrado un reconocimiento como entidades colectivas que ameritan protección, defensa y autonomía frente a los Estados nacionales; como es el caso de los pueblos indígenas en las Américas.

Aun si existe un consenso formal básico acerca de en qué consisten los derechos humanos, así como acerca de los mecanismos jurídicos y sancionatorios mínimos para garantizar

su cumplimiento por parte de los Estados-naciones y defenderlos con organismos y mecanismos de seguimiento y supervisión supranacionales en casos de violaciones, se ha generado un sinnúmero de controversias y debates alrededor de los derechos humanos, tanto de orden epistemológico como práctico-político. Aquí se mencionan sólo dos que considero particularmente importantes.

En primer lugar, se presencia un debate inacabado acerca de si los derechos, la titularidad de los mismos (p.ej.: a quiénes estos derechos protegen) y la titularidad de las obligaciones (quiénes son responsables de garantizarlos), son siempre los mismos en toda sociedad o son cambiantes o diferentes de acuerdo a contextos socioculturales específicos; en otras palabras, el debate entre universalismo y relativismo en relación a los derechos humanos. A este debate han contribuido las ciencias sociales y la antropología en particular, utilizando un sin fin de argumentos epistemológicos pero sin alcanzar consensos (véase Cervantes, 2001; Krotz, 2008; Messer, 1993; Nagengast y Turner, 1997). En las críticas desde la perspectiva del multiculturalismo, el debate se ha complicado aún más por el “imperialismo cultural que universaliza los valores culturales liberales y occidentales por encima de...otros no occidentales” (Speed, 2006: 74) o por las pretensiones de universalidad que sólo la cultura occidental ha intentado imponer sobre otras culturas (Santos, 2002: 67).

En segundo lugar, se ha argumentado que tanto el universalismo como el relativismo cultural presentan serios problemas en sus supuestos teóricos y que el debate puede llegar a ser mucho más fructífero cuando se reconoce el carácter contextual, contingente y contencioso tanto de los derechos, como de los titulares de derecho y de deberes. Asimismo, el debate se vuelve más productivo cuando se traslada del ámbito teórico o normativo al terreno de lo contextual-local y de la acción práctica y política (Speed, 2006; Wilson, 1997).

Este último punto es fundamental, ya que la lógica y los argumentos de derechos humanos han servido a intereses políticos, económicos y sociales muy diversos, contrastantes y hasta antagónicos entre sí¹. En la actualidad, a más de veinte años del derrumbe de la utopía socialista, existe sin embargo una cierta tendencia a reconocer que:

“... con la crisis aparentemente irreversible de estos anteproyectos de emancipación, estas

1. Falk (1981; citado en Santos, 2002: 67) menciona la “política de la invisibilidad” y de “la supervisibilidad” como herramientas estratégicas para promover intereses geopolíticos y económicos de Estados Unidos con la complicidad de los medios masivos de comunicación. Un ejemplo contundente de la primera es el silencio atroz sobre la masacre de 300 mil personas en Timor Oriental por manos del gobierno de Indonesia entre 1975 y 1999; un ejemplo de la segunda la publicidad masiva y entusiasta que se le dio en la prensa y televisión norteamericana a los abusos contra los derechos humanos de gobiernos posrevolucionarios antagónicos a los intereses de los Estados Unidos en Iran y Vietnam; además de Cuba y, más recientemente, en relación al gobierno de Hugo Chávez en Venezuela.

mismas fuerzas progresistas se encuentran hoy acudiendo a los derechos humanos para reconstruir el lenguaje de la emancipación. Es como si los derechos humanos fueran llamados para llenar el vacío dejado por las políticas socialistas". (Santos, 2002: 60).

En unos cuantos años, los derechos humanos se han vuelto uno de los discursos y prácticas de resistencia más comunes y, a veces, utilizados con cierto éxito, entre distintos grupos sociales subalternos (Santamaría, 2008; Speed, 2006; cf. Santos y Rodríguez Garavito, [2005] 2007). Sin embargo, como discurso y práctica "emancipadoras", siguen enfrentando procesos tortuosos y complejos, cuestionados, pero al mismo tiempo nutridos, por las aportaciones críticas de teóricos(as) y activistas del feminismo, el marxismo y la economía política, el postestructuralismo y la poscolonialidad, y por los movimientos e intelectuales indígenas, entre otros (Creenshaw, 1991; Correa y Petchesky, 2001; Farmer, 2005; Santos, 2002).

Todas estas corrientes teóricas y praxis activistas han contribuido a cuestionar la universalidad abstracta, el formalismo legalista y el sesgo individualista del discurso y la acción legal de los derechos humanos para promover su transformación en demandas políticas sustantivas para y hacia: una satisfacción más inclusiva de las necesidades y una redistribución más equitativa de los recursos; el reconocimiento de la naturaleza social y contextual de los derechos; responsabilizar y vigilar el cumplimiento de los derechos como parte de las obligaciones fundamentales que tienen las entidades públicas; y el reconocimiento de la diversidad, pluralidad y diferencia (de género, etnia-raza y preferencia sexual, entre otras) como valores positivos a disfrutarse en condiciones de igualdad con los grupos sociales hegemónicos (Correa y Petchesky, 2001: 106-7). Hoy en día, la plataforma de derechos engloba tanto la lucha por la igualdad como y al mismo tiempo, la lucha por el respeto a la diferencia (Santos, 2002: 80-1).

Por otro lado, es imposible dejar a un lado el hecho que la promoción de la plataforma de los derechos humanos en su versión "emancipadora" está ocurriendo en un mundo en donde la desigualdad social se ha ido profundizando, como resultado de treinta años de políticas hegemónicas neoliberales, acompañadas por los procesos crecientes de la globalización económica. En América Latina, la mayoría de los países de renta media, como es el caso de México, han experimentado desde los años ochenta del siglo XX un proceso importante de adelgazamiento de políticas, programas y servicios sociales gubernamentales, por las políticas de ajuste estructural a consecuencia de la deuda externa. En México, las políticas de ajuste de los años ochenta han sido acompañadas por la liberalización progresiva del mercado y la adopción plena de la filosofía neoliberal en la economía y el mercado laboral, con una renuncia deliberada por parte del Estado de asumir funciones sustanciales de redistribución de los ingresos y mediación en la

desigualdad y los conflictos sociales².

Al mismo tiempo, el país ha presentado un importante crecimiento de la sociedad civil—incluyendo a organizaciones que promueven y defienden los derechos humanos en general y otras que promueven los derechos de las mujeres, incluyendo a los derechos sexuales y reproductivos, en un contexto de mayor -aun si inacabada- democratización formal y crecimiento paulatino de la participación ciudadana (Olvera, 2003). En este contexto, es *“importante reconocer que, mientras el crecimiento de las organizaciones no gubernamentales ha abierto espacios de participación en donde las políticas neoliberales pueden ser impugnadas, al mismo tiempo están profundamente inmersas en la lógica de la gobernanza neoliberal”* (traducción mía, Speed y Sierra, 2005: 3).

En la mayoría de los países latinoamericanos, la relación entre globalización, neoliberalismo, desigualdad social y promoción de los derechos humanos, es una relación íntima en donde la implementación de políticas neoliberales ha reconfigurado la relación entre el Estado-nación y la ciudadanía provocando fenómenos complejos y contradictorios entre sí: una profundización y ampliación de las reivindicaciones de derechos por parte de sectores sociales a los que históricamente esos derechos se les habían negado, y, por el otro, la profundización de situaciones de desigualdad social que tienden a parcializar y excluir a estos sectores del goce mismo de los derechos.

Es en este contexto más amplio, complejo y contradictorio que tenemos que ubicar el esfuerzo actual de Naciones Unidas para incluir las muertes de las mujeres durante la maternidad en la plataforma de los derechos humanos para ver su posibilidad de difusión y de guía para una acción emancipadora, en el contexto social y político en México. Pero, primero, veamos cómo se ha constituido esta plataforma de derechos en el ámbito de la muerte materna, qué argumentos se han utilizado y con qué relevancia para la situación en nuestro país.

2. La lógica de prevalencia del “libre mercado” y las políticas de ajuste estructural ligadas al pago de la deuda han conllevado una reducción de la intervención del Estado en la economía nacional que ahora se restringe más a un papel regulador que a impulsar políticas nacionales de crecimiento económico y generación de empleos. Esto ha conllevado un aumento de la desigualdad de ingresos, una persistente concentración de la riqueza, una disminución del sector laboral formal, la flexibilización del mercado del trabajo con la reducción del costo de la mano de obra, la reducción del poder de negociación, representatividad y defensa laborales de los cuerpos gremiales sindicales, la expansión del mercado de auto-empleo en muchos casos en condiciones de extrema marginalidad, y un aumento enorme de la economía informal (Portes y Hoffman, 2003) y de la pobreza (González de la Rocha et al., 2004). En la actualidad, México sigue enfrentando una profundización de la desigualdad en ingresos: a la fecha el 20% más rico del país detiene el 56% de los ingresos y el 40% más pobre el 12%, mientras que en 2005 estos porcentajes eran 55% y 13%, respectivamente (UNICEF, 2009; UNICEF, 2012).

3. EL MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL

Identifico cuatro grandes plataformas de derechos que se han ido construyendo en el marco normativo y político internacional, como las que han contribuido a la definición de la muerte materna como una violación a los derechos humanos de las mujeres³. Éstas son:

1. La inclusión de los derechos económicos, sociales y culturales (DESC) como parte de los derechos humanos.
2. La definición de la salud como un derecho fundamental para toda persona.
3. La construcción de una plataforma específica de derechos de las mujeres.
4. La definición de la salud reproductiva como un derecho básico.

La primera plataforma es una de las más antiguas y tal vez la más fundamental en el tema que nos atañe. En 1966 fue aprobado por Naciones Unidas el Pacto Internacional sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) (ONU, 1966); pacto que obliga a los países signatarios en garantizar los DESC a los individuos, incluyendo los derechos laborales y el derecho a la salud, la educación y un nivel de vida adecuado. En 2008, 160 países del mundo habían suscrito este Pacto; México lo hizo desde 1981.

El PIDESC amplía la definición de lo que constituye un derecho humano. Mientras que los derechos políticos y civiles son de carácter individual y requieren que los Estados-naciones, como garantes de esos derechos, se abstengan de restringirlos, violentarlos o de plano eliminarlos, los derechos sociales implican, en principio, la necesidad de que los Estados-naciones adopten un papel pro-activo, de injerencia y asunción de responsabilidad en la construcción de una política que promueva el cumplimiento de estos derechos.

3. Privilegio en el artículo la discusión de la violación a los derechos humanos que implica la muerte materna, más que la relación entre salud materna y derechos humanos. Esta aclaración explica el por qué no incorporo una discusión a fondo del derecho de las mujeres indígenas a una atención culturalmente apropiada durante el embarazo, parto y puerperio; derecho que necesariamente implica, para el caso de México, tanto la defensa y el respeto de las creencias, saberes y prácticas propias (como la partería tradicional) como la adecuación intercultural de los servicios institucionales de salud materna; situaciones ambas, que de ninguna manera son parte sustancial de las estrategias nacionales y estatales en promoción de la salud materna. En un mismo sentido, el artículo no profundiza en el derecho de toda mujer a recibir una atención materna de calidad que evite la sobremedicalización, la ocurrencia de cesáreas innecesarias y el trato deshumanizado e impersonal; todas ellas, realidades que son muy prevaletes en México donde actualmente el 95% de los partos son atendidos por médicos, aproximadamente el 90% de los partos se atienden en hospitales y la tasa de cesáreas ha alcanzado un alarmante 46% de los partos (ENSANUT 2012). En mi reseña del por qué la muerte materna es una violación a los derechos humanos, pongo más bien énfasis en las fallas del sistema bio-médico institucional, ya que toda muerte materna fue antecedida por una complicación que no fue resuelta adecuada u oportunamente, y ya que la resolución de las emergencias obstétricas es responsabilidad y competencia del sistema biomédico.

La importancia de incluir los DESC en la construcción del discurso normativo internacional alrededor de los derechos humanos no debe menospreciarse. Aun si sólo estamos hablando de una plataforma normativo-jurídica que refleja más bien un estado ideal al que se aspira, la inclusión de los DESC permitió vincular por la primera vez la defensa y promoción de los derechos con un proyecto ético de transformación social que aspira, si no a reducir la desigualdad, por lo menos a ampliar la inclusión, haciendo responsables a los Estados-naciones de promover, respetar y garantizar el cumplimiento de esos derechos para toda la ciudadanía y creando mecanismos de monitoreo para supervisar avances y sancionar incumplimientos o retrocesos.

La segunda plataforma—la definición de la salud como un derecho—deriva de alguna manera de la conceptualización de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de lo que constituye salud, apelando a que se trata de un estado más allá de la ausencia de enfermedad sino de un estado de bienestar hacia el cual tod@s tendrían que tener acceso sin distinciones, exclusiones o discriminaciones de algún tipo. Sin embargo, es una conceptualización tan amplia y general que no da pistas precisas de cómo se puede o debe de traducir en acciones políticas, programáticas y de servicios por parte de los Estados-naciones. En los PIDESC, por otro lado, en el artículo 12 relativo al derecho a la salud, se definen medidas y contenidos mínimos que los Estados-partes deben de adoptar para implementar la salud como derecho, entre las cuales figura el crear las condiciones necesarias que aseguren de manera universal los servicios médicos en caso de enfermedad.

En el año 2000, el Comité de Naciones Unidas que revisa el cumplimiento de los DESC emitió el Comentario General No. 14, el cual sostiene que el derecho a la salud es no sólo universal, sino progresivo e irreversible y, como tal, los países deben de ir avanzando en su implementación. Se argumenta que su disponibilidad y acceso deben de garantizarse para tod@s en condiciones de igualdad y equidad; y que los servicios de salud deben ser de calidad y fundamentalmente gratuitos o con esquema de pagos que sean accesibles para toda la población. Se explicitan además los derechos específicos que las mujeres tienen en gozar el más alto nivel posible de salud, de acuerdo a su condición socio-biológica de género y, por la primera vez en un documento de esta naturaleza se incluyen a los servicios de emergencia obstétrica como parte de los contenidos mínimos a cumplirse para volver efectivo el derecho a la salud reproductiva y materna para las mujeres (COESCR, 2000).

Organizaciones internacionales que promueven la salud, los derechos humanos y los derechos de las mujeres, instituciones académicas y organizaciones de la sociedad civil de distintos países que trabajan en la exigibilidad y justiciabilidad frente al Estado de los DESC (y el derecho a la salud en específico), han utilizado el Comentario como un documento de referencia que guía la acción a favor de los derechos, así como en el análisis de las diversas situaciones nacionales (véase por ejemplo Hofbauer y Lara, 2002; Hunt

y Bueno de Mesquita, 2006; PHR, 2008; Yamin, 2006). Esto se vuelve posible porque el Comentario establece principios rectores (universalidad, disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad) que expanden las obligaciones que las políticas, programas y servicios de salud de los países parte deben de seguir para que el derecho a la salud se concrete. Estos principios rectores engloban una concepción del papel que el Estado debe de cumplir para con sus ciudadanos que, por lo menos en principio, contrasta con la visión neoliberal de un Estado con funciones limitadas. El Comentario además, declara explícitamente que las medidas que los Estados-partes deben de adoptar para hacer efectivo el derecho a la salud atañen tanto a la organización, administración y financiación de los servicios de salud, como otros ámbitos de los poderes (el legislativo y el judicial). Y por último, operacionaliza el derecho a la salud en contenidos a seguir para que se concrete en campos de acción e indicadores implementables, cuantificables, monitoreables y exigibles. Con esto, se abre la posibilidad de rebasar un cuestionamiento que se les ha hecho a las plataformas de derechos humanos: de ser más abstractos y formales que específicos y sustanciales.

Para la tercera plataforma—la construcción de una plataforma de derechos de las mujeres—el documento jurídico-normativo seminal es la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1979), suscrita en 1979; convención que México ratifica en 1981 y que actualmente cuenta con 170 países firmatarios. La CEDAW especifica los derechos fundamentales de las mujeres en igualdad con los varones. En específico, el artículo 12 de la CEDAW establece que en el ámbito de la salud:

“...Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación 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.... Los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia”.

La CEDAW contribuye a la construcción de la plataforma que vincula la muerte materna a los derechos humanos, remarcando la obligación fundamental que tienen los Estados-naciones de otorgar los servicios de planificación familiar y de atención obstétrica necesarios para que toda mujer pueda enfrentar la maternidad con protección y seguridad. La CEDAW declara que todos los procedimientos médicos que sólo las mujeres necesitan por el simple hecho de ser mujeres, deben de ser otorgados sin barrera alguna de accesibilidad, como una condición indispensable para evitar que el Estado discrimine sobre la base del género. Por último, en una clara referencia a lo dañino que son las interpretaciones jurídicas restrictivas frente al aborto terapéutico, establece que *“las leyes que criminalizan procedimientos médicos sólo necesitados por las mujeres y que*

castigan a las mujeres que se someten a esos procedimientos” constituyen “*barreras para las mujeres de acceso a servicios apropiados de salud*” y que por lo tanto son discriminatorias y afectan negativamente la salud de las mujeres (citado en PHR, 2007).

La última plataforma es la de la salud reproductiva. En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (ICDP) de El Cairo (1994) se establece que la salud sexual y reproductiva es un derecho de todas las personas, explicitando el vínculo existente entre los derechos reproductivos y la salud, adoptando una perspectiva de género. El Capítulo VII de la ICDP se refiere específicamente a la definición de la salud reproductiva como un campo de derechos:

“La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y con sus funciones y procesos. Ello lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y tener acceso a métodos de su elección seguros, eficaces, aceptables y económicamente asequibles en materia de planificación de la familia, así como a otros métodos de su elección para la regulación de su fecundidad, que no estén legalmente prohibidos, y el derecho de la mujer a tener acceso a los servicios de atención de la salud que propicien los embarazos y los partos sin riesgos. ...el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el momento de tenerlos, y a disponer de la información y de los medios necesarios para ello... Los servicios de salud reproductiva... deberán incluir...: asesoramiento, información, educación, comunicaciones y servicios en materia de planificación de la familia; educación y servicios de atención prenatal, partos sin riesgos, y atención después del parto, interrupción del embarazo...”

Los derechos reproductivos relevantes para la construcción de la conceptualización de la salud materna como un derecho humano incluyen el derecho a la vida, a la salud, a decidir el número e intervalo de hijos, a la igualdad y a la no discriminación, y a la información adecuada y oportuna.

De las cuatro plataformas aquí mencionadas, los derechos sexuales y reproductivos son los que han enfrentado más oposición y, posiblemente, han logrado menos avances en nuestro país. Seguramente, el poder que detienen los grupos religiosos conservadores ha logrado oponer y hasta detener la aplicación de los derechos sexuales y reproductivos, sobre todo en relación al derecho de las mujeres a decidir sobre los embarazos no deseados. Pero también, se han enfrentado con la falta de sensibilización del personal médico que trabaja en el sector público, poco dispuesto a reconocer que las mujeres usuarias tienen derechos que deben de ser respetados en los servicios de salud reproductiva. Los derechos reproductivos en algunos casos han enfrentado francos retrocesos, como es justamente el caso con las legislaciones que *de facto* penalizan el aborto bajo toda circunstancia que han sido aprobadas recientemente en más de la mitad de los estados mexicanos.

Además de estas cuatro grandes plataformas, hay que mencionar la adopción en el año

2000 de los Objetivos del Milenio, en donde se incluye la reducción sustancial de la muerte materna como uno de los ocho objetivos fundamentales⁴.

Es a partir de estas plataformas que en los últimos años, se ha iniciado a promover abierta y estratégicamente que la muerte materna constituye una violación a los derechos humanos de las mujeres durante la maternidad. Se reconocen cuatro aportaciones fundamentales en la construcción del enfoque de derechos humanos aplicado a la salud materna. La primera sin lugar a duda fue el Informe de Paul Hunt, Relator Especial de Naciones Unidas, sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, el cual a finales de 2006 asocia por la primera vez la muerte materna a una violación a los derechos humanos de las mujeres fallecidas por esta causa (Hunt, 2006).

Un año después, se lanza públicamente la Iniciativa Internacional sobre Mortalidad Materna y Derechos Humanos con la participación inicial de seis agencias internacionales que se dan a la tarea de promover este enfoque entre gobiernos, organizaciones de la sociedad civil y organismos que luchan por la defensa de los derechos humanos⁵.

En 2009, se aprueba la Resolución *Preventable maternal mortality and morbidity and human rights* del Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas (CDHNU), aprobada por más de setenta países en ese mismo año. En ella, el CDHNU reconoce por la primera vez que la muerte materna prevenible es una violación flagrante a los derechos humanos básicos de las mujeres y que los Estados-naciones tienen la obligación de proporcionar todos los servicios y establecer todas las medidas necesarias para evitarlas. Siendo derechos humanos, se vuelven derechos exigibles y, por supuesto, universales. Finalmente y como parte del Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas por los Derechos Humanos, en julio 2012 el Consejo publica las *Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas*

4. Sin embargo, es justamente a partir del reconocimiento que no ha habido suficiente progreso en el cumplimiento de este objetivo que a nivel internacional se plantea como apremiante e impostergable dar mayor énfasis político, programático y presupuestal en la prevención y reducción de la muerte materna a nivel internacional y en cada país.

5. Véase la página web www.righttomaternalhealth.org para mayor información. Se trata de un proyecto de la sociedad civil originalmente promovido por seis organizaciones internacionales comprometidas con el enfoque de derechos humanos aplicado a la mortalidad materna: Averting Maternal Death and Disability Program (AMDD) de la Universidad de Columbia, Nueva York, E.U.; CARE; el Center for Reproductive Rights; Family Care International; Physicians for Human Rights; y el Human Rights Centre de la Universidad de Essex, Reino Unido. Actualmente se incluyeron las siguientes organizaciones: Center for Justice and International Law; Equinet, the Regional Network on Equity in Health in Southern Africa; el Health Equity Group; el International Budget Project; la Fundación Kvinna till Kvinna; Likhaan; y Sahayog (Consultado el 26/12/2009).

y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad; guía que tiene el objetivo de orientar tanto el diseño, como el monitoreo de la política pública de los Estados-naciones en esta materia.

Finalmente, no se puede soslayar el papel que han desempeñado la Corte Interamericana de los Derechos Humanos (CIDH) y la Comisión con el mismo nombre, en sentenciar un caso paradigmático de muerte materna como violación a los derechos humanos y en promover el acceso a servicios de salud materna desde el enfoque de derechos humanos (CoIDH, 2010), respectivamente.

4. LOS ARGUMENTOS Y SU RELEVANCIA PARA MÉXICO

Identifico seis argumentos interrelacionados entre sí, cada uno con su propia especificidad, que se han utilizado para construir la articulación entre muerte materna y su conceptualización como violación a los derechos humanos de las mujeres.

Primer argumento. La muerte materna es una violación a los derechos humanos de las mujeres porque es evitable en la gran mayoría de los casos. Son muertes innecesarias, por lo que, al ocurrir, se viola el derecho a la vida de las mujeres.

Para la construcción de la articulación entre muerte materna y la violación al derecho a la vida, el concepto epidemiológico de “muertes evitables” ha sido fundamental. Las muertes evitables son aquellas defunciones que ocurrieron de manera “prematura” e innecesaria, de acuerdo al nivel de tecnología médica disponible y el conocimiento clínico alcanzado. Son muertes que no debieran haber ocurrido si las personas fallecidas hubiesen tenido acceso de manera oportuna e irrestricta a intervenciones clínicas de calidad.

En el campo de la salud pública y la medicina, se considera que casi todas las muertes maternas son muertes evitables. Cuando ocurren, son reflejo de profundas desigualdades e inequidades sociales y como muertes evitables, las mujeres que fallecen de muerte materna son casi siempre mujeres que sufrieron de una o múltiples formas de exclusión o discriminación social sobre la base del género, la clase, la condición de ruralidad y la etnicidad/raza; incluyendo en el acceso, utilización y calidad de los servicios de salud disponibles. A este propósito es importante recordar que en México se calcula que hasta el 84% de las muertes maternas son prevenibles o evitables (CNEGySR, 2009).

Segundo argumento. La muerte materna es una violación a los derechos humanos de las mujeres porque no ocurriría si los Estados-naciones garantizaran el pleno disfrute del derecho a la salud para las mujeres que viven la maternidad, con un acceso pleno a una atención al embarazo, parto y puerperio con personal calificado y un acceso oportuno e irrestricto a una atención obstétrica de emergencia con calidad.

La muerte materna es una violación flagrante al derecho a la salud que tienen todas las mujeres. El problema no es sólo tener acceso a servicios de salud, sino el tener acceso a servicios obstétricos de manera oportuna, que tengan calidad y presenten capacidad

resolutiva en casos de emergencias. En México sin embargo, más del 80% de las muertes maternas en 2010 ocurrieron justamente en establecimientos de salud públicos o privados y más del 90% de las mujeres que fallecieron recibió atención médica antes de morir⁶. Estos datos son una clara indicación de la falta de calidad y capacidad resolutiva en atención obstétrica de emergencia de muchos establecimientos de salud en el país y del hecho que el equiparar el término “personal calificado” a “personal médico” no es suficiente para garantizar una atención de calidad. En los monitoreos que realizamos en las redes de salud materna en los estados sureños de Oaxaca, Chiapas y Guerrero entre 2008 y 2011, se evidenció cómo los servicios obstétricos públicos no tienen capacidad resolutiva en la gran mayoría de los casos, precisamente en aquellos estados en donde hay mayor necesidad por sus perfiles de marginación y pobreza (Meneses et al., 2008; Sesia et al., 2013).

Tercer argumento. La muerte materna es una violación a los derechos humanos de las mujeres porque afecta de manera desproporcionada a las mujeres pobres, de minorías étnicas o raciales, de clases sociales bajas, que viven en zonas rurales aisladas o en zonas urbanas marginadas. Por lo tanto, la muerte materna de estos grupos sociales es una flagrante violación al principio del derecho a la no discriminación y al principio de la universalidad y equidad en el derecho al acceso a servicios de salud oportunos y de calidad. A este respecto, se constata que en México las mujeres hablantes de lenguas indígenas enfrentan una sobrecarga desproporcionada de muertes maternas con respecto a su tamaño poblacional. En 2010, el riesgo de fallecer a nivel nacional fue el doble de lo que tendría que haber sido si la muerte materna se hubiese distribuido de manera proporcional al porcentaje de población hablante de lengua indígena, con el caso extremo del estado de Chihuahua donde el riesgo para las mujeres indígenas fue diez veces mayor a su proporción poblacional (Sesia, 2012).

Cuarto argumento. La muerte materna es una violación a los derechos humanos de las mujeres porque muchas veces está relacionada con situaciones de falta de respeto a la dignidad de las mujeres y a sus derechos por parte de las instituciones de salud, dándose situaciones comunes de maltrato, abusos, falta de sensibilidad, menosprecio o desprecio hacia lenguas y culturas distintas a la sociedad mayoritaria, un trato discriminatorio hacia las mujeres pobres, indígenas y/o de clase social baja, un manejo deshumanizado del parto hospitalario y/o situaciones de negligencia o incompetencia en la atención médica recibida. Todo lo anterior implica nuevamente la violación al principio del derecho a la

6. En 2010, el porcentaje de muertes maternas en establecimientos de salud fue del 81.7%, de los cuales el 65.3% ocurrieron en centros de salud y hospitales de los servicios estatales de salud o del IMSS-Oportunidades que atienden población sin derecho-habiente a la salud, un 24.2% en servicios de salud de las instituciones de seguridad social y un 10.5% en establecimientos médicos privados. Asimismo, el 91.1% de las mujeres fallecidas recibió atención médica antes de morir (OMM, 2012).

no discriminación y al principio del acceso universal y equitativo a servicios de salud de calidad.

A este respecto es interesante reportar que en la Encuesta Nacional sobre Discriminación en México (ENADIS) 2010, el principal problema que percibieron las personas indígenas encuestadas fue precisamente la discriminación y el 27% de los y las encuestadas reportaron que no tienen las mismas oportunidades de atenderse en los servicios de salud en comparación con la población no indígena. Asimismo, se reportó que el “no tener dinero” es la causa más común de ser discriminado en el país (CONAPRED, 2010). Aun si estos datos no se relacionan directamente o sólo en parte con la atención que se recibe en el sistema de salud, sí son indicativos de las percepciones que la población indígena y/o de escasos recursos económicos tiene en sus relaciones con el entorno, incluyendo con las instituciones que ofrecen servicios. Más allá de México, en Perú se realizó un estudio seminal sobre muertes maternas y derechos humanos en donde se reportó cómo las mujeres indígenas y las mujeres pobres son sistemáticamente discriminadas por el sistema de salud y se enseña cómo la discriminación que muchas mujeres sufren en los servicios de salud está en la origen de muchas muertes maternas (PHR, 2008). Es fácil imaginarse que en México las mujeres indígenas deben de vivir situaciones similares.

Quinto argumento. La muerte materna es una violación a los derechos humanos de las mujeres por no haber tenido muchas veces pleno acceso a la información adecuada y oportuna sobre anticoncepción; por no haber tenido acceso irrestricto a métodos conceptivos y a aborto seguro y legal y no haber podido así evitar embarazos no deseados. Esto implica la violación a múltiples derechos reproductivos como son el derecho fundamental de las mujeres y sus parejas en decidir el número e intervalo de hijos; el derecho a acceder a servicios de salud reproductiva integrales; y el derecho a la información en salud reproductiva.

Con respecto a este punto, cabe recordar que con la excepción del Distrito Federal, el aborto está penado en México en la mayoría de sus causales. Ha habido francos retrocesos en este ámbito con la promoción a rango constitucional en más de la mitad de los estados del país del derecho a la vida desde la concepción en los últimos años. Aun si es probable que la causa de muerte materna por aborto sea altamente subregistrada, casi una de cada diez muertes maternas registradas en 2010, fue por esta causa (OMM, 2012). Es previsible que estas muertes no hubieran ocurrido si el acceso a un aborto seguro y legal hubiese sido un derecho para todas las mujeres mexicanas. De acuerdo a la última Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica (ENADID, 2009), la demanda insatisfecha de anticonceptivos fue de casi 10% a nivel nacional, pero fue de casi 25% entre mujeres menores de veinte años y de casi 18% en las mujeres entre los 20 y los 24 años; acentuándose esta problemática entre mujeres sin escolaridad (20% versus 8% entre mujeres con secundaria o más), mujeres rurales (16% vs 8% a nivel urbano) y mujeres hablantes de lenguas indígenas (21.5% versus 9% entre mujeres no hablantes).

Entre las mujeres de los estados de Chiapas, Guerrero y Oaxaca -los tres estados con mayores niveles de pobreza y con altos porcentajes de población indígena- el promedio de demanda insatisfecha fue de 22.6%, 17.5% y 15.6% versus un promedio nacional de 9.8% (CONAPO, 2010). Estos datos reflejan claramente cómo no sólo la muerte materna sino también la disponibilidad de métodos anticonceptivos no están distribuidas de manera equitativa en el territorio nacional y entre grupos sociales, en donde nuevamente las mujeres más pobres, indígenas, rurales y analfabetas son no sólo las que presentan el mayor riesgo de morir durante la maternidad sino a las que mayormente se les violan sus derechos reproductivos, ya que no se les permite elegir la maternidad libremente.

Sexto argumento. La muerte materna es una violación a los derechos de las mujeres por ser a veces consecuencia de relaciones sexuales no deseadas; por no haber respetado su autonomía de decisión en cuanto a sus vidas sexuales y reproductivas; por no haber estado empoderadas en sus familias, con sus maridos, en sus trabajos, en sus comunidades; por no haber sido protegidas en contra de la violencia; por no haber podido participar equitativamente con los hombres en las esferas políticas y sociales; por haber sido criadas interiorizando su subordinación, obediencia y menor valor frente a los varones. Por lo tanto se viola el derecho de las mujeres a la equidad de género, a su autonomía en la toma de las decisiones fundamentales que afectan el curso de sus vidas. Asimismo, se violan sus derechos sexuales y reproductivos establecidos en la ICPD.

En relación a este último argumento, al revisar la Encuesta Nacional sobre Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2006, el 35% de las mujeres en México reportaron sufrir violencia por su actual pareja; el 38% opinó que una buena esposa debe de obedecer a su esposo en todo lo que él ordene; el 19% consideró que no goza de las mismas libertades que sus esposos; el 6.6% dijo no estar de acuerdo que tienen los mismos derechos que sus maridos; el 8% coincidió que es su obligación como mujer tener relaciones sexuales aun cuando no quiere; y el 4.3% que el marido tiene derecho a pegarle si no cumple con sus obligaciones (INMujeres, 2008). La misma encuesta reportó que la prevalencia de la violencia aumenta entre mujeres hablantes de lengua indígena y entre mujeres de niveles socioeconómicos más bajos (IBIDEM). En la ENSADEMI 2008, por otro lado, se reportó una prevalencia de violencia entre las mujeres indígenas de las ocho regiones encuestadas de 26%, con un máximo de 41.4% en los Altos de Chiapas. Entre estas mujeres, el 42.8% le pide permiso a sus esposos para poder usar un método de planificación familiar. Un estudio sobre violencia entre mujeres embarazadas usuarias de los servicios de salud del IMSS, encontró que las mujeres que sufren violencia en su relación de pareja, el embarazo no implica una disminución de la violencia con la excepción de la violencia sexual, mientras la violencia psicológica aumenta (Castro et al., 2002).

Estos datos son indicativos de cómo los derechos reproductivos de las mujeres son vulnerados en situaciones de violencia de género y cómo ambos están relacionados con

la subordinación y la inequidad de género que todavía prevalece en amplios sectores de la sociedad mexicana. Al mismo tiempo, hay estudios que relacionan claramente la muerte materna con situaciones de vivencia de violencia extrema en los Altos de Chiapas (Freyermuth, 2003) y entre mujeres indígenas de Oaxaca (Sesia et al., 2007).

5. ARTICULACIÓN ENTRE MUERTE MATERNA Y DERECHOS HUMANOS EN MÉXICO: UNA ESTRATEGIA POTENCIALMENTE PODEROSA PERO...

La articulación que se ha ido formulando y entretejiendo entre muerte materna y derechos humanos de las mujeres es una estrategia que tiene un potencial importante para analizar y visibilizar la desigualdad social atrás de muchas de estas muertes, así como para identificar aquellos elementos que pueden haber intervenido en provocarlas por inequidades genéricas, por haber sido excluidas del acceso a servicios de salud oportunos y resolutivos, por haber sido discriminadas en el curso de la atención obstétrica recibida, por no haber sido informadas o no haber accedido a métodos anticonceptivos y/o por otras múltiples razones que este enfoque ayuda a revisar e interpretar como violaciones a derechos.

En particular, el enfoque ayuda a reconocer la desigualdad en sus múltiples facetas como un factor estructural y transversal no sólo en la ocurrencia de la muerte materna en el país sino también en su articulación con un sistema de salud que, lejos de ser equitativo, reproduce y profundiza la desigualdad en la ubicación, características y calidad de la atención otorgada⁷.

El enfoque en sí, así como la generación de conocimiento bajo esta perspectiva, pueden además aportar datos y herramientas valiosas para la incidencia y vigilancia de la política pública por parte de la sociedad civil y las organizaciones que defienden el derecho a la salud, los derechos de las mujeres y los derechos humanos.

El enfoque promueve una mayor exigibilidad al gobierno federal y a los estatales de ofrecer servicios de salud materna oportunos, resolutivos, de calidad, y de acceso universal para todas las mujeres, sin restricciones de ningún tipo. Para lograrlo, sin embargo, hay que

7. En un estudio sobre el sistema de salud en México publicado por la OCDE (2005), se enfatiza la distribución altamente desigual de los servicios de salud en el país, donde en las regiones y estados más ricos la población recibe una mejor calidad de la atención, tiene acceso a más y mejores hospitales y el promedio de número de médicos y número de camas censables por habitante es hasta tres veces superior a las regiones y estados más marginados del país. Otro ejemplo más local lo ofrece la organización del sistema de pasantía en el servicio social en Oaxaca en donde la gran mayoría de los egresados de las facultades de medicina que tienen la mejor preparación—reflejada en las más altas calificaciones—escogen y son ubicados en centros de salud urbanos, mientras aquellos con las peores calificaciones son enviados a las regiones más remotas y rurales del estado; precisamente aquellas regiones que más necesidad presentan de buenos prestadores de servicios.

enfrentar y resolver retos múltiples que no son menores en el sistema de salud en México. Aquí menciono cuatro que me parecen particularmente relevantes.

En primer lugar, se necesita rebasar esquemas de atención diferenciados y desarticulados entre sí, basados en la derecho-habiciencia versus la población sin derecho-habiciencia⁸. El Convenio interinstitucional entre Secretaría de Salud (SS), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) a nivel federal firmado en mayo 2009 para ofrecer de manera gratuita la atención obstétrica a cualquier mujer sin importar la derecho-habiciencia es un primer paso en ese sentido. Sin embargo, la dificultad de implementar cabalmente el Convenio, sobre todo en algunos estados (por ejemplo, Oaxaca) nos enseña los enormes obstáculos en hacer efectivos esos acuerdos en el nivel local precisamente en donde más se necesitan. En segundo lugar, implica exigir que el esquema de financiamiento a la salud materna representado por el Programa Embarazo Saludable del Sistema de Protección Social en Salud (“Seguro Popular”) no sólo siga afiliando masivamente a las mujeres sin derecho-habiciencia, sino invierta en ampliar y mejorar la infraestructura y la disponibilidad de recursos humanos, equipos, medicamentos e insumos para atender a esas mujeres, sobre todo en las zonas y regiones más alejadas y marginadas; sirva como un mecanismo claro de redistribución del gasto público en salud para alcanzar una mayor equidad a nivel inter- e intra-estatal; se utilice para contribuir a mejorar el desempeño del personal de salud y la calidad de la atención; y reduzca -en lugar de acrecentar- la problemática de hospitales públicos sobresaturados con una atención obstétrica despersonalizada y deshumanizada.

En tercer lugar, requiere mejorar la articulación entre el nivel federal y los Servicios de Salud estatales (SESA) con una mayor capacidad de normar, supervisar y transparentar el desempeño de programas, acciones y estrategias adoptados en los estados para reducir la mortalidad materna y mejorar la salud materna y reproductiva, así como del manejo y uso de los presupuestos asignados. En particular, es urgente reducir la opacidad del gasto

8. En México, el sistema público de salud está fragmentado, producto de su propia historia. La Secretaría de Salud (SS), fundada en 1943 como Secretaría de Salud y Asistencia (SSA), es actualmente la cabeza del sector salud, siendo la entidad que desempeña el papel de Ministerio a nivel nacional. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) también fundado en 1943, ofrece servicios médicos a trabajadores asalariados de la economía formal que tienen prestaciones laborales. El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), fundado en 1960, ofrece servicios de salud a los trabajadores del gobierno federal. La SS ofrece servicios de salud a través de los Servicios Estatales de Salud (SESA) a toda la población que no tiene seguridad social. Desde 2003 con la reforma a la Ley General de Salud, se establece el Seguro Popular en México el cual financia con recursos públicos los servicios de salud para la población afiliada, el 95% de la cual es de escasos recursos y sin derecho-habiciencia en las instituciones de seguridad social.

que deriva del Seguro Popular que consiste hoy en día en más de la mitad del presupuesto que recibe la Secretaría de Salud federal y los SESA y cuya asignación se caracteriza por una enorme falta de transparencia y ausencia de mecanismos de rendición de cuenta (Díaz, 2009).

Finalmente, implica hacer un esfuerzo considerable no sólo para mejorar las capacidades técnicas del personal de salud que atiende en el sector público a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, sino en transformar radicalmente sus actitudes hacia las usuarias; con la finalidad de que aprendan a respetar los derechos de las mujeres durante la atención otorgada, les ofrezcan un trato digno y respetuoso, no discriminen y adquieran una perspectiva intercultural en el desempeño de sus funciones.

Para que podamos tener avances sólidos, significativos y progresivos, es indispensable fortalecer en México los procesos de ciudadanía y gobernabilidad democrática, los cuales son fundamentales para poder exigir el cumplimiento de los derechos (Castro, 2008). Es particularmente crucial promover el empoderamiento de las mujeres rurales, indígenas y de clases sociales bajas, para lo cual un paso indispensable es hacer que las mujeres conozcan sus derechos como mujeres, durante la maternidad y en el acceso a la atención obstétrica⁹.

Es fundamental consolidar alianzas y redes no sólo entre organizaciones de la sociedad civil que trabajan la salud materna y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y organizaciones de base que son parte del movimiento indígena¹⁰, sino con organizaciones que tienen un largo tramo recorrido en la defensa de los derechos humanos en distintos medios sociales.

Entre las herramientas que la sociedad civil organizada tiene, se encuentran la contraloría social, la abogacía, la vigilancia, la denuncia pública, el cabildeo político y presupuestario, y el litigio estratégico, entre otros. El trabajo que han estado realizando el Comité

9. El Comité de Chiapas, el Comité de Oaxaca y el Comité nacional, en conjunto con CIESAS, han trabajado desde hace algunos años campañas radiofónicas en lenguas indígenas para promover el reconocimiento de signos y síntomas de complicaciones durante embarazo, parto y puerperio e informar a las mujeres indígenas acerca de sus derechos a la atención obstétrica gratuita.

10. Estas alianzas ya se han constituido en ciertos espacios sociales. Por ejemplo, en Guerrero la Coordinadora de Mujeres Guerrerenses que participa en el movimiento de reivindicación indígena promoviendo la equidad de género desde adentro, ha participado activamente en el Comité Promotor por una Maternidad Segura de Guerrero y en el nacional desde hace varios años.

Promotor por una Maternidad Segura (CPMS) a nivel nacional y en algunos estados¹¹ y, más recientemente, la Coalición por la Salud de las Mujeres¹² han sido fundamentales para avanzar con una agenda ciudadana de promoción de la salud materna y reproductiva, la disminución de la muerte materna, la promoción de los derechos humanos, el derecho a la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, e iniciar a adoptar el enfoque de derechos humanos aplicados a la salud materna.

El CPMS nacional y los comités estatales han logrado incidir en la política pública en el ámbito nacional y en los estados involucrados. A través de reuniones técnicas anuales, se ha promovido el acceso universal y gratuito a la atención obstétrica cabildeando con el gobierno federal y los gobiernos de estos estados y logrando la ampliación del Seguro Popular para cubrir a todas las mujeres en el programa Embarazo Saludable como una extensión del Seguro Médico de Primera Generación. Este programa fue establecido como resultado del cabildeo que se generó en la primera reunión técnica realizada en Oaxaca en 2008.

Otro ejemplo importante de incidencia ha sido la publicación en 2009 de la Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México por parte del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud Federal pero redactada por el Secretariado Técnico del Comité nacional; estrategia que establece la plataforma programática de lo que hay que hacer en el país para lograr la reducción de la muerte materna a corto y mediano plazo. En el documento se plantean estrategias novedosas, frutos en gran parte de los trabajos y avances del propio CPMS nacional y de los comités de los estados como la necesidad de incluir una perspectiva

11. El Comité Nacional Promotor por una Maternidad Segura (CPMS) fue fundado en 1993 con la finalidad de promover una maternidad segura, libremente elegida y gozosa entre las mujeres. En los estados, hay comités activos en Chiapas, Guerrero, Oaxaca y Veracruz. Los comités son interinstitucionales, interdisciplinarios e intersectoriales, con la participación activa de organizaciones de la sociedad civil, la academia, el Sector Salud, organismos multilaterales internacionales y fundaciones. El Comité de Oaxaca fue fundado en 1995. En sus casi veinte años de historia el CPMS nacional y los estatales se han colocado como las instancias de interlocución reconocidas por el Sector Salud para intercambiar y actualizar información; promover políticas, programas, estrategias y acciones innovadoras, basadas en la evidencia científica y bajo el enfoque de derechos, equidad de género e interculturalidad; tomar acuerdos en promoción de la salud materna y vigilar su cumplimiento; monitorear la política pública en salud materna; y construir alianzas entre gobierno, sociedad civil y academia a favor de la salud materna de todas las mujeres.

12. La Coalición fue formada en 2007 por 12 organizaciones de la sociedad civil -la mayoría ubicadas en el Distrito Federal- y el CPMS, como un espacio de articulación ciudadana con la finalidad de promover los derechos sexuales y reproductivos y el derecho a la salud de las mujeres. La red se especializa en los derechos humanos de las mujeres, la perspectiva de género y el análisis de presupuestos (Coalición, s/f).

de interculturalidad en las estrategias y acciones en salud materna, la promoción de la partería profesional, el establecimiento de observatorios ciudadanos para la contraloría social de la política en salud materna, la necesidad de mejorar la calidad de la atención en primer nivel de capacitar al personal de salud en la atención de la emergencia obstétrica en las redes de servicios (CNEGySR, 2009).

Por último, es importante mencionar la creación en 2010 del Observatorio de Muerte Materna, como grupo de trabajo del CPMS nacional, dedicado a la construcción de indicadores (incluyendo la perspectiva de derechos) y a la vigilancia de la política en salud materna a través del monitoreo de distintos programas y la visibilización de los resultados de esta contraloría social.

La promoción de esta agenda ciudadana, no es tarea fácil en un país como México que se caracteriza por una cultura gubernamental tendencialmente autoritaria y vertical, marcada por una apertura tímida y ambivalente hacia la participación ciudadana; una institucionalidad endeble de la política pública que cada seis (o tres) años se renueva por estar sujeta a los protagonismos de los gobernantes en turno; la opacidad recurrente en la operación de programas y en el manejo de presupuestos; la falta de mecanismos claros de rendición de cuentas o la no implementación de los mismos; el uso común de la discrecionalidad en la toma de decisiones y en el manejo de los recursos; y un sistema político dominado por partidos corporativos y clientelares y en donde la corrupción es además endémica.

Además, el país presenta un desarrollo endeble de la cultura institucional de promoción y respeto de los derechos humanos y procesos de ciudadanización y gobernabilidad democrática incipientes y precarios; más endebles precisamente entre los sectores sociales subalternos donde más estos derechos tienden a ser vulnerados.

Tampoco hay que omitir la gran influencia que ejercen la iglesia católica y fuerzas políticas conservadoras cuyos intentos para restringir los derechos reproductivos de las mujeres han tenido éxitos, sobre todo a lo largo de las dos últimas administraciones presidenciales en manos del partido de tendencia católica Partido Acción Nacional.

Finalmente y a diferencia de países como Colombia, México tiene un sistema de justicia que no resuelve ni garantiza justicia y en donde predomina un formalismo jurídico poco receptivo para una agenda ciudadana de justiciabilidad de los DESC o los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Sin embargo, las resoluciones recientes (2011) de la Corte Suprema de la Nación de que los tratados internacionales son parte intrínseca de la normatividad jurídica del país y tienen rango superior a las leyes federales y estatales abre ahora una puerta para la exigibilidad de estos derechos en las Cortes y como una forma de hacer presión al gobierno federal y a los gobiernos estatales.

6. CONCLUSIONES

Como hemos visto, la articulación entre el enfoque de derechos humanos y la muerte materna como una violación fundamental a los derechos básicos de las mujeres, es un enfoque reciente, innovador y con un gran potencial para poder promover, defender y garantizar la salud materna y los derechos reproductivos de todas las mujeres en México. El enfoque responsabiliza directamente al gobierno federal y a cada uno de los gobiernos estatales para que cumplan con el establecimiento de redes de servicios universales, oportunas y efectivas en salud materna; hace un llamado a la sociedad civil organizada y a la ciudadanía para que participen en un diálogo fructífero con los organismos gubernamentales para buscar soluciones en conjunto que mejoren los servicios de salud materna para toda la población; y establece la importancia de la contraloría social, la abogacía, el cabildeo y la denuncia pública para demandar el cumplimiento de los derechos humanos de las mujeres en el ámbito no sólo de la salud reproductiva sino también de la salud materna. En México ya existen redes y alianzas consolidadas¹³ que pugnan por la salud materna y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. El reto actual es mantener y fortalecer ese trabajo, establecer alianza con organizaciones de la sociedad civil que defienden los derechos humanos para que incluyan a la muerte materna en sus agendas de defensoría e interactuar en un contexto político nacional donde la gobernanza democrática es un proceso todavía endeble y seguramente inacabado.

13. Que estén consolidadas, no implica que no enfrenten retos de distinta índole. Tal vez el más grande en este momento es garantizar el financiamiento para que ONGs y redes puedan seguir desempeñando su papel y trabajo en tiempos de restricción de presupuestos y financiamientos menguantes para la sociedad civil en México.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A.A.V.V. (2012) *Encuesta de Salud y Nutrición 2012*. Cuernavaca (México): Instituto Nacional de Salud Pública.

<http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf> [consultado el 11/08/2013].

Asamblea General de Naciones Unidas (1979) *Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)*. Aprobada en New York, 18 de diciembre. <http://www2.ohchr.org/english/law/cedaw.htm> [consultado el 24/12/2009].

Brisk, Alison (2002) "Introduction: Transnational threats and opportunities." En Alison Brisk (ed.) *Globalization and human rights*. Berkeley: University of California Press, pp. 1-18.

Castro Vásquez, María del Carmen (2008) *De pacientes a exigentes. Un estudio sociológico sobre la calidad de la atención, derechos y ciudadanía en salud*. Hermosillo (México): Colegio de Sonora.

Castro, R.; Agustín Ruiz, G.; Arena Monreal, M.L.; Juárez Márquez, S. y Barrios Martínez Rojas, N. (2002) "Violencia contra mujeres embarazadas entre las usuarias del IMSS. Un estudio sobre determinantes, prevalencia y severidad". *Papeles de Población* 31, pp. 243-266.

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR) (2009) *Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México*. México D.F.: Secretaría de Salud.

Cervantes, Alejandro (2001) "Universalización, desigualdad y ética: intervenciones en la teorización sobre derechos humanos". En Juan Guillermo Figueroa (coord.) *Elementos para un análisis ético de la reproducción*. México D.F.: UNAM/Porrúa.

Coalición para la Salud de las Mujeres (s/f) Díptico. <http://www.fundar.org.mx/clases/wp-content/uploads/pdf/dipticocoalicion.pdf> [consultado el 15/03/2012].

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CoIDH) (2010) *Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos*. Washington: Organización de Estados Americanos/CoIDH.

Committee on Economic, Social, and Cultural Rights (COESCR) (2000) *General Comment No. 14. The right to the highest attainable standard of health*, 22a. Sesión, del 25 de abril al 12 de mayo, Ginebra.

Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas (CDHNU) (2009) *Preventable maternal mortality and morbidity and human rights*, resolución adoptada por la Asamblea General de Naciones Unidas, 11ª. Sesión, Documento A/HRC/11/L.16/Rev.1, 16 de junio. <http://www.mfat.govt.nz/downloads/humanrights/HRC-Res-Maternal-Mortality.pdf> [consultado el 26/12/2009].

CONAPO (2010) *Principales indicadores de salud reproductiva. ENADID 2009*. México D.F.: CONAPO.

Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) (2011) *Encuesta Nacional sobre Discriminación en México-ENADIS 2010*. México D.F. : CONAPRED.

Correa, Sonia y Petchesky, Rosalind (2001) “Los derechos reproductivos y sexuales: una perspectiva feminista”. En Juan Guillermo Figueroa (coord.) *Elementos para un análisis ético de la reproducción*. México, D.F. : UNAM/Porrúa.

Crenshaw, Kimberle (1991) “Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color”. *Stanford Law Review* 43, pp. 1241-1279.

Díaz, Daniela (2009) “Presupuesto público y mortalidad materna”. En Graciela Freyermuth y Paola Sesia (coords.) *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*. México, D.F.: CIESAS/CPMS-México/Instituto Nacional de las Mujeres, pp. 37-42.

Elu, María del Carmen (1993) *La luz enterrada. Estudio antropológico sobre la mortalidad materna en Tlaxcala*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.

ESADEMI (2008) *Encuesta de Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas*. Cuernavaca (México): Instituto Nacional de Salud Pública/Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.

Farmer, Paul (2005) *Pathologies of power. Health, human rights, and the new war on the poor*. Berkeley: University of California Press.

Freyermuth Enciso, Graciela (2003) *Las mujeres de humo. Morir en Chenalhó*. México D.F.: CIESAS/Porrúa/ Instituto Nacional de las Mujeres/ CPMVR-Chiapas.

González de la Rocha, M.; Jelin, E.; Perlman, J.; Roberts, B.; Safa, H. y Ward, P. (2004) “From the marginality of the 1960s to the new ‘poverty’ of today: A LARR Research Forum”. *Latin American Research Review* 39(1), pp. 183-203.

Hofbauer, H., Gabriel, L. y Martínez, B. (2002) *La salud: Un derecho social, no un privilegio*. D.F., México: FUNDAR.

<http://www.fundar.org.mx/secciones/publicaciones/pdf/doc-lasaluduunderecho nounprivilegio.pdf>. [consultado el 20/01/2010].

Hunt, Paul (2006) *Informe del relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, Asamblea General de Naciones Unidas, 61era. Sesión, 14, Documento A/61/338, distribuido el 13 de septiembre. <http://www.unfpa.org/derechos/documents/ PaulHunt07.pdf> [consultado el 26/12/2009].

Hunt, Paul y Bueno de Mesquita, Judith (2006) *Reducing maternal mortality: the contribution of the right to the highest attainable standard of health*. Colchester (Reino Unido): Human Rights Centre, University of Essex.

Instituto Nacional de las Mujeres (INMujeres) (2008) *Violencia en las relaciones de pareja. Resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2006*. México, D.F.: INMujeres.

- Krotz, Esteban (2008) “La fundamentación de la idea de los derechos humanos en contextos multiculturales”. *Alteridades* 18 (35), pp. 9-20.
- Meneses, S.; Freyermuth, G. y Meléndez, D. (2008) *Monitoreo y evaluación continua de las condiciones de accesibilidad, la disponibilidad de recursos y la calidad de la atención para la atención materna en unidades de primer y segundo nivel de atención*. México, D.F.: CPMS-México.
- Messer, Ellen (1993) “Anthropology and human rights”. *Annual Review of Anthropology* 22, pp. 221-249.
- Nagengast, Carol y Turner, Terence (1997) “Introduction: Universal human rights versus cultural relativity”. *Journal of Anthropological Research* 53(3): pp. 349-369.
- Observatorio de Mortalidad Materna en México (OMM) (2012) *Mortalidad materna en México. Numeralia 2010*. México D.F.: OMM.
- Olvera, Alberto (2003) *Sociedad civil, esfera pública y democratización en América latina: México*. Xalapa (México): FCE/Editorial Universidad Veracruzana.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (2005) *Estudios de la OCDE sobre sistemas de salud*. México. París: OCDE.
- Organización de Naciones Unidas (ONU) (1948) *Declaración universal de los derechos humanos*. New York: ONU.
- ONU (1966) *Pacto Internacional sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)*. New York: ONU. <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm> [consultado el 14/03/2012].
- Physicians for Human Rights (PHR) (2008) *Deadly delays: maternal mortality in Peru—a rights-based approach to safe motherhood*. Cambridge, Massachusetts, E.U.: Physicians for Human Rights.
- Portes, Alejandro y Hoffman, Kelly (2003) “Latin American class structures: Their composition and change during the neoliberal era”. *Latin American Research Review* 38(1), pp. 41-82.
- Santamaría, Ángela (2008) *Redes transnacionales y emergencia de la diplomacia indígena: Un estudio del caso colombiano*. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario.
- Santos, Boaventura de Sousa (2002) “Hacia una concepción multicultural de los derechos humanos”. *El Otro Derecho* 28, pp. 59-83.
- Santos, Boaventura de Sousa y Rodríguez Garavito, César (eds.) [2005] (2007) *El derecho y la globalización desde abajo. Hacia una legalidad cosmopolita*. México D.F. y Barcelona: Univ. Autónoma Metropolitana de México/Anthropos.
- Sesia, P.; Zentella, A.; Ruiz, K. y C. Chávez (2007) “Violencia y mortalidad materna en contextos indígenas de Oaxaca. Una mirada etnográfica”. *GénEro* 1, Época 2, Año 14, pp. 53-83.

- Sesia, Paola “Muerte materna en México”. Presentación en la videoconferencia con medios de comunicación en el tema *Participación de las mujeres en el ámbito político, social y científico en México*, D.F., México: CIESAS, 6 de marzo de 2012
- Sesia, P.; García Rojas, M.; García Castellanos, N.; Carmona Luna, G. y Sachse Aguilera, M. (2013) “Resultados del Monitoreo de las Redes de Servicios de Salud Materna del Estado de Oaxaca”. En Graciela Freyermuth y Paola Sesia (coords.) *Monitoreo, diagnósticos y evaluación en salud sexual y reproductiva: Nuevas experiencias de contraloría social*. Oaxaca (México): CIESAS/Comité Promotor por una Maternidad Segura-México/Observatorio de Muerte Materna, pp. 181-206.
- Speed, Shannon (2006) “Entre la antropología y los derechos humanos. Hacia una investigación activista y comprometida críticamente”. *Alteridades* 31, pp. 73-85.
- Speed, Shannon y Sierra, María Teresa (2005) “Critical Perspectives on Human Rights and Multiculturalism in Neoliberal Latin America”. *PoLAR: Political and Legal Anthropology Review*, 28(1), pp. 1-9.
- UNICEF (2009) *Estado mundial de la infancia 2009. Salud materna y neonatal*. New York: UNICEF.
- UNICEF (2012) *Estado mundial de la infancia 2012. Niñas y niños en un mundo urbano*. New York: UNICEF.
- Wilson, Richard (1997) “Introduction: Human Rights, Culture and Context”. En Richard Wilson (ed.) *Human rights, culture and context: Anthropological perspectives*. Londres: Pluto Press.
- Yamin, Alicia Ely (coord.) (2006) *Derechos económicos, sociales y culturales en América Latina. Del invento a la herramienta*. Ottawa (Canadá): IDRC/Asociación Pro Derechos Humanos (APRODEH)/ México D.F.: Plaza y Valdés Eds.