



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIAPAS**

**CENTRO DE ESTUDIOS PARA  
LA CONSTRUCCIÓN DE CIUDADANÍA  
Y LA SEGURIDAD**

**TESIS**

**MUERTE MATERNA: VIOLACIONES A DERECHOS HUMANOS EN  
CHIAPAS**



CENTRO DE ESTUDIOS PARA LA CONSTRUCCIÓN  
DE LA CIUDADANÍA Y LA SEGURIDAD

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE**

**MAESTRA EN DEFENSA  
DE LOS DERECHOS HUMANOS**

**PRESENTA**

**SILVIA CASTILLO ENRRIQUEZ**

**DIRECTORA DE TESIS**

**DRA. YOLANDA CASTAÑEDA ALTAMIRANO**

**CO-DIRECTORES**

**MTRO. JESÚS PINEDA CARPIO**

**DR. JOSÉ ADRIANO ANAYA**

**TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS**

**DICIEMBRE 2019**



*MAESTRÍA  
en Defensa  
de los Derechos  
Humanos*



**CONACYT**

*Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología*



Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

29 de noviembre del 2019

Oficio No. CECOCISE/CIP/05/19

ASUNTO: Autorización/ impresión de tesis.

**LIC. SILVIA CASTILLO ENRRIQUEZ**

Promoción: 3ª promoción

Matrícula: PC328

Sede: Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

**P R E S E N T E.**

Por medio del presente, informo a Usted que una vez recibido los votos aprobatorios de los miembros del **JURADO** para el examen de grado de la **Maestría en Defensa de los Derechos Humanos** para la defensa de la tesis intitulada:

**Muerte materna: violaciones a Derechos Humanos en Chiapas.**

Por lo anterior, y de conformidad al artículo 116 inciso D del Reglamento General de Investigación y Posgrado, y de Evaluación Profesional para los egresados de la Universidad Autónoma de Chiapas, se le **autoriza la impresión de seis ejemplares y tres electrónicos (Cds)**, los cuales deberá entregar:

- Un CD: Dirección de Desarrollo Bibliotecario de la Universidad Autónoma de Chiapas.
- Una tesis y un CD: Biblioteca del CECOCISE.
- Cinco tesis y un CD: Área de Titulación de la Coordinación de Investigación y Posgrado del CECOCISE, para ser entregados a los sinodales .

Sin otro en particular, reciba un cordial saludo.

**ATENTAMENTE**

*"Por la conciencia de la necesidad de servir"*

  
**DR. RIGOBERTO MARTÍNEZ SÁNCHEZ**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO



C.c.p.- *Dr. José Adriano Anaya.- Coordinador de la Maestría en Defensa de los Derechos Humanos del CECOCISE-UNACH. Expediente/Minutario.*

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi madre Enriqueta Enríquez López por todo el amor y sabiduría

A mis herman@s:

Florentina, Daniel, Josefa, Reyna, Norma, María de Ángeles por la confianza en mí. En memoria a Rufino

A mis hijos, Leonardo y Grettel. Mis motores que me impulsan

A mis sobrin@s por todo el cariño que me brindan

A Ros, por su apoyo y experiencia.

A mis amigas y amigos por el apoyo durante todo este proceso académico

A mi comité tutorial por la enseñanza y guía, en especial a mi tutora, Dra. Yolanda Castañeda Altamirano, por su profesionalismo, por su tiempo y conocimiento valioso.

Dedico esta tesis a todas las mujeres víctimas que se adelantaron en el camino



Este trabajo fue realizado gracias al financiamiento que recibí como becaria 786515 de la Maestría en Defensa de los Derechos Humanos en la Universidad Autónoma de Chiapas, otorgado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, durante el periodo agosto 2016 a julio 2018.

En la sociedad capitalista, el cuerpo es para las mujeres lo que la fábrica es para los trabajadores asalariados varones: el principal terreno de su explotación y resistencia, en la misma medida en que el cuerpo femenino ha sido apropiado por el Estado y los hombres, forzado a funcionar como un medio para la reproducción y la acumulación de trabajo. En este sentido, es bien merecida la importancia que ha adquirido el cuerpo, en todos sus aspectos –maternidad, parto, sexualidad tanto dentro de la teoría feminista como en la historia de las mujeres (Alfonso y Beristain, 2010: 9)

# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>9</b>
<b>CAPÍTULO I.....</b>	<b>13</b>
<b>EXPOSICIÓN DE LOS HECHOS.....</b>	<b>13</b>
1.1. Presentación del caso .....	15
1.2 Presentación de los hechos.....	19
1.3 Derechos violentados.....	20
1.4. Identificación de las víctimas.....	23
1.5 Autoridades responsables.....	28
<b>CAPÍTULO 2 .....</b>	<b>31</b>
<b>ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y CONTEXTO SOCIO JURÍDICO Y CULTURAL.....</b>	<b>31</b>
2.1 Panorama de la muerte materna y el contexto relacional.....	33
2.1 Género, muerte materna y derechos humanos .....	38
2.2 Muerte materna en América Latina y el Caribe.....	46
2.3 Muerte materna en Chiapas .....	48
2.4 Parteras y derechos humanos.....	51
2.5 Políticas Públicas y Acceso a la Salud de las Mujeres .....	54
<b>CAPÍTULO 3.....</b>	<b>57</b>
<b>FUNDAMENTACIÓN JURIDICA DE VIOLACIONES A DERECHOS HUMANOS.....</b>	<b>57</b>
3.1 Derecho a la protección de la salud .....	60
3.2 Derechos reproductivos y derecho a la vida .....	62
3.3 Derecho al acceso a la justicia.....	64
3.4 Derecho a una vida libre de violencia.....	66
<b>CAPÍTULO 4.....</b>	<b>71</b>
<b>DESCRIPCIÓN DE LA ESTRATEGIA DE DEFENSA .....</b>	<b>71</b>

4.1 Lo Jurisdiccional.....	75
4.2 Lo no jurisdiccional.....	80
4.3 Acción Política.....	83
<b>CAPÍTULO 5 .....</b>	<b>87</b>
<b>ESTRATEGIA EN EL SISTEMA INTERNACIONAL .....</b>	<b>87</b>
5.1 Sistema Interamericano.....	90
5.2 Sistema Universal.....	93
<b>CAPÍTULO 6 .....</b>	<b>95</b>
<b>LA ESTANCIA PROFESIONAL Y EL ACOMPAÑAMIENTO .....</b>	<b>95</b>
6.1 Seguimiento de la queja.....	97
6.2 Aportaciones de la estancia.....	100
6.3 Balance de acciones emprendidas .....	109
6.4 Obstáculos encontrados.....	110
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>113</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>119</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>123</b>

## INTRODUCCIÓN

La muerte materna es un problema de salud pública que afecta directamente a las mujeres. De acuerdo a los roles de género la mujer debe de ser madre para poder ser una mujer “completa y plena” es decir que el contexto social la obliga a tener hijos. No obstante, en la etapa del embarazo la mujer está en peligro debido las circunstancias que puedan presentarse; económico, cultural, social, geográfico, entre otros.

Sin embargo, la Muerte Materna puede ser evitable si hay una atención oportuna y de calidad. Una muerte evitable es aquella que pudo haber sido impedida por una atención médica efectiva y oportuna, lo que implica que dichos decesos no deberían ocurrir.

Una de las causas principales de Muerte Materna en el país es la hemorragia obstétrica. A nivel nacional, en el año 2010-2018 se observó que en las defunciones por hemorragia obstétrica intervenían factores como falta de resolución eficiente en las unidades médicas en los tres niveles de atención (principalmente problemas de insumos y recursos humanos poco capacitados) y hospitales receptores imposibilitados de proporcionar la atención inicial para lograr la estabilización de las pacientes y su posterior referencia a otras unidades con mayor capacidad resolutive.

A partir del 2007, en México, se pusieron en marcha políticas públicas encaminadas a priorizar el acceso a los servicios de salud materna, porque es una de los principales derechos, el acceso a la salud y la atención de calidad deben de

ser el eje para evitar problema que presentan las mujeres en el servicio de salud. No obstante:

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), todos los días mueren 800 mujeres en el mundo por causas relacionadas con el embarazo y el parto. La mayor parte de estas muertes son prevenibles y un porcentaje muy grande corresponde a mujeres en situación de vulnerabilidad: rurales, indígenas, afrodescendientes y pobres. Para 2010, en México cinco entidades federativas se concentraba el mayor porcentaje de muerte materna en mujeres hablantes de una lengua indígena: Oaxaca (55.9%), Guerrero (47.2%), Chihuahua (35.9%), Yucatán (25.0%) y Chiapas (24.6%). (GIRE, s/f)

En la presente tesis se expondrá uno de muchos casos de muerte materna que se presentó en 2017 en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas y evidencia la violación de derechos humanos relacionado con la atención a la salud. Según Graciela Freyermuht (2014: )“Las violaciones a derechos humanos que se presentan son evidentes, las políticas públicas que se han diseñado no responde a las necesidades de las mujeres”.

En la estructura de este documento se desarrollan seis capítulos; en el primero expone el caso de Karen Rubí, mujer joven que llega al Hospital General Regional Dr. Rafael Pascasio Gamboa, para solicitar atención médica para tener a su segundo hijo, los derechos violados y las autoridades responsables de este caso, las víctimas directas e indirectas. Dentro del segundo capítulo se presentan los antecedentes históricos y contexto socio jurídico y cultural del caso, así como la fundamentación jurídica de la violación en el caso Karen, señalando cada uno de los derechos que fueron transgredidos, las políticas públicas y el acceso a la salud de las mujeres.

En el capítulo tres se describe el Derecho a la Salud, Derecho a la vida y Reproductivo, Derecho a una vida libre de violencia. El cuarto capítulo se describe las estrategias de defensa aplicada en el caso; no jurisdiccional, política y jurisdiccional, con las que se busca obtener la no repetición del daño a nivel estatal y se asegure la capacitación del personal médico para una atención de calidad.

En el capítulo cinco se muestran acciones hipotéticas para incidir en instancias internacionales como resultado de la negación de acceso a la justicia en el territorio nacional, activando mecanismos en el Sistema Interamericano y Sistema Universal por medio de alianzas con organizaciones civiles (ONG) de reconocimiento nacional e internacional con trabajo en el tema de salud reproductiva con perspectiva de género y en derechos humanos, en el capítulo seis se presentan los resultados y los alcances obtenidos mediante la metodología utilizada para la defensa del caso, así como un propuestas para evitar la muerte materna en Chiapas. Finalmente, en el apartado de conclusiones se hace un análisis del proceso de defensa en el tema de muerte materna en Chiapas y se proponen algunas recomendaciones para reducir el índice de muerte materna.

Las estrategias realizadas tuvieron como trasfondo el objeto de la defensa, las cuales se realizaron con la intención de lograr la no repetición de estas violaciones que de manera muy recurrente se presentan en el sector salud, y muy específicamente en el estado Chiapas donde se presenta un alto número de fallecimientos de las mujeres.

## **CAPÍTULO I**

### **EXPOSICIÓN DE LOS HECHOS**

Este caso es uno más de tantos que se presentan en muchos países de Latinoamérica, México y en especial Chiapas que es el estado de donde era originaria Rubí. Ella nació en Suchiapa, lugar que colinda al este con Chiapa de Corzo; al norte Tuxtla Gutiérrez; al oeste Ocozocoautla de Espinosa, y al sur Villaflores. Esta localidad actualmente tiene 18,403 habitantes, cuenta con centros educativos públicos: preescolar, primaria, secundaria y bachillerato, pero no cuenta con un hospital para la mujer que brinde atención y cuidados en el ámbito de la salud reproductiva, lo cual genera que las mujeres que requieren de cuidados en la salud reproductiva, tengan que desplazarse a la capital del estado, como es el caso que a continuación se presenta.

### **1.1. Presentación del caso**

El caso de Karen Rubí mujer joven, dedicada a los trabajos del hogar y que la noche del 25 de abril 2016 a las 10 p.m. ingresó al hospital con dolores de labor de parto y quien horas después pierde la vida debido a una hemorragia obstétrica, no es un evento aislado, sino que se puede identificar como un problema que se presenta en los servicios de salud, en los cuales no hay una atención de calidad, y de manera frecuente el trato es violento y desigual para las mujeres que, dadas sus condiciones de vulnerabilidad no pueden acudir a otros servicios médicos para recibir una mejor atención médica. Esta prácticas por parte de los servidores de la salud producen violaciones a los derechos humanos de forma sistemática, generalizada y estructural, en virtud de que quienes acuden a estos espacios en la mayoría de los casos son mujeres que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad.

Karen Rubí tenía 19 años de edad, su escolaridad era media superior, a partir de que se casó se dedicaba a ser ama de casa teniendo tan solo 17 años. Su esposo era comerciante, ambos originarios de Suchiapa. Producto de su relación tenían una niña de dos años de edad, por lo que Karen sería mamá por segunda vez. Durante el proceso de embarazo no tuvo complicaciones. Karen sufrió violaciones a sus derechos humanos. El derecho a la salud, derecho a la accesibilidad de los

servicios de salud, la atención tardía de la hemorragia provocó su muerte, la cual fue producto de un entramado de omisiones y deficiencias del sistema de salud, combinado con la discriminación que sufren las mujeres. Además que se violaron los derechos de ella, también afectó a su familia.

Karen Rubí es una más que fallece en el estado de Chiapas, por la falta de atención oportuna, no se cumple con el protocolo para la atención a las mujeres embarazadas, las políticas públicas no están diseñadas a las necesidades de las mujeres con relación a la maternidad y salud reproductiva.

El Programa de Acción Específico (PAE) de Salud Materna y Perinatal del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, se construye vinculado estrechamente al Plan Nacional de Desarrollo (Financiera Nacional de Desarrollo, 2015). Dentro de este marco existe el Programa de Salud Materna y Perinatal, este es el instrumento de la política nacional de salud, se diseñó para atender a las mujeres embarazadas. No obstante, haciendo un análisis, uno se percata que estas políticas públicas no se aplican, no hay una evaluación que ayude a identificar si están respondiendo a la problemática, ya que en los últimos años la muerte materna va en aumento.

Es muy importante que las/os prestadores/as de servicio de salud fortalezcan sus capacidades y conocimientos para brindar un trato digno; y que además, existan las condiciones para que las mujeres puedan llegar a los centros de salud más cercano sin contratiempos, para que no se ponga en riesgo la vida de las mujeres y las de sus hijos (as).

Debido a la gravedad del problema, se han abierto más centros de salud para que más mujeres puedan ser atendidas durante el embarazo y la lactancia. Sin embargo, no se trata de implementar más servicios de salud, sino de vigilar cómo es el trato y la atención que se ofrece a las mujeres, si hay calidad en la atención médica, si hay medicamentos disponibles, si tienen un acceso adecuado, si se obtiene el consentimiento informado etcétera.

Un escenario real que afecta gravemente a las mujeres y a su salud reproductiva, es que en la mayoría de las comunidades del estado de Chiapas no se cuenta con recursos humanos en salud, con lo cual resulta insuficiente brindar

una atención oportuna durante las 24 horas del día para atender a una mujer cuando requiere del servicio, sobre todo si es de urgencia.

Si en el Plan Nacional se diseñaron políticas públicas para darle prioridad a la salud de las mujeres, en los hechos, éstas no aplican el enfoque de género y tampoco de derechos humanos, ya que muchas mujeres han recibido malos tratos por parte del personal de salud haciéndoles sentir mal, discriminándolas y violando sus derechos humanos. De tal forma que, las políticas públicas resultan ser excluyentes, pues muchas mujeres no tienen acceso a la salud y las que tiene acceso son discriminadas.

El Convenio que se ha hecho a nivel federal con los hospitales, establece que todas las mujeres deberán ser atendidas en cualquier unidad de salud, pero sólo las mujeres que presenten complicaciones obstétricas son las que generalmente tienen atención. Por lo anterior, este convenio es un claro ejemplo que los programas que operan no resuelven las necesidades de las mujeres, la pregunta es ¿qué pasa con las mujeres que no presentan “problemas” y no están afiliadas, serán atendidas?

El caso de Karen Rubí que al principio se expuso permite ver las incongruencias que se presentan en el Sistema de Salud, ya que ella durante el embarazo no tuvo complicaciones, pero por la falta de atención oportuna y al no contar con el personal en ese momento, ella esperó por muchas horas, lo que generó que la situación se complicara ocasionándole una hemorragia que le costó la vida.

En Chiapas muchas mujeres han esperado varias horas para que sean atendidas y algunas no logran salvar sus vidas. Existen los programas, las políticas públicas, las reformas en el sector salud, el protocolo de atención a las mujeres, pero esto no siempre conlleva el cumplimiento de los compromisos en los lugares en donde deben reflejarse estas directrices. Derivado de esta situación habría que interrogarse ¿cómo afecta estas circunstancias a las mujeres y a sus familias? Si no se implementan o no se cumple con los acuerdos establecidos, en donde las mujeres deben de ser atendidas prioritariamente durante el embarazo. Ya que las mujeres están en riesgo cuando se embarazan, cuando acuden a los servicios de

salud y los hospitales, esto por el trato que se les da por esa razón prefieren acudir a las parteras ya que los hospitales muchas veces las dejan a la deriva, con graves consecuencias para su vida y la de sus familias.

Lo anterior uno de los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, en el cual se precisa el aseguramiento al acceso al servicio de salud. Este consiste en avanzar en la construcción de un Sistema de Salud Universal que garantice la cobertura, el acceso efectivo y la calidad de los Servicios de Salud, mejorar la atención y garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad.

De acuerdo a la situación que presenta Chiapas, el objetivo del Plan Nacional de Desarrollo deja mucho que decir, no hay acceso a los servicios de salud, no hay medicamentos en los servicios de salud y la atención no es de calidad. Muchas mujeres de Chiapas cuando acuden al servicio de salud deben comprar los medicamentos fuera de la institución oficial de salud. Por tanto una mujer que tiene posibilidades de acudir a un servicio particular para atenderse lo hará, pensando que será atendida con mejor calidad y en donde recibirá un trato más digno. Por el contrario, una mujer que no cuenta con lo necesario para ser atendida en estos hospitales privados, es probable que tengan que pasar por muchas dificultades, malos tratos y esperas interminables, entre otras cosas.

En otros contextos, se brinda atención humanizada a las mujeres durante el trabajo de parto, e incluye la mejora de las condiciones. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que se deben adoptar otras condiciones y otros métodos que no generen sufrimiento tanto a las madres como a sus hijos (as) en todo el proceso de parto:

- Evitar el uso de medicación durante el trabajo de parto.
- Para el manejo del dolor se deben usar preferiblemente métodos no farmacológicos, como la deambulaci3n, cambiar de posici3n, masajes, relajaci3n, respiraci3n, acupuntura y otros.
- Evitar la analgesia epidural como un m3todo de rutina para calmar el dolor. Preferir la anestesia espinal/epidural a la anestesia general en la ces3rea. (OMS,2005: 6)

El dolor del parto supone una preocupaci3n para muchas mujeres y ya se cuenta con diversas estrategias no musicalizadas que ofrecen mejora y control del dolor obst3trico.

## 1.2 Presentación de los hechos

Karen Rubí y su familia viajaron a Tuxtla Gutiérrez para recibir atención en el Hospital de la Mujer Rafael Pascasio Gamboa. La noche del 25 de abril 2016 a las 10 p.m., ingresa al hospital por dolores de labor de parto. Pasa al área de urgencias y es atendida por el médico en turno, quien solo le hace algunas preguntas de rutina sobre el embarazo. De forma violenta y grosera le dice que no es momento del parto por lo que tenía que esperar, que habían otras pacientes más graves y que no molestara, que esperara porque en ese momento no estaba el ginecólogo, ni contaban con el personal capacitado para atenderla.

Su familia se encuentra en la sala de espera de urgencias, pasa una hora y su esposo solicita que la atiendan, pero las enfermeras le dicen que tiene que esperar. El 26 de abril a las 5 A.M después de siete horas de esperar y con los dolores consecutivos pasa a trabajo de parto, en el tiempo de espera se presenta un desgarró vaginal, la atienden y una hora más tarde pasa a puerperio, a consecuencia del desgarró se presenta un sangrado intenso, según refiere la mamá. Los médicos que la atendieron no se percataron del desgarró. Ingresa a quirófano, hacen el trabajo de parto vaginal y nace su hijo.

Una vez que Karen pasa a la sala de recuperación, se le reporta estable. Minutos después empieza a sangrar, y una hora después el sangrado era más intenso, ella pregunta sobre su estado y las enfermeras le dicen que es normal y que debe estar en observación. También pregunta por su hijo y le dicen que él se encuentra bien, que espere unos minutos para que lo vea.

A las 8 de la mañana el sangrado no se detiene y se convierte en hemorragia grave, la llevan al quirófano para una revisión de cavidad (Revisión de hemorragia posparto). Se le realiza una trasfusión de sangre, y de nuevo la dejan en el área de recuperación, pero el sangrado continúa sin que los médicos pueden controlar la hemorragia, lo que ocasiona que Karen Rubí caiga en shock hipovolémico (es una afección de emergencia en la cual la pérdida grave de sangre y líquido hace que el

corazón sea incapaz de bombear suficiente sangre al cuerpo. Este tipo de shock puede hacer que muchos órganos dejen de funcionar.) Según el reporte médico.

Los familiares no saben que está ocurriendo, ningún médico llega a dar un reporte a los familiares sobre el estado de la paciente. El esposo pregunta por el estado de salud de ella y del niño, las enfermeras le dice a los familiares que ella está en recuperación y su hijo está en el cunero, y que en unas horas le dan de alta.

A las 12 del día el estado de salud de Karen Rubí sigue siendo delicado y la pasan a terapia intensiva, a las 12:50 su presión es baja y cae en paro. Los médicos en turno no pueden controlar la hemorragia y minutos más tarde como consecuencia de esto, pierde la vida. Karen Rubí fallece el martes 26 de abril a la 1:05 pm. Llaman a los familiares y les informan que había fallecido por una hemorragia que tuvo después del parto. El acta de defunción indica que fallece por aspectos indirectos, por complicaciones en el parto, por problemas de presión baja y paro cardiaco.

Ese mismo día al niño lo llevan al cunero con oxígeno y a las 4 de la tarde lo ingresaron a la incubadora porque su estado también es delicado. Según los reportes médicos tenían problemas al respirar, lo tienen en observación y con oxígeno. El 27 de abril entre 9 y 10 de la mañana el niño también fallece. Los familiares son informados de que el niño presentó problemas de respiración porque sus pulmones tenían líquido lo que le ocasionó la muerte al día siguiente.

Los familiares señalaron que debido al prolongado tiempo de espera, el líquido amniótico se le fue a los pulmones del recién nacido, sin embargo los médicos dijeron que fue problema que se presentó en la señora y que no se podía hacer más.

### **1.3 Derechos violentados**

El caso de Karen Rubí es similar a otros en diferentes estados del país de México. Muchas mujeres mueren por falta de atención médica, por la ubicación geográfica, por las condiciones económicas, por la discriminación, violencia de género y otros factores.

Lo que es una realidad, es que a Karen Rubí se le negó la atención oportuna al acceso a la salud, con lo cual se violaron sus derechos a la vida y a la salud. Al respecto, es necesario que se tenga presente que consisten estas violaciones a estos derechos, ya que el Estado está obligado a proteger y garantizar el cumplimiento de estos derechos fundamentales.

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos establece en el artículo 10 el derecho a la salud. En el apartado 2 los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público, por lo consiguiente deben adoptar las medidas necesarias que garanticen este derecho. En este sentido es necesario que las instituciones de salud pública cumplan y brinden los servicios médicos oportunamente y con calidad.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido a la salud como el “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2014: 17). En este sentido, la salud mental de las personas es muy importante, sobre todo en el caso de las mujeres embarazadas, quienes son más susceptibles de recibir violencia emocional, y con ello se les expone a que puedan padecer depresión posparto.

Sobre este derecho la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (2016), en su artículo 4o., párrafo cuarto, señala que “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general”.

Aunque la protección de la salud tenga como finalidad favorecer a todas las personas, este derecho reviste una gran importancia desde el punto de vista social porque permite a aquellas personas que carecen de los recursos económicos suficientes acceder a instituciones públicas de salud para recibir la atención médica que requieran.

No obstante para el caso que nos ocupa la familia de Karen menciona, que el personal del hospital no la atendió dejándola por muchas horas de espera, argumentando que el personal capacitado no se encontraba en ese momento, por lo que tenía que esperar para que el médico la atendiera.

Las violaciones que se presentaron en este caso fue la violación al derecho a la vida y la negación del derecho a la salud y la negación al derecho a la integridad de la mujer ya que Karen fue víctima de malos tratos por las enfermeras, se presentaron gritos y fue humillada por el personal de salud.

El abuso que se ejerce en contra las mujeres en los hospitales es un problema de salud pública y derechos humanos. Se presentan relaciones de poder, discriminación e inequidad social y de género. El riesgo que se presenta en las mujeres ocasionando violencia obstétrica por malas prácticas, negligencias médicas, prácticas innecesarias como la cesaría.

Durante la atención institucional del parto, la violación de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres va desde regaños, burlas, ironías, insultos, amenazas, humillaciones, manipulación de la información y negación al tratamiento, sin referir a otros servicios para recibir asistencia oportuna, aplazamiento de la atención médica urgente, indiferencia frente a sus solicitudes o reclamos, no consultarlas o informarlas sobre las decisiones que se van tomando en el curso del trabajo de parto.

La violencia de género pone en riesgo la salud de la mujer y particularmente la de la mujer embarazada, no solamente por el daño físico, sino porque a través de ella se interioriza la condición de subordinación. La violencia de género puede ser vista como coadyuvante o determinante de los riesgos durante la maternidad y está encaminada a crear un modelo de mujer. “Los resultados de algunas investigaciones [...] permiten reconocer de qué manera, desde edades tempranas, las mujeres interiorizan a través de las prácticas educativas familiares la necesidad de ser sumisas y obedientes y no manifestar sus malestares o inquietudes” (Freyermuht, 2014: 36).

Las mujeres padecen violencia, discriminación, subordinación en los servicios de salud, no pueden decidir sobre su cuerpo, se puede decir que ante esta situación las mujeres no disfrutaban su embarazo, tampoco su maternidad ya que el servicio de salud las ubica en condiciones de peligro donde esperan horas para que se les atienda. Por esta situación las mujeres deciden acudir a las parteras donde el trato es distinto.

El caso de Karen Rubí se puede afirmar que se ejerció la violencia de género y el personal de salud lo sabe por esa razón la Comisión de Arbitraje Médico llega a un acuerdo económico con la familia logrando terminar con el proceso jurisdiccional y no jurisdiccional que había iniciado la mamá y el esposo de Karen. Por cierto la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud. Es una instancia especializada que cuenta con autonomía técnica y tiene atribuciones para recibir quejas, investigar presuntas irregularidades en la prestación de servicios médicos y emitir opiniones, acuerdos y laudos, los cuales permiten solucionar los conflictos actuando con imparcialidad, confidencialidad y respeto, mediante procedimientos alternativos para la resolución de los conflictos tales como: orientación, gestión inmediata, conciliación y arbitraje (CONAMED, 2013:15)

En este caso la CONAMED llegó a un acuerdo con la familia argumentando que la señora tardó en acudir al hospital por esa razón el parto se complicó y no se pudo hacer nada. Ellos mencionaron que los médicos hicieron lo posible pero la señora Karen Rubí dejó pasar mucho tiempo.

#### **1.4. Identificación de las víctimas**

Las estrategias que se han implementado durante estos dos años han sido con la intención de lograr la no repetición de estas violaciones que se practican en el sector salud, específicamente en el estado Chiapas donde se presenta mayor número de mujeres que fallecieron, en ese sentido, Beristaín establece que:

Las garantías de no repetición son una formulación jurídica del deseo de prevención y de la materialización de la esperanza de que esos hechos nunca más vuelvan a producirse. Además, estas medidas suelen abordar problemas estructurales, de políticas públicas o legales, o incluso de prácticas administrativas, que trascienden la situación específica de las víctimas hasta alcanzar un nivel público. Son, en ese sentido, obligaciones que tienen un efecto general (erga omnes). Las víctimas habitualmente quieren que su caso sea el último (Beristain, 2010: 22)

La satisfacción contempla medidas destinadas a esclarecer la verdad de lo ocurrido, a recordar la memoria de las víctimas, a solicitar disculpas públicas, a aceptar la responsabilidad de los hechos, a promover una educación de derechos humanos que cuente lo ocurrido. Las garantías de no repetición contribuyen a la prevención mediante el control de las fuerzas y procedimientos militares, el fortalecimiento de la independencia del poder judicial, la protección de profesionales en situación de vulneración, la educación en derechos humanos a todos los sectores sociales, la promoción y capacitación también en derechos humanos a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, entre otros. Es necesario definir el concepto de víctima y su característica jurídica o legal, al respecto la Ley General de Víctimas menciona lo siguiente:

Se denominarán víctimas directas aquellas personas físicas que hayan sufrido algún daño o menoscabo económico, físico, mental, emocional, o en general cualquiera puesta en peligro o lesión a sus bienes jurídicos o derechos como consecuencia de la comisión de un delito o violaciones a sus derechos humanos reconocidos en la Constitución y en los Tratados Internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte (...) Son víctimas indirectas los familiares o aquellas personas físicas a cargo de la víctima directa que tengan una relación inmediata con ella (...) Son víctimas potenciales las personas físicas cuya integridad física o derechos peligran por prestar asistencia a la víctima ya sea por impedir o detener la violación de derechos o la comisión de un delito (...) Son víctimas los grupos, comunidades u organizaciones sociales que hubieran sido afectadas en sus derechos, intereses o bienes jurídicos colectivos como resultado de la comisión de un delito o la violación de derechos. (Ley General de Víctima, 2017: 2)

a) Víctimas directas e indirectas

Víctimas directas: Las mujeres embarazadas y en edad reproductiva. Las mujeres que fallecen antes, durante y después del parto son las que están en situación de vulnerabilidad ya que son pobres, viven en zonas urbanas y rurales, son jóvenes, escolaridad baja.

En este caso Karen Rubí fue una víctima directa, pues es sobre su humanidad donde recae la violencia. Karen era una mujer joven de 19 años, pobre y embarazada. Fui víctima del personal de salud. Víctima de las violaciones a sus derechos Sexuales y reproductivos. El caso de Karen es preocupante pues esta violencia hacia las mujeres cuando están embarazadas ocurre a diario en los servicios de salud.

Por otro lado, los derechos que fueron agredidos son: el derecho a la vida, a la protección a la salud, a la integridad personal, a la igualdad y el derecho a una vida libre de violencia ya que el personal de salud no se condujo con respeto a los derechos humanos. En el marco de la atención obstétrica, algunos integrantes del personal de salud incurrieron en prácticas y omisiones que tuvieron como resultado el menoscabo de los derechos de Karen.

Victimas indirectas: Las familias de las mujeres que han fallecida (hijo/as, la madre y el padre de la víctima y el esposo). También pobres, sin acceso a los servicios de salud. Las hijas/os de las occisas sufren un dolor psicológico pues la pérdida de ella hace que estén en situación de vulnerabilidad, donde el Estados no protege la vida, dejando a su familia y los padres y abuelas se hacen cargo de los hijos.

Durante muchos años se ha luchado para que las mujeres puedan ejercer sus derechos, tener presencia en la sociedad, exigir sus derechos como personas, ser sujetas de derechos para lograr ser agentes de cambio. Como sabemos esto no ha sido fácil, tampoco se ha logrado reconocer los derechos de las mujeres. Es necesario primero describir que es víctima.

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. “La mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. La mayoría de las muertes

maternas son evitables” (OMS, 2017: 1)

Las mujeres son víctimas del Estado al no garantizar la protección a la vida y a la salud. Pero además derivado de esto, muchas mujeres se enfrentarán a un trauma psicosocial que posiblemente las dejará en completa indefensión, con lo cual no llevará a cabo una lucha para defender sus derechos, y no tendrá acceso a la justicia, quedando estos hechos en la impunidad. Esta situación es grave cuando se confrontan los altos índices de mortalidad materna, los cuales se relacionan con el acceso y la atención de calidad, para que las mujeres tengan un parto humanizado.

Vilma Duque menciona que en México, en 2010 la segunda causa de muerte materna fue la hemorragia obstétrica. Actualmente la Ciudad de México, Guerrero, Puebla, Oaxaca y Chiapas son los estados donde se presentan un alto índice en muerte materna, Chiapas ocupa el primer lugar con 84 mujeres fallecidas en el 2018 (OMS, 2017:33)

Las mujeres que pertenecen a los grupos vulnerables no cuentan con servicios de salud, la muerte materna se relaciona con la calidad de los servicios, pues la problemática está asociada con la cobertura y calidad de atención prenatal, ya que a través de ella se pueden detectar enfermedades de la madre, problemas del embarazo, parto y puerperio. Las mujeres que no son beneficiarias a un servicio de salud y no tiene posibilidades económicas puede enfrentarse con estas situaciones, por lo consiguiente también son víctimas porque no se les están garantizando sus derechos humanos.

Hablar de muerte materna es muy complejo sobre todo cuando las víctimas directas son las mujeres que ya no están y que no podrán hacer posible la justiciabilidad de los derechos, al menos de forma directa. Las víctimas indirectas son las mujeres en edad reproductiva, embarazadas y las familias de las mujeres que fallecieron. Ellas son las que luchan para hacer justicia y que el Estado se comprometa a garantizar y respetar el derecho a la vida y a la salud de las mujeres.

Una de las estrategias de defensa es que por medio de las ONG les ayudemos a las mujeres a que conozcan sus derechos, así también brindarles

ayuda psicológica para romper con el silencio y ayudar a otras mujeres para que no pasen lo mismo y que además sean las que exijan que se les respete sus derechos humanos, exigir al Estados la no repetición, a vigilar si se está llevando a cabo las políticas públicas que se han diseñado a favor de las mujeres, a exigirle al Estado que cumpla los acuerdos, convenios y pactos que ha firmado para asegurar los derechos de las mujeres.

En lo particular como parte de una ONG defendiendo los derechos sexuales y reproductivos es importante que documentemos casos de las mujeres que han fallecido, haciendo público este tema de “muerte materna”. La participación protagónica de las víctimas en los procesos de defensa de sus derechos humanos es muy importante ya que ellas deben de involucrarse en su propia defensa y ayudar a otras mujeres para que también rompan el silencio y se manifiesten.

En este contexto, el psicólogo o trabajador de la salud mental se convierte en un agente de cambio social reconociendo como fundamental el carácter histórico y cultural de los fenómenos psicológicos y sociales. Lo comunitario implica aquí la promoción del rol activo de los miembros de una comunidad con miras a su empoderamiento. La Psicología Social Comunitaria como se practica en Guatemala, hace énfasis en el desarrollo de las fortalezas y capacidades, más que en las debilidades y carencias de las personas afectadas. Pone en el centro la importancia de conocer las relaciones de poder y sus implicaciones sociales.

Como lo he mencionado anteriormente este tema es complejo ya que uno de los factores que han limitado esta defensa es que muchas mujeres y madres de las mujeres que han fallecido se encuentran en un proceso de duelo o luto donde este se puede llevar varios años si no hay ayuda psicológica para que ellas puedan hacer justicia para sus familiares.

Una de los testimonios de una madre que perdió a su hija de 19 años durante el parto dijo: “Mi hija ya no está, han dejado sin madre a una niña de dos años pero lucharé para que mi nieta pueda crecer y tenga un futuro distinto, donde la historia de mi hija no se repita con otras mujeres” es por ello, que muchas de las reparaciones no se llegan a realizar, la menos algunas experiencias así lo indican:

Las víctimas son gente a quien se le ha quitado su hábitat, su cultura, su parte de vida, pues con el desplazamiento no volvieron a su vereda, a su municipio donde tenían todo, y donde llegaron no encontraron nada. Algunas han tratado de reponerse de los efectos, se han empoderado de sus derechos, han aprendido a exigir, pero aun así no han sido reparadas ya que es una historia de nunca acabar. Los conflictos continúan por organizarse y tratar de ganar un espacio en la sociedad, los procesos se han demorado mucho y esto parece un conflicto de nunca acabar (Afonso y Beristain, 2013:39).

Es importante escuchar a las víctimas, darle un acompañamiento psicosocial para que ellas puedan empoderarse y luchen para hacer justicia, exigirle al Estado a respetar los derechos de las mujeres, la no repetición es urgente ya que muchas mujeres han muerto a consecuencia de la violencia obstétrica y la falta de acceso a la salud. Ejerciendo los derechos que tenemos como mujeres podemos ser agentes de cambio, desde nuestros espacios hacer un análisis de reflexión que nos permita construir o reconstruir el tejido social que en la actualidad se ha ido deteriorando por muchos factores que afectan directamente a los Derechos Humanos.

### **1.5 Autoridades responsables**

El caso de Karen Rubí se presentaron varias violaciones a sus derechos, uno de las principales fue la falta de atención oportuna. Ella esperó muchas horas y a causas de ello, tuvo un fatal desenlace y la más afectada fue la hija que dejó Karen, una niña de dos años, actualmente tiene 4 años y vive con su papá.

El derecho a la salud es un derecho fundamental que debe tener tres aspectos importantes universalidad, equidad y calidad. El Estado mexicano tiene la obligación de garantizar el derecho a la salud, sin importar el sexo, raza o posición económica.

El Estado es uno de los responsables al no garantizar el derecho a la vida, a la integridad personal, el derecho a la salud y a los derechos reproductivos como derechos humanos, El Estado no protege el derecho a la vida y por ello se les niega el acceso a los servicios de salud. Se les niega la atención médica, no se les brinda

medicamentos necesarios, no hay aparatos e instrumentos adecuados para atender a las mujeres, no hay personal capacitado para la atención.

De igual forma, las políticas públicas no están diseñadas para resolver la problemática, ya que estas están descontextualizadas, muchas mujeres están inscritas a un programa gubernamental, pero no son derechohabientes, lo que ocasiona la negación al servicio médico. Chiapas es la entidad del país donde se presentan más casos de muerte materna y una de las causas es la pobreza, exclusión social y discriminación. Los recursos públicos se han diseñado para resolver las condiciones en las que viven las mujeres, pero los resultados no han sido favorables.

Entre otros responsables también se mencionan los siguientes:

El Secretario de Salud: Dr. Francisco Ortega Ferrera. Al no vigiar que se cumpla el protocolo de atención a las mujeres embarazadas y no gestionar para equipar los hospitales para que se atiendan de calidad a las mujeres.

El personal médico: (No hay nombres ya que la familia solicitó el expediente y se lo negaron) al no atender a la persona afectada en el momento que ella lo requirió, lo que derivó en violencia obstétrica, la cual se manifestó por los malos tratos recibidos.

Karen acudió al hospital en Tuxtla Gutiérrez que está aproximadamente 40 minutos de su localidad, era beneficiaria del Seguro Popular. La noche del 25 de abril 2016 a las 10 p.m. Karen Rubí ingresa al hospital Regional "Rafael Pascasio Gamboa por dolores de labor de parto. Karen queda en la sala de espera y una enfermera le hace algunas preguntas, ella espera 7 horas porque el personal médico no se encontraba. Después de muchas horas Karen Rubí es atendida por el ginecólogo y la pasan para el trabajo de parto. Karen fallece el martes 26 de abril a la 1:05 pm. El acta de defunción indica que Karen fallece por aspectos indirectos, por complicaciones en el parto, por problemas de presión baja y paro cardíaco.

## **CAPÍTULO 2**

### **ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y CONTEXTO SOCIO JURÍDICO Y CULTURAL**

La mortalidad materna tiene sus orígenes en la pobreza, en la falta de acceso a los servicios médicos, la discriminación, la falta de educación sexual y reproductiva, la ubicación geográfica y la cultura, son algunos de los factores, entre otros, que agravan su incidencia, al respecto Cabral, señala lo siguiente:

La Muerte materna es la muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días posteriores a la terminación del embarazo, independientemente de la duración o sitio del embarazo por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, sin incluir causas accidentales o incidentales (Cabral,2009:3).

En esta perspectiva, la Organización Mundial de la Salud (citado por Cabral, 2009) identifica a los países de África, el sur de Asia, América Latina y el Caribe, como los continentes en donde se encuentran las condiciones más desiguales del mundo para las mujeres en cuanto al acceso a la salud, atención y cuidados de la salud reproductiva.

Considerando lo anterior en este capítulo se tocan algunos puntos relacionados con la problemática, los cuales tienen que ver con el contexto relacional en que estas muertes se presentan tanto en el Continente Americano, como en contextos más específicos, de nuestra República Mexicana.

## **2.1 Panorama de la muerte materna y el contexto relacional**

En los países desarrollados, las mujeres corren menos riesgo de perder la vida por causas relacionadas al embarazo, debido al acceso a servicios de salud de calidad y adecuado control prenatal, por lo que representan sólo el 1% del total de muertes maternas, mientras que en los países en desarrollo representan el 99%; por eso, la mortalidad materna se ha considerado como indicador mundial, para medir las desigualdades sociales y la discriminación hacia la mujer.

En México se han diseñado programas para reducir los índices de muerte materna aún falta mucho por hacer. Uno de los programas que se implementó en el 2011 fue “Arranque parejo en la vida” este programa tenía como objetivo brindarle

atención a las mujeres embarazadas, en el parto o puerperio así como al recién nacido, se llevó a cabo en algunos estados de la república mexicana.

Sin embargo los índices de la muerte materna no se reducen con diseñar programas, sino buscar estrategias efectivas, monitorear los programas para que se cumplan los objetivos y que cuenten con las habilidades técnicas del personal de salud para resolver las emergencias obstétricas.

Los Estados con mayor número de defunciones por hemorragia son Chiapas con 23 (11.9%), Oaxaca con 20 (10.3) y Puebla con 16 (8.2%); los Estados que no presentan casos por hemorragia son Baja California Sur, Colima, Nuevo León y Tamaulipas, seguidos de Campeche, Morelos y Querétaro con sólo un caso cada uno (0.5%). (Gamboa Montejo y Valdés, 2015: 27).

Entre otras razones se afirma que en México las mujeres mueren por la pobreza, viven en condiciones de marginación, sin escolaridad y sin servicio de salud. Los factores de la muerte materna están relacionados con lo económico, política sanitaria, discriminación, factores culturales y el poco o nada acceso a los servicios de salud. Es importante resaltar que pese a los programas que el Estado integra estos no ayudan a reducir el índice de muerte materna en Chiapas pues no existe la capacitación y sensibilización por el personal de salud.

Gamboa y Valdez (2015) mencionan que:

En 2010 el Estado de México tuvo el número más elevado de causas maternas con 119 (12%), seguido de Veracruz con 78 (7.9%) y del Distrito Federal con 76 (7.7%); por su parte Baja California Sur y Colima no presentan ninguna causa materna de defunción, seguidas de Campeche y Nayarit quienes registran el número más bajo de defunciones ambas entidades con 8 (0.8%)...En cuanto a causas específicas se desprende que el Estado de México presenta el número más alto de defunciones por causas hipertensivas con 29 (11.7%), seguido de Chiapas, Distrito Federal y Veracruz con 19 (7.7%) cada uno; por su parte Baja California Sur, Campeche, Colima, Nayarit y Sonora no registran defunciones por causas hipertensivas, en cuanto a los estados

que registran el número menor de defunciones por esta causa están Morelos y Querétaro con una defunción cada uno (0.4%) (Gamboa y Valdez, 2015:19).

La preocupación de la OMS por este tema, llevó a emitir diez principios para el cuidado del embarazo y parto, y a desarrollar materiales educativos para facilitar su implementación, señalando que el cuidado del embarazo y parto normales debe:

1. Ser no medicalizado, previniendo el mínimo de intervenciones que sean necesarias;
2. Reducir el uso excesivo de tecnología o la aplicación de tecnología sofisticada o compleja cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o aún superiores;
3. Basarse en las evidencias científicas;
4. Regionalizarse y desarrollar un sistema eficiente de referencias de centros de atención primaria a niveles de cuidado secundario y terciario;
5. Incluir la participación multidisciplinaria de profesionales de la salud tales como parteras, especialistas en obstetricia, neonatología, enfermería, educación del parto y de la maternidad, y en ciencias sociales;
6. Ser integral, teniendo en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños/as y familias y no solamente un cuidado biológico;
7. Centrarse en las familias y dirigirse hacia las necesidades tanto de la mujer y su hijo/a como de su pareja;
8. Ser apropiado, teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales para permitir y lograr sus objetivos.
9. Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres;
10. Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres (SSA, 2015: 17).

Es responsabilidad del Estado y de la Secretaría de Salud atender a las personas de manera profesional, la mayoría de las muertes maternas se han presentado en hospitales que no atienden de manera oportuna. El derecho de las mujeres a la salud materna tiene como fundamento los derechos humanos a la vida, a la integridad personal, a la salud, a la autonomía reproductiva, a la vida privada, a la igualdad y no discriminación, reconocidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y los tratados internacionales ratificados por el Estado mexicano.

En la Ley General de Salud se establecen diversas acciones encaminadas a identificar y erradicar los factores de riesgo para la salud de las mujeres embarazadas y fortalecer medidas para mejorar el acceso y la calidad de la atención del embarazo,

parto y puerperio tales como la capacitación de parteras tradicionales en la atención obstétrica; la participación de la sociedad civil y el sector privado mediante la creación de Redes de Apoyo a la Salud Materna; “la vigilancia de actividades ocupacionales que puedan poner en peligro la salud física y mental de los menores y de las mujeres embarazadas” y la creación de Comités de Prevención de la Mortalidad Materna e Infantil, a efecto de “conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes” (Freyermuth y Sesia, 2009: 27).

Los COE (Cuidados Obstétricos Esenciales) son necesarios, pueden no ser suficientes ya que las mujeres con complicaciones pueden enfrentar diversas barreras para utilizarlos: económicas (falta de dinero para el transporte o para pagar los servicios), estructurales (falta de servicios de transporte o carreteras) o culturales (condicionadas por los roles tradicionales de género o por la desvalorización del equipo de salud de las creencias de determinado grupo cultural). Cualquier demora en recibir el tratamiento apropiado puede costarle su salud.

Estas demoras han sido agrupadas en tres (Thaddeus y Maine, 1994):

- 1- Demora en decidir buscar atención: depende de las capacidades y oportunidades de la mujer y su entorno para reconocer una complicación que amenaza la vida, así como de la información de la que dispone acerca de a dónde puede acudir.
- 2- Demora en identificar y acceder a un servicio de salud: depende de la distancia al servicio de salud, la disponibilidad y eficiencia del transporte y el costo de los traslados.
- 3- Demora en obtener el tratamiento adecuado y oportuno: depende de la disponibilidad de personal capacitado con la que cuenta la institución, la disponibilidad de medicamentos e insumos (antibióticos, sulfato de magnesio, sangre segura) y de la infraestructura (quirófanos) del servicio de salud.

Modelo de determinantes y de las tres demoras de las muertes materna (citado en Maza, Vallejo, y González, 2012: 237).



Fuente: Maza (2012: 237)

Como se ha mencionado hoy muchos factores que ponen en riesgo la vida de una mujer cuando está embarazada, es importante señalar que hay altos índices de muerte materna y que estas cifras dejan claro que existe una omisión por parte del Estado ya que como se mencionó no se ha logrado reducir la mortalidad materna.

El mayor número de defunciones por Aborto se presenta en el Estado de México con 18 (19.6%) casos, Veracruz con 10 (10.9%) y Distrito Federal con 8 (8.7%); el menor número de casos se ubica en Baja California Sur, Colima, Quintana Roo y Tabasco con ningún caso, seguidos de Aguascalientes, Durango, Hidalgo, Nayarit, Nuevo León, Querétaro, Sinaloa, Sonora, Tamaulipas, Tlaxcala y Yucatán, quienes cuentan con un caso cada uno, lo cual representa el 1.1% (GIRE, s/f: 99).

La organización, "Servicios Internacionales de Asesoría sobre el Embarazo", coincide con el factor edad, sin embargo, indica que la mortalidad materna también se relaciona con:

La etnicidad: ser indígenas aumenta el riesgo de Muerte Materna; El nivel de la educación formal: 8.7 % de las mujeres fallecidas no tuvieron acceso a la educación a nivel nacional, y en Estados como Chihuahua, Chiapas, Guerrero, Puebla, Oaxaca, Michoacán, Hidalgo, Veracruz y Morelos, este porcentaje oscila entre 10 y 25 %; La seguridad social: casi una de cada tres mujeres no contaba con seguridad

social, mientras que alrededor del 40% estaba afiliada al Sistema Nacional de Protección Social en Salud (Thaddeus y Maine, 1994, citados por Maza, 2012: 236).

## **2.1 Género, muerte materna y derechos humanos**

La defensa de este caso se centra en la inadecuada atención en la red hospitalaria de los partos de las mujeres que solicitan el servicio de salud. Los malos tratos por parte del personal de salud, prácticas innecesarias, violencia física y psicológica que hacen que las mujeres tengan miedo, no puedan decidir sobre su cuerpo y parir de forma natural.

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 (Sesie, 2013:68).

La muerte materna es un asunto de derechos humanos. México ha firmado acuerdos internacionales para reducir las cifras. Abordar la mortalidad materna involucra directa e indirectamente una serie de derechos humanos, entre ellos el derecho a la vida, el derecho a la salud, el derecho a la integridad física, el derecho a la educación, las libertades de información, derechos sexuales y reproductivos y el derecho a decidir.

Este problema se origina por varios factores, pero la mayoría es por la violencia que viven las mujeres en la sociedad. El papel de la mujer en la sociedad, se le sigue significando en la procreación, en el trabajo en el hogar, y en el cuidado y educación de los hijos etc., todo esto es lo que debe hacer la mujer en la sociedad por la asignación de los roles de género. El género en una construcción social, cada actividad que realiza el hombre y la mujer está asignada por la misma sociedad.

Todas las sociedades están construidas a partir de la existencia de dos normatividades generalizadas: la masculina y la femenina.

Desde una perspectiva constructivista los Derechos Humanos son construcciones sociales y se ha ido modificando para que se identifiquen cuáles son los derechos de las personas, que el Estado respete y garantice estos. Que todas las personas tengan los mismos derechos en la sociedad.

El género es una forma de la desigualdad social, de las distancias y jerarquías que si bien tiene una dinámica propia, está articulado con otras formas de la desigualdad, las distancias y las jerarquías sociales. Desde el inicio de la investigación sobre las mujeres y los géneros se ha planteado la articulación género-clase, incuestionable por lo demás en América Latina. (De Barbieri, 1993: 161).

EL género es un instrumento de análisis de algunas problemáticas específicas de mujeres y varones que está relacionada con rasgos de nuestra cultura patriarcal, a través del género se puede ver la desigualdad, en donde hombres y mujeres son diferentes por los roles que se les asignan. Sin embargo, se debe identificar que esta diferencia afecta a la mujer impidiendo su desarrollo en la sociedad.

En la muerte materna hay muchos factores que impiden la salud materna indígena y no indígena requiere como son: atender barrera geográfica, la situación de precariedad, situación socioeconómica y cultural que se antepone al acceso equitativo a los servicios de salud. Otro factor que se agrega es la falta de atención a la salud con un enfoque de género e intercultural que facilite una relación entre el sistema de salud nacional y las mujeres.

Con estos problemas es necesario diseñar y aplicar un modelo de atención de parto con una perspectiva intercultural, con esto se logrará mejor la atención a las mujeres y que el servicio sea de calidad, donde las mujeres y sus familias puedan tomar decisiones sobre el servicio que necesitan. La OMS (citado por Freyermuth y Meneses, 2007) menciona que:

La atención del parto con pertinencia cultural implica formas de relación equitativas y respetuosas entre la mujer parturienta y el personal de salud. El personal debe contar

con diversas formas de atención al parto considerando las prácticas locales. Las mujeres deben de conocer sus posibilidades de tomar decisiones sobre la forma de atención que prefiere, con quién atenderse, dónde hacerlo, con el apoyo de quienes y en qué posición parir (Freyermut y Meness, 2007:12).

Por lo consiguiente si el sector salud en las comunidades no cuenta con modelos específicos de atención, será una realidad que la atención hospitalaria de los partos para estas poblaciones específicas no será de calidad, con lo cual la mayoría de las prácticas que se presentan en los hospitales en la atención a la salud reproductiva de las mujeres se pueden considerar violaciones a los derechos humanos tanto indígenas como no indígenas. De igual forma las mujeres que no cuenta con el recurso económico para atenderse en hospitales privados buscando otras alternativas más eficientes y más humanas en la atención a la salud reproductiva serán proclives a estas violaciones.

Dada estas circunstancias, la violencia obstétrica se constituyen en violaciones a los Derechos Humanos. La Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer de Naciones Unidas del 20 de diciembre de 1993, define como violencia hacia la mujer como: “Cualquier acto de violencia basado en el género que posiblemente resulte en daños o sufrimientos físicos, sexuales o psicológicos de la mujer, incluyendo amenazas de cometer dichos actos, coerción o privación arbitraria de la libertad, ya sea en la vida pública o privada”.

En 1994, se realiza en *Belem do Para* la “Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer”. A los efectos de la Convención, debe entenderse por violencia contra la mujer: “Cualquier acción o conducta basada en género, que cause muerte, daño o su sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como privado. (Naciones Unidas, 1993: s/p).

En los hospitales, en las salas de parto se presentan abusos en contra de las mujeres, esto se puede entender como un problema de salud pública y de Derechos Humanos donde existe discriminación, desigualdad social y abuso de poder. La vida

de las mujeres se ha puesto en peligro por los malos tratos y las malas prácticas quirúrgicas en los servicios de salud.

Las mujeres padecen violencia, discriminación, subordinación en los servicios de salud, no pueden decidir sobre su cuerpo, se puede decir que ante esta situación las mujeres no disfrutan su embarazo, tampoco su maternidad ya que el servicio de salud las ubica en condiciones de peligro donde esperan horas para que se les atienda. Por esta situación las mujeres deciden acudir a las parteras donde el trato es distinto.

El proceso de un embarazo es distinto para las mujeres pues esto tiene que ver desde sus creencias, tradiciones, cultura, historia de vida. Es importante mencionar que durante mucho tiempo le han hecho creer a las mujeres que un embarazo las hace débiles, que es una enfermedad y por el estado en la que están no tienen capacidad para decidir. En este sentido las experiencias de parto están sesgadas por relaciones de género que asignan un lugar específico a la mujer, ya sea en la obediencia respecto a las reglas/rutinas institucionales ya sea en la reclusión doméstica como único reducto para poder ejercer el derecho y el poder sobre su cuerpo.

Es por ello el desconocimiento del personal de salud sobre los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, aunado a la cultura médica hegemónica, son determinantes para el complejo entramado de relaciones de poder entre personal de salud y las mujeres parturientas de los servicios donde se ejerce la violencia institucional u obstétrica. Al respecto Pereira y Domínguez mencionan lo siguiente en cuanto a las mujeres y una vida libre de violencia:

Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en su Artículo 15, numeral 13, se establece que: “Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicación y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres. (Pereira y Domínguez; 2005: 83).

Por toda esa agresión que pasan en los hospitales las mujeres no disfrutan su maternidad, la violencia obstétrica está indefectiblemente vinculada al tema de la violencia de género, como también es denominada la violencia contra la mujer, implicando a sus derechos sexuales y reproductivo.

En este sentido Valdez, Santiago (2013:15) hacen mención que:

[...] es sustancial entender desde una perspectiva social y de género la relación médico-paciente en el ámbito institucional, sobre todo nos interesa explorar lo que sucede en la atención obstétrica en instituciones de atención pública, para tratar de desarticular el complejo entramado social donde el abuso de las mujeres durante la atención obstétrica se ha naturalizado e institucionalizado. El objetivo de este análisis es caracterizar los tipos de abuso ejercido por el personal de salud durante la atención del parto; se analizan las respuestas de las mujeres que acudieron a los hospitales de estudio.

El embarazo y el parto son aspectos muy importantes de la salud reproductiva, así como también de los derechos que les corresponden a las mujeres sobre estos procesos naturales. Ellas tienen el derecho de tomar decisiones informadas durante los mismos, libres de coerción, que las lleven a tener el parto que desean. Donde las instituciones de salud no ejerzan prácticas que atenten contra la vida de las mujeres.

El parto es un acto natural, fisiológico y cada mujer lo siente y lo concibe de acuerdo a su cosmovisión ya sea indígena o no. No es sinónimos de enfermedad, es un proceso de reproducción en la cual cada mujer decide ser madre o no. En ese sentido es importante respetar el derecho que toda mujer tiene sobre su cuerpo. Es por ello que en el proceso del parto intervienen múltiples variables con una perspectiva antropológica, social, cultural, y psicológica. Pereira y Domínguez (2015:98) mencionan que, durante el trabajo de parto y el período expulsivo, situaciones de gran vulnerabilidad y sensibilidad, toda mujer, sin distinción de edad, tiene derecho a ser tratada con respeto de modo individual y personalizado, garantizando su intimidad y sus pautas socio-culturales. Asimismo, tiene derecho a

recibir información oportuna sobre la evolución del parto y a ser atendida en un ambiente de óptimas condiciones.

Si este es un derecho por qué en la mayoría de los hospitales públicos no cuentan con suficiente personal médico, instalaciones adecuadas para atender los partos, medicamentos al alcance de las pacientes e instrumentos quirúrgicos que les permitan tener un parto seguro y con una atención de calidad.

Sin embargo, uno de los problemas más graves y pone en riesgo la vida de la mujer es la violencia obstétrica y se presenta en la mayoría de los hospitales públicos. La muerte materna es a consecuencia de esta violencia que sufren las mujeres y más en los países en desarrollo.

“[...] la Organización Mundial de la Salud ha calculado que más de 1,500 mujeres y niñas mueren cada día como resultado de complicaciones prevenibles que ocurren antes, durante y después del embarazo y parto; y que, a nivel global, la mortalidad materna es la principal causa de muerte en mujeres y niñas en edad reproductiva [...] la mayoría de los casos de mortalidad y morbilidad maternas son prevenibles; y que la mortalidad y la morbilidad maternas prevenibles son retos para la salud, el desarrollo y los derechos humanos, lo cual también requiere de la promoción y protección efectiva de los derechos humanos de mujeres y niñas, en especial su derecho a la vida, a ser iguales en dignidad, a la educación, a tener libertad de buscar, recibir e impartir información, a gozar de los beneficios del avance científico, a vivir libres de discriminación y a gozar del más alto nivel posible de salud física y mental, incluida la salud sexual y reproductiva [...]”. Asamblea General Naciones Unidas. Consejo de Derechos Humanos, 2009. (Citado en Romero, 2010)

Cabral (2009: 8) por su parte observa que en el informe de la OMS sobre muerte materna en el 2005 la atención en el parto es determinante en los casos de muerte materna. En relación a ello refiere lo siguiente: “La atención especializada al parto puede suponer la diferencia entre la vida o la muerte. Por ejemplo, una hemorragia intensa no atendida en la fase de expulsión de la placenta puede matar, incluso a una mujer sana, en dos horas. Una inyección de oxitócina administrada inmediatamente después del parto es muy eficaz para reducir el riesgo de hemorragia.”

Da Silva menciona que...

Por esta realidad, es necesario entender el significado de la violencia obstétrica, pero esto no es tarea tan fácil debido a los numerosos conceptos que surgieron en los últimos años. Uno de ellos, presentes en la legislación de Venezuela, pionera en América Latina, al volver a la violencia obstétrica ilegal, afirma ser este tipo de violencia "apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizado de la ONU, en un abuso de la medicalización y patologización de los procesos naturales [...]"5:30. (Da Silva, 2017:72).

Así pues, la violencia obstétrica es un problema grave que se debe de atender, ya que se presentan situaciones muy difíciles en la sala de parto y que la mayoría de las mujeres presentan problemas físicos, psicológico y daña su integridad dejándolas en un estado crítico o pierden la vida durante o después del parto.

Es necesario tener presente que todas las mujeres viven el proceso de embarazo de forma distinta ya que la cultura marca la vida de cada mujer, La maternidad es un proceso cotidiano cuyo significado se va interiorizando desde que el sujeto nace hasta que muere. Este proceso se vive de dos maneras: individual/objetiva y colectiva/simbólica.

Una mujer vive y siente su maternidad, pero el significado que la maternidad adquiera para ella estará mediado por la respuesta que reciba de su entorno a su condición de gestante. El significado que tiene para una persona en particular la maternidad puede ser distinto al que la colectividad le confiere, y ello se verá matizado y será diferencial dependiendo de la cultura de que se trate y de la posición que la mujer tenga en su familia en un momento determinado dependiendo de su adscripción étnica y genérica (Freyermuth, 2014:25)

Esta visión tiene que ver con el género ya que es una construcción e interpretación sociocultural de ser mujer o ser hombre. A la mujer se le atribuye como la responsable del cuidado de la familia, el trabajo doméstico dentro del hogar,

responsable de la educación y del cuidado de los hijos. Esto de acuerdo a su cultura y de su contexto donde se desarrolla.

Dentro del rol que juega la mujer en la comunidad y en la sociedad se presentan desigualdades y discriminación, ya que no todas las mujeres pueden ser autónomas, tampoco pueden tomar decisiones o decidir sobre su cuerpo. Por estas desigualdades, la violencia de género se vuelve más reiterativa, poniendo en riesgo la salud de la mujer y particularmente la de la mujer embarazada, no solamente por el daño físico, sino porque a través de ella se interioriza la condición de subordinación.

Freyermuth menciona que la violencia de género puede ser vista como coadyuvante o determinante de los riesgos durante la maternidad y está encaminada a crear un modelo de mujer. Las mujeres interiorizan a través de las prácticas educativas familiares la necesidad de ser sumisas y obedientes y no manifestar sus malestares o inquietudes. La interiorización de estas representaciones se consigue a costa de severos castigos, que algunas veces implican daños físicos permanentes (Freyermuht, 2014: 36).

Por las prácticas culturales y los roles de género, las mujeres no exigen o no pueden exigir sus derechos. Muchas mujeres sufren violencia por el solo hecho de ser mujer y en el proceso de embarazo es cuando más sufren violencia por el estado en que se encuentran. La violencia se ejerce por sus parejas o por los médicos/as y el personal de servicio de salud. Este panorama se complica en la medida en que las mujeres viven condiciones de profunda inequidad que se manifiestan en las dificultades para la asistencia a la escuela, condenándolas al analfabetismo y monolingüismo, y coartándoles el derecho a decidir sobre su propio cuerpo, su sexualidad y su salud. Por su parte, el sector salud profundiza estas desigualdades al ofrecer atención médica con personal que desconoce el idioma local, lo que impide que se dé cumplimiento a los derechos de las usuarias a recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, que las mujeres puedan decidir libremente sobre su atención, que otorguen o no su consentimiento para procedimientos de riesgo, y que puedan contar con facilidades para obtener una segunda opinión (2014.: 39).

## 2.2 Muerte materna en América Latina y el Caribe

En todos los países de América Latina y el Caribe (ALC), al margen de Razón de Mortalidad Materna (RMM), hay inequidades inadmisibles en los resultados de salud materna que están relacionadas con los ingresos, el grupo étnico, el alfabetismo y la zona geográfica de referencia.

Las mujeres pobres y los grupos indígenas de ALC reciben con más frecuencia un tratamiento de salud inadecuado o discriminatorio. Su condición social y económica está relacionada con altos porcentajes de mortalidad y morbilidad excesivas. Los grupos indígenas están aislados cultural y geográficamente. Además de mejorar la atención de salud reproductiva y las políticas, para lograr reducir la mortalidad materna a largo plazo, habrá que resolver las inequidades fundamentales sociales, de género y económicas.

En la mayor parte de los países con altas tasas de mortalidad materna, muchas mujeres tienen que amoldarse a los rígidos patrones de identidad sexual, que les obligan a ser madres y amas de casa, atender a los demás y desempeñar múltiples labores simultáneamente. Estos patrones reflejan y agravan la mala situación social de las mujeres, que añadida a la escasez de recursos sanitarios, las colocan en un riesgo excesivo de morbilidad y mortalidad por causas relacionadas con el proceso reproductivo

La muerte materna se presenta más en los países que no son desarrollados y esto tiene que ver con la pobreza y la atención en los servicios médicos. Según Herrera (2003) menciona que Asia presenta el 51 % en muerte materna, África el 40 % y mientras que los países desarrollados el 1 %.

Las causas de Muerte Materna en los países en desarrollo son:

Causas	%
Hemorragia	25
Sepsis	15
Aborto	13

Eclampsia	12
Parto obstruido	8
Otras causas	8

Fuente: Herrera (2003)

En el 2011 el 50% de las mujeres que fallecieron no habían usado un método anticonceptivo, de allí la importancia de incrementar el acceso a los servicios de planificación, y de ampliar la gama de anticonceptivos.

La mortalidad materna en el 2000 ocurría en el domicilio en 53% de los casos, y en un establecimiento de salud en el 41%; probablemente llegaban muy tarde a los establecimientos de salud o no se contaba con una capacidad de respuesta adecuada para resolver las complicaciones. Para el 2012 se observó un incremento de la mortalidad materna en los establecimientos de salud con un 63,9%, mientras que en el domicilio se redujo a 22%, y durante el trayecto al establecimiento ocurrió en 12,5%.

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-habiciencia 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 (Sesia: 2013: 78).

En Canadá la morbilidad obstétrica (1991-2001) fue de 4,38 por 1 000 nacidos vivos, las causas están asociadas a hemorragia, sepsis, hipertensión, aborto y patologías crónicas. La OMS ubica a México con una RMM de 83 por cien mil, cifra que difiere de las estadísticas vitales, en las que hay cierta subestimación. Entre los países con una situación mejor a la nuestra, sin llegar a los niveles ideales para la RMM, se cuentan China (56), Cuba (33) o Costa Rica (25).

Es en países desarrollados donde se pueden apreciar RMM de aproximadamente 10 por cien mil: Reino Unido (11), Grecia (10), Japón (10),

Alemania (9), Suecia (8), Suiza (7), Australia (6), Austria (5), Canadá (5) España (5) Italia (5) e Irlanda (4). El umbral de 10 por cien mil para la RMM mencionado en la introducción, más que una cifra caprichosa, es un nivel por debajo del cual están gran parte de los países desarrollados, mismo que es posible de alcanzar con los avances científicos y tecnológicos actuales.

En el caso de México, tanto organismos internacionales como las propias autoridades han mostrado escepticismo en cuanto a la posibilidad de cumplir con la meta de mortalidad materna. Funcionarios de Naciones Unidas señalan que "la salud infantil ya no es un problema pero que en México el parto y los meses alrededor del parto siguen siendo un riesgo mortal para las mujeres pobres" (Aguirre, 2009: 76).

En los países desarrollados se ha trabajado para reducir la MM, sin embargo se sigue presentando ya que es un problema mundial que se relaciona con la igualdad de género, con el reconocimiento a los Derechos Humanos que tiene cada persona, con las necesidades de las mujeres cuando están embarazadas o en el parto.

### **2.3 Muerte materna en Chiapas**

El embarazo es un proceso complejo en donde es muy frecuente que se vuelva un peligro para las mujeres, así también es un fenómeno bio-social, se relaciona con el contexto donde se desarrollan las mujeres, la salud con la que cuentan, la disposición para resolver las emergencias que se presentan durante el embarazo es decir distancia del centro de salud u hospital, recurso económico, salud física y mental. A si pues todos estos factores son los que posibilitaran que las mujeres puedan tener un embarazo y un parto seguro.

En los últimos años se han impulsado políticas públicas encaminadas a mejorar el acceso a los servicios de salud, la calidad de los servicios y que el trato a las personas sea respetuoso, es decir un trato humanizado. Sin embargo, el problema de muerte materna no se le ha dado solución con las políticas públicas que se han implementado. Las mujeres que viven en las regiones indígenas siguen

falleciendo por causas derivadas de la maternidad en mayor proporción que las mujeres no indígenas.

Chiapas ocupa el segundo lugar en muerte materna según algunas investigaciones que han realizado algunas ONG'S, como el Observatorio de Muerte Materna, el Comité promotor por una Maternidad Segura y Voluntaria en Chiapas.

En un informe de la Secretaría de Salud en el 2017 se dio a conocer cuántas muertes se han dado y en los hospitales que más se han presentado es en los públicos. Si bien, se observa que con los años las cifras han disminuido, estos datos podrían estar ocultando otra realidad, pues no siempre se tiene información estadística actualizada.

Año	2013	2014	2015	2016*	2017**
Muertes Maternas	62	77	76	63	26
Muertes Maternas ocurridas en hospitales de la Secretaría de Salud	36	39	35	39	16

Los hospitales que concentran el mayor número de muertes maternas en este periodo son: Hospital Regional "Dr. Rafael Pascasio Gamboa", Hospital de la Mujer de San Cristóbal, Hospital de la Mujer de Comitán y Hospital General de Tapachula.  
Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica/Dirección General de Epidemiología/Secretaría de Salud. \* Preliminar a la Semana Epidemiológica 52, \*\* Preliminar a la Semana Epidemiológica 18 .

Muchas de estas muertes pudieron ser prevenibles. La muerte de una mujer antes, durante y después del parto es una situación que se debe revisar sobre todo porque la muerte materna es un tema de justicia social y de derechos humanos ya que estas muertes son prevenibles.

Actualmente las mujeres en Chiapas sobre todo en las comunidades no cuentan con servicios de salud cercana, no hay abastecimiento de medicamentos en los hospitales, tampoco se cuenta con aparatos e instrumentos especiales para atender a las mujeres, no hay una atención con pertinencia cultural, el trato de los prestadores de servicio no es de calidad.

Es este sentido la muerte materna se presenta en las comunidades indígenas con un alto índice, donde las mujeres no cuentan con un centro de salud cercano y el trato no es respetuoso.

Freyermuth y Meneses (2017) mencionan que las mujeres deben ser atendidas con rapidez y con una adecuación cultural:

Las mujeres deben poder ingresar a los servicios de salud acompañadas; Las mujeres que acuden al servicio de salud no deben de esperar más de 30 minutos; Las mujeres en el trabajo de parto deben de tener fácil acceso al área de consultorios de urgencias; Las mujeres que requieren servicios de urgencias en una unidad de mayor capacidad resolutive deben tener acceso inmediata (en menos de 15 minutos) en un medio de transporte adecuado; Los horarios de consulta de la unidad deben considerar la rutina de la población. (Freyermuth y Meneses, 2017:21).

Hilda Argüello Secretaria Técnica del Observatorio de Muerte Materna en México señala que los servicios de salud no están al alcance de las mujeres embarazadas, lo cual puede ser un grave problema, por lo que ella argumenta lo siguiente:

En Chiapas, una mujer debe recorrer entre 1.5 y 88.5 kilómetros para llegar al hospital de segundo nivel más cercano, es decir, a un hospital equipado para atender complicaciones en partos. Para llegar a uno de los dos hospitales de tercer nivel en la entidad, los únicos equipados para atender las complicaciones más serias, una mujer chiapaneca tiene que recorrer, en promedio, 283 kilómetros, es decir, un recorrido de aproximadamente cuatro horas y media. Entre más lejos esté el municipio de un hospital de segundo nivel, más mujeres mueren por complicaciones relacionadas al embarazo, parto o postparto. El municipio de Maspantepec, que es el que se encuentra más cerca de un hospital de segundo nivel (1.5 kilómetros) tuvo en 2015 una razón de muerte materna de 1.9 mujeres por cada mil nacidos vivos. Mientras tanto en Copainalá, municipio que se encuentra a 74.2 kilómetros aproximadamente del hospital de segundo nivel más cercano, en 2015 murieron 3.9 mujeres por cada mil nacidos vivos. La secretaria técnica del Observatorio de Mortalidad Materna en México subrayó que es lamentable que la mayor parte de los centros de salud del estado funcionen de lunes a viernes —“si bien les va”, según dijo— y con un turno de 8:00 a 3:00 de la tarde, pues ello aumenta el riesgo para una mujer que se encuentra en trabajo de parto (Arguello, 2017: 8).

La mitad de las mujeres que fallecen en el país no está llegando oportunamente a los servicios hospitalarios, es decir, no cuenta con el capital social

y cultural necesario para tener acceso a la atención de calidad que les permita sobrevivir. De igual forma, (Sánchez, 2014:61) afirma que el 24 % de los fallecimientos anuales ocurre entre beneficiarias de Oportunidades en su componente de salud. Aunque se ha mostrado que la TMM (Tasa de Muerte Materna) en mujeres indígenas adscritas a Oportunidades es menor que la de aquéllas no beneficiarias, también es cierto que estas mujeres están cautivas en el programa; por ello éste debería hacer la gran diferencia no solamente en las TMM, sino también en el acceso de esta población a los servicios de urgencia obstétrica.

En el 2017 el Secretario de Salud Dr. Francisco Ortega Ferrera reveló las cifras de las mujeres que son derechohabientes y que han fallecido en Chiapas.

3. Detallar si son derechohabientes las mujeres que fallecieron.

Año	2013	2014	2015	2016*	2017**
Muertes Maternas ocurridas en hospitales de la Secretaría de Salud	36	39	35	39	16
Derechohabienta	Seguro Popular (24), SSA (5), IMSS Oportunidades (1), ninguna (1), No especificado (5).	Seguro Popular (29), SSA (2), IMSS PROSPERA (1), ninguna (3), No especificado (4).	Seguro Popular (26), SSA (5), IMSS PROSPERA (1), ninguna (1), No especificado (2).	Seguro Popular (24), SSA (7), ninguna (5), No especificado (3).	Seguro Popular (7), SSA (8), No especificado (1).

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica/Dirección General de Epidemiología/Secretaría de Salud. \* Preliminar a la Semana Epidemiológica 52, \*\* Preliminar a la Semana Epidemiológica 18 .

En la tabla se observa cuantas mujeres que son afiliadas a un servicio de salud han fallecido por las complicaciones que se presentan en el parto, pero estas pueden ser prevenibles ya que la mayoría tiene que esperar para ser atendidas. En apartados anteriores se ha mencionado todas las problemáticas que se presentan en la sala de parto y que ponen en riesgo la vida de las mujeres.

## 2.4 Parteras y derechos humanos

La gestación, el parto y el puerperio son considerados como eventos propios e íntimos de la vida de la mujer que involucra el pudor de ésta. En el caso del parto, el ambiente del hogar desde la mujer o de la partera forma parte de la intimidad, la solidaridad y la calidez necesarias para que el parto salga bien. A pesar de la problemática para el acceso de las mujeres a los servicios en salud de la región, la

preferencia por el cuidado de la partera durante el parto se relaciona directamente con los problemas de acceso cultural a los servicios de salud.

La mayoría de las mujeres prefieren atender su parto con las parteras porque el trato y el ambiente es distinto, donde ellas se sienten protegidas, cómodas, la atención es respetuosa y con pertinencia cultural. El papel de las parteras es muy importante, ellas pueden salvar vidas en las comunidades donde muchas mujeres fallecen por que los centros de salud y los hospitales están lejos.

La presencia de la matrona empezó en la biblia en 1600 Ac se refleja que las comadronas debían ser mujeres en edad reproductiva, se habla del empleo de la silla de partos y se comenta como dos parteras hebreas fueron requeridas por José para que atendiesen a María en el momento del nacimiento, describiéndose un parto vagina.

En Grecia, las parteras alcanzaron un elevado reconocimiento social y fueron muy respetadas por su pueblo debido a sus conocimientos sobre la mujer y la reproducción. Además de asistir al parto, realizaban el control del embarazo y promovían hábitos de vida saludables, prescribían afrodisíacos y anticonceptivos, inducían abortos, decidían sobre el futuro de los Recién Nacidos e incluso arreglaban casamientos. En esta época se distinguían dos tipos de matronas, las hábiles encargadas de los partos difíciles y las que asistían los partos normales. (Diez y Casteleiro, 2015:71)

El siglo XV supone la vuelta al reconocimiento y prestigio de las matronas, algunas fueron llamadas para asistir el parto de diferentes reinas, entre ellas, María de Oto quién atendió el parto de María de Castilla y “la Herradera”, matrona sevillana, que asistió el parto de Isabel la Católica. En esta época, la profesión era reconocida a través de la legislación.

En el siglo XVI, Felipe II prohibió examinar a las comadronas, lo que supuso otro varapalo a la profesión y la situó en posición de desprestigio y subordinación, aunque continuaron ejerciendo libremente hasta 1750.

La historia de la matronería ha estado marcada por la evolución de las distintas sociedades; el carácter patriarcal de éstas ha desatado el declive de la partería, profesión que tradicionalmente ha sido realizada por y para mujeres. La

circunstancia de la inaccesibilidad de estas a la educación, derecho del que no gozaban, fue aprovechada por los cirujanos para escribir libros sobre el embarazo y el parto e impartir enseñanza, pasando a ser la máxima autoridad en un terreno que les había negado durante siglos.

Las mujeres embarazadas que se encuentran en zonas alejadas donde no tienen servicios de salud acuden a las parteras, donde gracias a esta labor se ha reducido la mortalidad materna, donde su trabajo es profesional, donde trabajan para que el parto sea humanizado. Actualmente el Estado no reconoce el trabajo de éstas, por el contrario, se les ha criminalizado y se les ha negado ejercer su labor.

En este contexto mexicano, el movimiento de parteras autónomas representa un caso peculiar pero significativo. Sobre todo durante la última década, como parte del movimiento global de parteras y de derechos reproductivos, se ha formado una red de parteras autónomas (por ejemplo, la Asociación Mexicana de Partería), quienes en algunos casos han logrado establecer casas de partos en donde se suelen atender, sobre todo, a mujeres que buscan partos más humanizados que los que se ofrecen en hospitales públicos o privados. Uno de estos casos es la casa de partos Luna Maya en San Cristóbal de las Casas, Chiapas, que por términos oficiales se define como una clínica de salud reproductiva de mujeres, ya que la ley de México no reconoce jurídicamente a las casas de partos.

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 resolutive en casos de emergencias, que el servicio que se da tenga en cuenta la cultura y necesidades de las mujeres.

La atención que reciben las mujeres 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.

Paola Sesia (2013) menciona que en Perú se realizó un estudio 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 el origen de muchas muertes maternas (PHR, 2008). Es fácil imaginarse que en México las mujeres indígenas deben de vivir situaciones similares.

En México ya existen redes y alianzas consolidadas 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.

## **2.5 Políticas Públicas y Acceso a la Salud de las Mujeres**

Una de las políticas públicas con relación a la atención a las mujeres en el sector salud a nivel nacional, se ha establecido en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018, la salud materna y perinatal, el acceso y control al servicio de salud ayudará a reducir la muerte materna. A continuación, se describe esta política pública, en donde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades constituyen el eje fundamental de la salud pública, por ello, son componentes esenciales del modelo de atención a la salud en México.

El Programa de Acción Específico (PAE) de Salud Materna y Perinatal del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), se construye vinculado estrechamente al Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018, en la Meta II. México Incluyente, el Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y la no Discriminación contra las Mujeres 2013-2018, y al Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018 el cual se vincula estrechamente con la

finalidad de acelerar la obtención de resultados de impacto en la salud materna y perinatal.

El Programa de Salud Materna y Perinatal es el instrumento de la política nacional de salud con el que se busca contribuir al cumplimiento de dos de los ocho Objetivos de las Metas del Milenio que el Gobierno de México hizo suyos, junto con 189 países más, al adoptar la Declaración del Milenio en el año 2000.

El programa plantea la necesidad de mejorar la calidad de los servicios de salud, su efectividad, el seguimiento y la rendición de cuentas y lograr que se disminuyan los rezagos en salud que afecta a la población; también coordina y articula las acciones que permitan a los Servicios de Salud del país brindar a las mujeres en edad fértil, embarazadas y sus parejas información.

Además, se trabaja en la vinculación transversal con los programas del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva para fortalecer las acciones y suma esfuerzos para el cumplimiento de las metas, así la coordinación con los Programas de Planificación Familiar y Anticoncepción, Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, Igualdad de Género, Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género, así como con otros programas transversales de enlace de la Secretaría de Salud.

El Programa de Salud Materna y Perinatal ha establecido apoyar y conducir acciones comunitarias sustantivas a nivel nacional, para coadyuvar a la disminución de la mortalidad materna y del recién nacidos a través de la promoción y creación de equipos de trabajo entre los miembros de la comunidad, las autoridades locales del municipio, del estado y de la federación para crear y hacer funcionar redes de apoyo social, vinculadas a las redes de atención médica, que aseguren el acceso oportuno de las mujeres durante el embarazo, el parto, el puerperio y del recién nacido a los servicios de salud.

Desde la realidad que se presentan en el acceso a la salud, se puede identificar que muchas mujeres no reciben atención oportuna y de calidad en los servicios de salud. Se presentan barreras y estas se relacionan con la ausencia o insuficiencia de perspectiva de género en las políticas públicas para abordar las

necesidades en salud de las mujeres, particularmente para reducir la mortalidad materna.

También están relacionadas con diferentes formas de discriminación que las mujeres han enfrentado en distintos niveles, sea en el hogar y/o en los establecimientos de salud, generándose desigualdades en salud entre las mujeres y entre los hombres y las mujeres en cuanto al disfrute de sus derechos humanos. Es por ello que debe de hacerse énfasis en lo que establece la Comisión de Derechos Humanos cuando se trata del derecho a la salud:

El derecho a la integridad personal en el ámbito de la salud guarda una estrecha relación con el derecho a la salud dado que la provisión de servicios adecuados y oportunos de salud materna es una de las medidas principales para garantizar el derecho a la integridad personal de las mujeres. El artículo 10 del Protocolo de San Salvador expresa que toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. Asimismo, el artículo 3 del Protocolo de San Salvador establece que los Estados se comprometen a garantizar los derechos enunciados en dicho instrumento sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social. (CDHD, 2010:3)

Para concluir este capítulo es preciso señalar que en Chiapas se presentan problemas para tener acceso a la salud, uno de tantos es la ubicación geográfica, los horarios de atención (no hay médicos en las noches), la falta de equipamiento, suministros médicos o medicamentos adecuados para atender las emergencias requeridas durante el embarazo, parto y/o periodo posterior al parto, así como personal médico capacitado al interior de los servicios para responder a estas emergencias, particularmente la atención de emergencias obstétricas, con lo cual se pone en riesgo la vida de las mujeres y la de sus hijos o hijas.

## **CAPÍTULO 3**

### **FUNDAMENTACIÓN JURIDICA DE VIOLACIONES A DERECHOS HUMANOS**

La muerte materna un problema que grave en el cual se presentan diversas violaciones a los derechos humanos de las mujeres. En este caso se presentan violaciones al derecho a la vida, derechos a la salud, derechos a la integridad de las personas. Como los derechos humanos son interdependientes, al violarse un derecho se está afectando a otros derechos, y en el caso de las mujeres se presentan muchas violaciones cuando son atendidas en los servicios de salud.

De acuerdo a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos Artículo el artículo 1o. establece que 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. Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

De igual forma, el Artículo 4° establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

Al respecto se puede señalar que los Estados al ratificar un tratado internacional asumen las obligaciones contenidas en ellos, que deben ser cumplidas (principio de Pacta Sunt Servanda); en el caso de la Convención Americana consiste en la protección de los derechos humanos de las personas que se encuentran dentro de su jurisdicción. Los Estados tienen que realizar todas las medidas pertinentes para cumplir con las obligaciones interamericanas.

Cabe señalar que el Estado Mexicano el 16 de diciembre del año de 1998, reconoce como obligatorio de pleno derecho la competencia contenciosa de la Corte Interamericana de derechos humanos, sobre los casos relativos a la interpretación o aplicación de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, por lo cual las resoluciones y jurisprudencia emanadas de la misma son obligatorias para el Estado.

### **3.1 Derecho a la protección de la salud**

La salud es una dimensión fundamental para explicar el bienestar de los seres humanos. El derecho a la protección de la salud está consagrado como un derecho humano de toda persona en el artículo cuarto constitucional.

El disfrute del nivel más alto de salud que sea posible, es parte de nuestra comprensión contemporánea de la calidad de vida. Sin salud, ninguna persona puede aspirar a vivir plenamente, a desarrollar sus planes de vida de conformidad con sus propios deseos o a progresar desde cualquier punto de vista. A nivel social, el derecho a la salud y su adecuada garantía representan una medida del avance de los países.

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

En México, aparte de lo que dispone el artículo 4º, el tema de la salud también se aborda en el artículo 2º constitucional, apartado B, al establecer entre las obligaciones de las autoridades federales, locales y municipales las de abatir las carencias y rezagos que afectan a los pueblos indígenas: Asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional.

Todas las personas tienen derecho a la salud. De acuerdo al artículo 4o de la CEDAW La adopción por los Estados Partes de medidas especiales, incluso las

contenidas en la presente Convención, encaminadas a proteger la maternidad no se considerará discriminatoria.

La violencia tiene un impacto directo en las mujeres en su disfrute del derecho a la integridad personal. Muchas mujeres sufren formas de violencia durante el embarazo que pueden ocasionar una afectación a su integridad física, como por ejemplo las prácticas innecesarias.

El artículo 9 de la Convención de Belém do Pará establece que los Estados deben tener especialmente en cuenta la situación de vulnerabilidad a la violencia que pueda sufrir la mujer embarazada.

La CIDH valora que los Estados Americanos no sólo han reconocido a la mortalidad materna como un problema, sino que han emprendido esfuerzos para mejorar dicha situación. Según la Organización Panamericana de la Salud, un estudio realizado en el 2004 a partir de una encuesta administrada a responsables de la toma de decisiones de 16 países de América Latina y el Caribe, indicó que las estrategias para ampliar la cobertura y el acceso a los servicios de atención primaria constituyen uno de los elementos más comunes en las políticas de reforma de los sistemas de salud en la Región. (CONVENCIÓN DE BELEM, 1994)

En México existe el Programa de Acción Específico de Salud Materna y Perinatal 2013-2018, en el que se plantea la necesidad de mejorar la calidad de los servicios de salud, su efectividad, el seguimiento y la rendición de cuentas y lograr que se disminuyan los rezagos en salud que afecta a la población. (Centro Nacional de Género y Salud Reproductiva, 2015: s/p).

Aunque en el apartado anterior se describió en que consiste la política pública que se ha diseñado para atender a las mujeres embarazadas. Haciendo un análisis se percata que estas políticas públicas no se aplican, no hay una evaluación que ayude a identificar si esa respondiendo a la problemática ya que en los últimos años la muerte materna va en aumento.

También se habla que los prestadores de servicio de salud se deben capacitar para darle un trato digno a las mujeres, que exista una ayuda por parte de

la comunidad para que las mujeres puedan llegar a los centros de salud más cercano, debido al problema, se han abierto más centros de salud para atender a más mujeres. No obstante, como ya lo comentamos, no se trata de implementar más servicios de salud sino vigilar como es el trato y la atención que se les da a las mujeres, si hay calidad en la atención médica, si hay medicamentos disponibles, no hay médicos y medicas las 24 horas para atender a una mujer cuando requiere del servicio.

Siesa menciona algunas argumentaciones de la muerte materna y su conceptualización:

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 (Sesie, 2013:78).

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.

### **3.2 Derechos reproductivos y derecho a la vida**

Toda muerte materna constituye el reflejo de una suma de inequidades y deficiencias en el sistema de salud, discriminaciones que mantienen a las mujeres en riesgo, sin poder decidir, sin cuidado de su salud y las conducen, fatalmente a perder la vida durante el proceso reproductivo. La Muerte Materna se puede ver el incumplimiento y violaciones a los derechos humanos de las mujeres, particularmente de los derechos sexuales, reproductivos y a la salud.

En las mujeres se presentan represión por parte de las instituciones de salud donde ellos decidir sobre cómo deben de planificar, llegando a los extremos de hacer la salpingoclasia sin preguntarles. Cuando las mujeres llegan a las clínicas y hospitales es difícil que el personal las atienda de acuerdo a las necesidades de

ellas, por esa razón muchas mujeres no acuden, el servicio no es de calidad, en este punto, la CEDAW señala lo siguiente:

La protección de la maternidad es parte del derecho de las mujeres a que se respeten sus decisiones reproductivas y que se les garanticen los servicios de salud y sociales necesarios para que puedan decidir libremente sobre cómo y cuándo ser madres. De acuerdo con la CEDAW, el Estado tiene la obligación de implementar todas las medidas necesarias a fin de proteger la maternidad, en los ámbitos de la salud y del trabajo. Esta Convención también señala medidas especiales de protección, de manera tal que se reconozca, por una parte, la función social de la maternidad y, por otra, que es responsabilidad común de hombres y mujeres la crianza de sus hijas e hijos (CEDAW, 2011: 11).

Una mujer no puede o le cuesta decidir sobre la maternidad, cuántos hijos tener, qué métodos anticonceptivos desea utilizar. La mayoría de las mujeres no reciben educación sexual, está lejos de la realidad ya que en los servicios de salud no hay un trabajo con responsabilidad donde se le pueda dar educación sexual y proporcionar métodos anticonceptivos a las mujeres si ellas lo solicitan.

La CEPAL (2010) menciona que Las “buenas prácticas” en salud sexual y reproductiva se presentan derechos fundamentales: por ejemplo, el derecho a la salud se relaciona con la vida, libertad, autonomía, libre desarrollo de la personalidad, información, intimidad, dignidad; el derecho a la igualdad se vincula la protección de las necesidades de las mujeres; y al ser integral comprende otras dimensiones: física, mental y social, con lo cual para este organismo:

Las mujeres tienen necesidades especiales en salud que se encuentran protegidas por el derecho internacional de los derechos humanos a través del derecho a la salud de las mujeres y los derechos sexuales y reproductivos(...) La protección de las mujeres es transversal a todos los aspectos relativos al derecho a la salud: financiamiento, redes de servicios, calidad de la atención, sistemas de información, mecanismos de vigilancia y control, normas, entre otros (...) Hay aspectos críticos en la protección de los derechos de las mujeres como la objeción de conciencia, el consentimiento

informado, la confidencialidad y los servicios adecuados para menores.  
(CEPAL,2010:72)

Las necesidades de las mujeres en salud, y en salud sexual y reproductiva, se han convertido en un contenido concreto del derecho internacional de los derechos humanos, y ha resultado en acuerdos, mínimos e inacabados, de hacia dónde deberían orientarse las políticas nacionales para garantizar los derechos de las mujeres.

### **3.3 Derecho al acceso a la justicia**

En la muerte materna se presentan varios derechos humanos que son violados como el derecho a la vida, derecho a la salud, derecho a la no discriminación, entre otros. Uno de los problemas por la que no se puede reducir la muerte materna es que las autoridades competentes no hacen nada para la no repetición de este problema. Muchas familias hasta ahora no tienen acceso a la justicia, no hay sanciones para las personas que cometen estas violaciones a derechos humanos.

El derecho al acceso a la justicia es considerado como un derecho fundamental, esto se debe porque cuando un derecho es violado se debe de reclamar su cumplimiento ante los órganos competentes como el poder judicial, los poderes del estado como el legislativo y ejecutivo para hacer cumplirlos.

De acuerdo al artículo 17 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos “Toda persona tiene derecho a que se le administre justicia por tribunales que estarán expeditos para impartirla en los plazos y términos que fijen las leyes, emitiendo sus resoluciones de manera pronta, completa e imparcial. Su servicio será gratuito, quedando, en consecuencia, prohibidas las costas Judiciales” (Última Reforma DOF 15-09-2017).

A pesar que en la Constitución se establece que toda persona tiene derecho al acceso a la justicia cuando sus derechos sean violados, el Estado no garantiza este derecho, pues muchas personas no alcanzan la justicia por En términos claros, podemos señalar que no existe aún una política integral institucionalizada para prevenir, sancionar, investigar y reparar actos de violencia contra las mujeres.

Susana Villaran menciona que, en materia de prevención y protección, las autoridades estatales, y en particular la policía, no cumplen con su deber de proteger a las mujeres víctimas de violencia contra actos inminentes. A ello se pueden añadir otra serie de inconvenientes: a las mujeres más pobres “la justicia no alcanza” porque cuesta y está lejos; viven en territorios en los que el Estado está ausente y, por lo tanto, no hay administración de la justicia en zonas rurales, pobres y marginadas; faltan abogados de oficio para las víctimas de violencia que no cuentan con recursos económicos (Villaran, 2005: 265-266).

Muchas mujeres no alcanzan el acceso a la justicia por varios factores y uno de los principales es la discriminación por género, la mayoría de las mujeres no denuncian las violaciones a sus derechos porque no hay justicia, no se investiga y porque alcanzar la justicia implica gasto. Muchas mujeres son pobres y no cuentan con el recurso económico para defender sus derechos.

La muerte materna como ya se ha mencionado puede ser evitable si todos hicieran contribuyeran pues muchas mujeres han fallecido por la falta de acceso a la salud, por discriminación, por pobreza y por otros factores ya mencionados. Las familias de las mujeres que han fallecido no creen en la justicia, no cuentan con los recursos para denunciar esas violaciones a los derechos humanos.

Así pues, las familias no deciden denunciar porque las autoridades no investigan, no sancionan y porque no se les garantiza la reparación integral de las víctimas, tampoco se logra la no repetición a estas violaciones. En el 2013 se presentó el caso de Susana una mujer indígena que falleció a consecuencia de malas prácticas de los médicos y la discriminación.

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) conoció del caso iniciado de oficio por la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Chiapas. Después de hablar con los familiares de Susana y asumir su representación legal, GIRE presentó una ampliación de queja ante la CNDH el 14 de febrero de 2014. En ésta, se subrayó la importancia de establecer que la muerte de Susana fue consecuencia de una serie de violaciones de derechos humanos, así como de reconocer a Susana, a sus hijos, a Romeo, su esposo, y a su padre como víctimas.

El 17 de julio de 2014 la CNDH emitió la Recomendación No. 29/2014 en la que determinó que se contaba con elementos suficientes para evidenciar la violación a los derechos humanos de Susana y de sus familiares —su esposo Romeo y sus hijos —, atribuibles al Gobierno del estado de Chiapas por conducto del Hospital de la Mujer. Se recomendó, por un lado, la indemnización a las víctimas y su inscripción en el Registro Nacional de Víctimas, así como el seguimiento de la denuncia penal y la administrativa del caso; por el otro, el establecimiento de garantías de no repetición en las clínicas, hospitales y centros de salud dependientes de la Secretaría de Salud del estado: la integración debida de expedientes médicos, la revisión de credenciales del personal de salud y su capacitación.

De acuerdo a las investigaciones que se han realizado se puede afirmar que las recomendaciones emitidas por la Comisión Nacional de Derechos Humanos no se han cumplido ya que el índice de muerte materna en Chiapas no se ha reducido. Se siguen presentando violaciones a derechos humanos y donde más se presentan es en los hospitales públicos.

### **3.4 Derecho a una vida libre de violencia**

La violencia contra las mujeres y las niñas es una grave violación a sus derechos humanos con consecuencias físicas, sexuales, psicológicas e incluso mortales para las víctimas. Además de afectar el bienestar de las mujeres que la padecen, la violencia ejercida en contra de ellas también impacta negativamente a sus familias, comunidades y países.

La violencia contra la mujer constituye una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales e impide total o parcialmente a la mujer gozar de dichos derechos y libertades, y preocupada por el descuido de larga data de la protección y fomento de esos derechos y libertades en casos de violencia contra la mujer.

Reconociendo que la violencia contra la mujer constituye una manifestación de relaciones de poder históricamente desiguales entre el hombre y la mujer, que

han conducido a la dominación de la mujer y a la discriminación en su contra por parte del hombre e impedido el adelanto pleno de la mujer, y que la violencia contra la mujer es uno de los mecanismos sociales fundamentales por los que se fuerza a la mujer a una situación de subordinación respecto del hombre:

A los efectos de la presente Declaración, por "violencia contra la mujer" se entiende todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada (Naciones Unidas, 1993:4)

Las mujeres durante mucho tiempo ha sufrido discriminación y violencia de género, se puede identificar situaciones desagradables cuando las mujeres acuden a los servicios médicos, las personas que trabajan en el sistema de salud ejercen violencia con hacia las mujeres, las discriminan, las ignoran, las insultan incluso les hacen practicas quirúrgica innecesarias y todo porque son mujeres. Islas y Miguel (2003) citado en Castrillo Bellen (2016) menciona define la violencia como:

La violencia es una noción escurridiza, pues siempre depende de valores subjetivos el dominar una acción de tal forma. Entonces es común que víctimas, victimarios y testigos de una acción la valoren y nominen de una manera disímil. Lo que la víctima puede considerar como violencia para el perpetrador puede ser sólo una respuesta habitual, y para los testigos cobrar heterogéneas interpretaciones. Estas interpretaciones siempre están relacionadas a valores que se desprenden, no solo de normas y leyes generales, sino de su socialización según un conjunto de relaciones sociales medidas por las clase, la cultura y las subculturas, la localidad, la familia e incluso también por la subjetividad de la persona. Así, el uso de la palabra violencia para una acción está sujeta de manera inmanente a la concepción ética de los sujetos que la realizan, reciben o simplemente asisten a dicha acción. (Castrillo, 2016:50)

Las prácticas que realizan los médicos puede ser que sea prácticas de muchos años y de rutina, esto puede obstaculizar la visión de cómo se les atiende a las mujeres, si estas prácticas son violentan y atentas con la integridad de las

mujeres. Las mujeres embarazadas y las que no lo están sufren violencia, sufren violencia obstétrica y esto pone en riesgo su vida y de los hijos. No se puede hablar de una atención de calidad cuando el personal que atiende a las mujeres no da un trato humanizado y respetuoso.

En las comunidades las mujeres no acuden a los servicios de salud por el trato que se les da por ellos, según en la encuesta que se aplicó en esta investigación el 85% mencionan que prefieren ser atendidas por las parteras. El 15 % acuden porque las obligan y las amenazan por el programa prospera.

Como parte de la documentación del caso se les preguntó sobre el trato que reciben por el personal de salud, si la atención del parto cumple con la pertinencia cultural que los centros de salud y los hospitales deben de tener sobre todo en las comunidades, que es una cosmovisión diferente, donde por su lengua, religión y el rol de género es un problema para el Estado.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) en el 2013 se realizó una investigación sobre el trato que reciben las mujeres en los hospitales. Se les preguntó a las mujeres si se habían sentido maltratadas por el personal de salud, ellas respondieron que efectivamente fueron maltratadas, que el trato fue abusivo por parte de los médicos, las médicas y las enfermeras.

Ellas refieren que fueron abusos verbales frases como “no grite” “no llore” “no se queje”. A demás mencionan que fueron ignoradas por el personal que las atendió, reportan abusos físicos como presión en el abdomen con ambas manos y el antebrazo, golpes en las piernas, pellizcos incluso amenazas, en el cuadro siguiente se puede observar los datos encontrados.

Cuadro 3. Prevalencia de maltrato a mujeres atendidas en salas de parto, por hospital.

	TOTAL		HOSPITAL 1		HOSPITAL 2	
	n	%	n	%	n	%
Se sintió maltratada	57	11.13	36	11.29	21	10.88
Maltrato verbal 99	99	19.34	57	17.86	42	21.76
Maltrato físico	39	7.61	33	10.34	6	3.10
<b>MALTRATO TOTAL</b>	<b>149</b>	<b>29.10</b>	<b>94</b>	<b>29.47</b>	<b>55</b>	<b>28.50</b>

Fuente: CONAMED (2013)

México en el 2000 firmó los Objetivos de Desarrollo del Milenio y se comprometió a disminuir la mortalidad materna y mejorar las condiciones de vida de las mujeres más vulnerables. Esto debido que es un problema grave que pudiera evitarse. El cuadro siguiente llama la atención el número de partos realizados, lo cual nos indica que este tipo de cirugías pudieran ser impuestos desde el papel de decisión que tienen los médicos en estos espacios.

Cuadro 2. Número de tactos vaginales realizados por tipo de parto, por hospital.

TACTOS VAGINALES REALIZADOS	TOTAL (n= 512)		HOSPITAL 1 (n= 319)		HOSPITAL 2 (n= 193)	
	Media ±DE	Mín-Máx	Media ±DE	Mín-Máx	Media ±DE	Mín-Máx
General	4.47±3.68	1-40	4.85±4.18	1-40	3.87±2.65	1-15
Parto Natural	4.75±2.96	1-20	5.14±3.25	1-20	4.16±2.36	1-15
Cesárea	4.39±4.34	1-40	4.78±4.99	1-40	3.78±2.95	1-15
Cesárea Programada	2.84±1.37	1-6	3.18±1.47	1-6	2.3±1.05	1-4

Fuente: CONAMED (2013)

Son muchos los casos de mujeres que presentan estos tipos de abusos en los hospitales públicos. La OMS ha hecho algunas recomendaciones y ha diseñado guías para el cuidado del parto normal, complicaciones del parto y trabajo de parto con la finalidad de eliminar procedimientos violentos y son rutinarios sin importar que daño se le haga a la mujer.

Ese modelo de atención obstétrico no debe seguir aplicándose ya que atenta con los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, impide el disfrute de la

maternidad y el derecho de decidir cómo quiere ser atendida durante el parto. Las mujeres durante el proceso de parto son vulnerables y se someten a normas establecidas por la institución médica, prohibiendo externar lo se siente en ese momento, como dolor, si las posiciones son incómodas o si se siente incómodas en ese momento. Se puede decir que las mujeres se sientan desprotegidas cuando debería ser distinto, Villanueva Egan (2010) menciona que:

La atención médica de partos se siente sobre un control simbólico del saber. La descalificación de la información y el conocimiento que poseen las mujeres sobre el proceso de parto, y, por otro lado un control riguroso de información que posee el personal sanitario sobre su estado de salud (estructurándose ésta como una forma de poder simbólico en el marco de un orden jerárquico). Las dos condiciones anteriores sirven de base para la tercera que es la más grave, se trata de la desacreditación de las mujeres como sujetos que sufren (citado en Castrillo, 2016: 57).

Es preocupante ver como las mujeres sufren en las salas de espera, en la sala de parto e incluso antes de entrar a los servicios de salud pública por todas las cosas que los médicos y enfermeras les hacen. Las mujeres no pueden externar lo que sienten y esto muy grave ya que cada mujer vive el embarazo de manera distinta y los síntomas y dolores son diferentes.

## **CAPÍTULO 4**

### **DESCRIPCIÓN DE LA ESTRATEGIA DE DEFENSA**

Las estrategias de defensa que se han implementado son con la finalidad de lograr la no repetición sobre estas violaciones que ocurren en el Estado mexicano específicamente en Chiapas donde se presenta mayor número de mujeres que fallecieron. Al respecto Beristaín establece que:

Las garantías de no repetición son una formulación jurídica del deseo de prevención y de la materialización de la esperanza de que esos hechos nunca más vuelvan a producirse. Además, estas medidas suelen abordar problemas estructurales, de políticas públicas o legales, o incluso de prácticas administrativas, que trascienden la situación específica de las víctimas hasta alcanzar un nivel público. Son, en ese sentido, obligaciones que tienen un efecto general (erga omnes). Las víctimas habitualmente quieren que su caso sea el último. Que no haya más niños asesinados por vivir en la calle, que no haya más presos que sufran o mueran a manos de quienes tienen la obligación de protegerlos, o que no se persiga y desaparezca a otros hijos por causa de sus actividades políticas. (Beristaín, 2010:35)

De igual forma se pretende lograr la reparación del daño como medida de satisfacción con una disculpa pública, reconocimiento público de responsabilidad del Estado. Que el Estado brinde ayuda psicológica, educación y salud, proteja el proyecto de vida de las hijas/os de las víctimas. “Cuando la figura de la madre no está muchas veces es difícil seguir con el proyecto de vida” (esposo de la fallecida).

La satisfacción contempla medidas destinadas a esclarecer la verdad de lo ocurrido, a recordar la memoria de las víctimas, a solicitar disculpas públicas, a aceptar la responsabilidad de los hechos, a promover una educación de derechos humanos que cuente lo ocurrido. Las garantías de no repetición contribuyen al fortalecimiento de la independencia del poder judicial, la protección de profesionales en situación de vulneración, la educación en derechos humanos a todos los sectores

sociales, la promoción y capacitación también en derechos humanos a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, entre otros.

La finalidad de las estrategias es que la CEDH emita recomendación a la Secretaría de Salud por los casos que se han presentado en Chiapas, así como hacer visible el tema para que las familias de las mujeres fallecidas exijan justicia. De acuerdo con los hechos que se presentaron en el caso de Rubicela y analizando los artículos Constitucionales de los Estados Unidos Mexicanos, los artículos de los Derechos Humanos y Convenios que comprueban claras violaciones a sus derechos de Rubicela, Existen claras violaciones a los derechos humanos sobre todo el derecho a la vida.

El Estado ha firmado una serie de convenios internacionales en donde se compromete a garantizar el cumplimiento de los derechos antes mencionados. Y es su responsabilidad por ser el garante de tales derechos, así como de su cumplimiento. Por otra parte, ha desplegado una serie de acciones derivadas de la política social destinada a la protección hacia las mujeres embarazadas.

Existen violaciones como el Derecho a la vida que tiene todo ser humano es mantener y desarrollar plenamente su existencia biológica y social, y a que se garantice ésta en las mejores condiciones, conforme a su dignidad. A Rubicela no le garantizaron este derecho pues por una hemorragia que pudo ser prevenible le costó la vida. Además, dado que el derecho a la vida no sólo se viola cuando una persona se ve privada de ella, sino también cuando se pone en riesgo.

La propuesta de estrategias es para garantizar que se investiguen las violaciones a derechos humanos se sancione y se logre la no repetición, se han trabajado tres vías de acción: la jurisdiccional, la no jurisdiccional y de la sociedad civil. Estas estrategias pueden observarse en el cuadro siguiente:

Matriz de estrategias para la defensa del caso:

Medio de defensa	Fecha de Trámite	Acción/estrategia	Descripción	Escenario de respuesta
No Jurisdiccional	4 de mayo	Escrito de petición para dar inicio a la queja por el caso que defiendo.	Solicitud de medidas precautorias o cautelares ante la CEDH	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recomendación</li> <li>- Garantía de no repetición</li> <li>- Que obligue a las autoridades correspondientes a cumplir con el protocolo de atención a mujeres embarazadas.</li> </ul>
Jurisdiccional	17 de abril	Presentación de una solicitud de información a la secretaria de salud.	Amparo indirecto	Por la omisión de dar respuesta a mi petición
Sociedad Civil		Nota de denuncia en diversos medios de comunicación.	Hacer visible el tema, la falta de aplicación del protocolos de atención, la violación de los derechos humanos, la omisión del Secretario de Salud	Que las familias de las víctimas fallecidas exijan justicia y la garantía de no repetición protegiendo a las mujeres en edad reproductivas y mujeres embarazadas.

Elaboración propia, 2018

#### 4.1 Lo Jurisdiccional

De acuerdo con los hechos que se presentaron en el caso de Rubicela y analizando los artículos Constitucionales de los Estados Unidos Mexicanos, los artículos de los Derechos Humanos y convenios que comprueban claras violaciones a sus derechos de Rubicela, el derecho a la vida y a la salud. El Estado ha firmado una serie de convenios internacionales en donde se compromete a garantizar el cumplimiento de

los derechos antes mencionados. Y es su responsabilidad por ser el garante de tales derechos, así como de su cumplimiento. Por otra parte, ha desplegado una serie de acciones derivadas de la política social destinada a la protección hacia las mujeres embarazadas.

La recomendación general de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos número 15, sobre el Derecho a la Protección de la Salud, de fecha 23 de abril de 2009, estableció que dicho derecho debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, y que el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se proteja, y la efectividad de tal derecho demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad (física, económica y a la información), aceptabilidad, y calidad (CNDH,2014)

El Estado debe de revisar los procedimientos que se llevan a cabo para la intervención del parto de la mujer, contar con personal capacitado que brinde el servicio de calidad y oportuna, tener gineco-obstetras con competencia clínico-quirúrgica en la atención de la hemorragia grave, la infraestructura y los insumos idóneos en todos los hospitales con atención obstétrica, debido a que la hemorragia en el embarazo, parto o puerperio es una emergencia obstétrica y puede causar la muerte.

Existen violaciones como el Derecho a la vida. Es el derecho que tiene todo ser humano mantener y desarrollar plenamente su existencia biológica y social, y a que se garantice ésta en las mejores condiciones, conforme a su dignidad. A Karen Rubí no le garantizaron este derecho pues por una hemorragia que pudo ser prevenible le costó la vida. Además, dado que el derecho a la vida no sólo se viola cuando una persona se ve privada de ella, sino también cuando se pone en riesgo.

También fueron claras violaciones al derecho a la salud, por parte de la institución en la obstaculización de la atención médica, así como la ausencia y carencia de los insumos necesarios para la prestación del servicio médico; los derechos

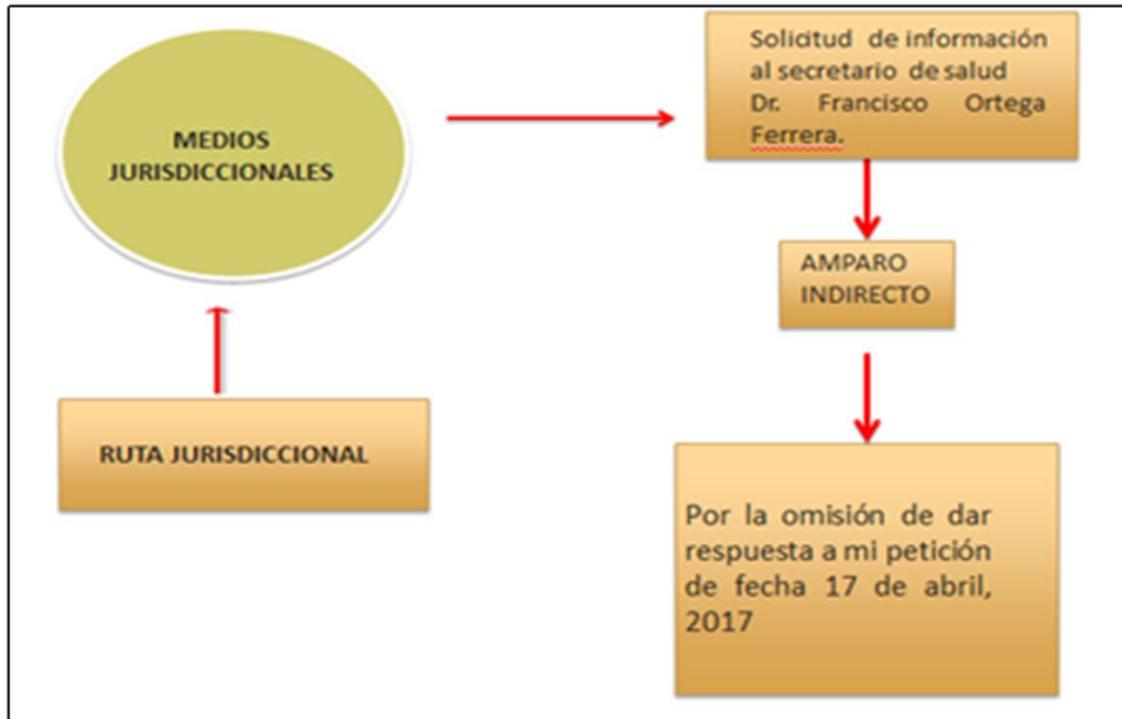
reproductivos Derecho a recibir servicios de salud de calidad donde no exista discriminación en relación con la edad, sexo, orientación sexual, estado civil y el Derecho a la atención durante el embarazo, parto, posparto y después de un aborto , y el derecho a la integridad personal, por parte del personal de salud Rubicela no fue atendida cuando llegó, pues tuvo que durante siete horas con dolores intensos para que le dieran el servicio.

Ante estas violaciones a derechos humanos, el Estado mexicano tiene la obligación de sancionar y reparar de manera integral el daño, tal como lo establece la Constitución Política de los Estado Unidos Mexicanos en su artículo 1º: “el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley” (CPEUM. 2015: 2).

Los derechos humanos consagrados en los tratados internacionales o en la jurisprudencia de la Corte interamericana de Derechos Humanos pueden restringirse si así lo establece una disposición constitucional.

Las autoridades jurisdiccionales, intervienen para que se lleve una vida en armonía y pleno goce de los derechos humanos, consagrados en las diferentes leyes y normas jurídicas, siendo exigible mediante procesos y procedimientos establecidos.

En el caso particular se llevaron acciones puntuales para tener información sobre la muerte materna en Chiapas es por ello que se trazó una ruta estratégica en ámbito jurisdiccional.



Fuente: Elaboración propia 2018.

La Protección Jurisdiccional de los Derechos Humanos en nuestro país se encuentra a cargo de los Tribunales del Poder Judicial de la Federación, según lo establecido en los artículos 94 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 1° de la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación.

Ahora bien, la protección de los Derechos Humanos se puede activar a través de los siguientes medios de control constitucional.

1. Juicio de amparo.
2. Acción de inconstitucionalidad.
3. Controversia constitucional.
4. Facultad de investigar de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos sobre hechos que constituyan violaciones graves de derechos humanos. (Control no jurisdiccional).
5. Juicios de revisión constitucional electoral y para la protección de los derechos político electorales del ciudadano.
6. Juicio político.

Como es visible uno de los medios jurisdiccionales para defender los derechos humanos, relacionado al artículo 1° de la constitución de los Estados Unidos Mexicanos, para que el Estado proteja, garantice y restituya los derechos humanos es el juicio de amparo, la Suprema Corte de Justicia de la Nación lo define como:

El juicio de Amparo procede únicamente contra actos que emanen por los Poderes de la Unión que son el Legislativo, Ejecutivo y Judicial, y estos son los actos administrativos, sentencias judiciales o la expedición de nuevas normas o las ya existentes que afecten o puedan afectar nuestras garantías individuales que tutela nuestra Constitución Federal, así pues, el artículo 17 de la citada Ley de amparo.

El juicio de amparo directo tiene como características: La demanda se presenta ante la autoridad responsable para que, por su conducto, se turne al Tribunal Colegiado de Circuito, quien es el que resuelve. Procede contra sentencias definitivas o laudos y resoluciones que pongan fin al juicio.

El juicio de amparo indirecto tiene como características: La demanda se presenta ante el Juez de Distrito, quien es el que resuelve. Procede contra: leyes, actos que no provengan de tribunales judiciales administrativos o del trabajo, actos de dichos tribunales ejecutados fuera de juicio o después de concluido este, actos en el juicio que tengan sobre las personas o las cosas una ejecución de imposible reparación, actos ejecutados dentro o fuera de juicio que afecten a personas extrañas a él.

El juicio de amparo es un instrumento creado para la protección de las garantías de los gobernados, y para su fácil comprensión y aplicación se ha dividido en dos: el juicio de amparo directo y el juicio de amparo indirecto mismo juicio que está regulado en los artículos 103 y 107 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en la Ley de Amparo vigente. En el caso que defiende, activo este recurso ya que ayudará a documentar el caso.

En este sentido, promoví el amparo Indirecto, dado que solicité información oficial sobre el número de muertes y las políticas implementadas (ver anexo 1 Solicitud al Secretario de Salud y Director General del Instituto de Salud del Estado

de Chiapas, fechado 17 de abril de 2017). No obstante, no obtuve respuesta en tiempo y forma y promoví el Amparo (ver anexos 2, 3 y 4), Juicio de amparo, número 519/2017). Derivado de lo anterior me notificaron vía E-Mail, por listas el 5 de junio de 2017 y finalmente, se me dio respuesta el 19 de junio de 2017, mediante oficio NUM DSP/SSM/CSMyP/5003/5125/2017 (ver Anexo 6), firmado por Hermilio Domínguez Zarate, Director de Salud Pública, de la Secretaria de Salud en el Estado de Chiapas.

#### **4.2 Lo no jurisdiccional**

La reforma constitucional en derechos humanos publicada en el Diario Oficial de la Federación el 10 de junio de 2011 pretende cumplir con ese propósito, y constituye en la historia de nuestro país uno de los avances más sobresalientes que se han hecho en esa materia.

Luis Gonzáles hace mención que las autoridades federales y locales den reconocimiento a las normas internacionales de derechos humanos contempladas en los tratados de los que el Estado mexicano sea parte, y que las instancias judiciales, al momento de emitir una resolución, lo hagan tomando en cuenta estos tratados, realizando un “control de convencionalidad” entre el derecho interno y el derecho internacional cuando éste protege de mayor manera a la persona (González, 2011:100)

Los organismos no-jurisdiccionales llevan a cabo, adicional a su labor de protección, otro tipo de actividades como la divulgación y difusión de la enseñanza y promoción de los derechos humanos, tratando de generar una cultura de conocimiento en las personas respecto de los derechos que las mismas poseen, y que así puedan defenderlos y evitar que sufran violaciones en ellos a causa de su desconocimiento.

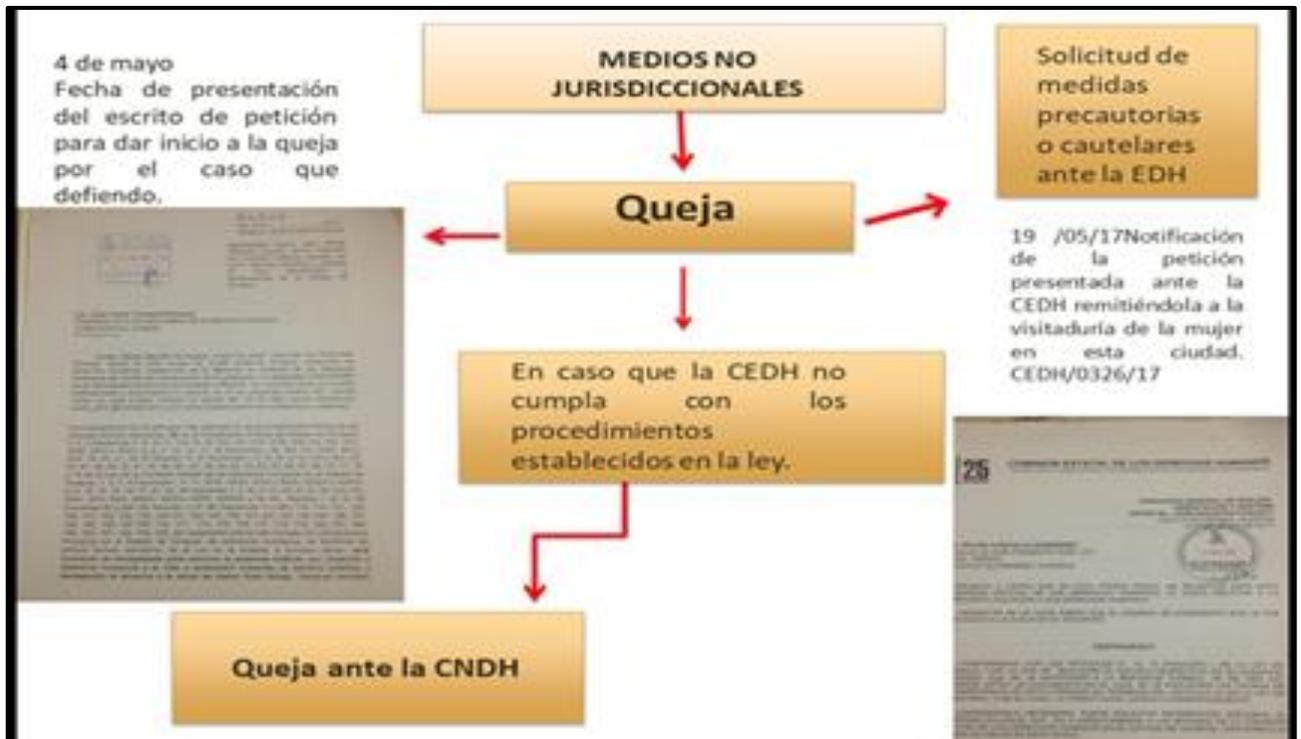
Por ello es importante que en todo Estado constitucional se fije como una de las prioridades la creación de estos organismos para la protección de los derechos humanos. Los organismos no jurisdiccionales de protección de los derechos humanos es que poseen facultades más amplias que las de los tribunales para

calificar la naturaleza de las violaciones a los derechos fundamentales, ya que en tanto los propios tribunales tienen que tomar en cuenta esencialmente el principio de legalidad y constitucionalidad, los citados organismos no-jurisdiccionales pueden conocer de conductas administrativas no sólo ilegales sino también irrazonables, injustas, inadecuadas o erróneas, con lo que en esencia su competencia es más amplia.

La CNDH nacería como un organismo público desconcentrado del Estado mexicano, dedicado privilegiadamente a la tutela de los derechos humanos, dotándosele adicionalmente de funciones que generalmente no tiene la institución del ombudsman, como la difusión, la divulgación, la capacitación y el fortalecimiento de la cultura de los derechos humanos. Es así que el ombudsman mexicano finca su actuación en dos grandes vertientes: una relativa a la necesidad de que ninguna violación a los derechos humanos quede impune, y otra de carácter preventivo, que implica una amplia difusión de qué son los derechos humanos y en qué consiste su protección (González, 2011:108)

La CNDH adoptó los principios que rigen al ombudsman: fácil accesibilidad de los quejosos, gratuidad del servicio, independencia, flexibilidad, ausencia de solemnidad de sus procedimientos, facultad de investigar y solicitar toda la documentación relacionada con el caso, agilidad para encontrar fórmulas de solución a los conflictos, y elaboración de informes periódicos y públicos, que es un principio sin el cual toda su actividad no tendría efectos, por lo que su relación con los medios de comunicación masiva es una condición indispensable para la consecución de sus objetivos.

De acuerdo a la gravedad del caso es importante trabajar la vía no jurisdiccional. La finalidad de las estrategias es que la CEDH emita recomendación a la Secretaría de Salud por los casos que se han presentado en Chiapas así como hacer visible la problemática para que las familias de las mujeres fallecidas exijan justicia. Se exija al Secretario de Salud que cumpla y vigilar el protocolo de atención a las mujeres embarazadas.



Fuente: Elaboración propia (2018).

Por medio de intervenciones y seguimiento como defensora de Derechos Humanos para que se dé cumplimiento. A través de la queja número 0326/17 ante la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Chiapas por ser esta quien tiene la facultad de investigar y de emitir recomendaciones, pedir medidas cautelares para las mujeres que embarazadas. Esta queja tiene como finalidad que la comisión emita recomendaciones con perspectiva de derechos humanos y contribuye para solicitar garantías de no repetición, con el fin la no repetición y la reducción de índices de muerte materna en Chiapas (Anexo 7).

- Se solicitó información al Secretario de Salud sobre las políticas públicas que han implementado para reducir la muerte materna, Información referente al número de muertes maternas y perinatales que han ocurrido en la red hospitalaria de la Secretaría de Salud del Estado de Chiapas durante el periodo de enero 2013 a marzo 2017, así como el nombre de los hospitales donde ocurrieron las muertes y fecha de estas. (Anexo 8)

- Realizar solicitudes de información. Pedir a la Comisión cuantas quejas recibido por muerte materna, donde señalé que el Servicio de Salud es responsable. Cuántos casos de muerte materna se han generado en el hospital del 2012-2017 (Anexo 9).

Las recomendaciones para mejorar la práctica de la medicina son propuestas dirigidas al gremio médico, con fundamento en el análisis del acto médico de todos los casos de queja y la revisión de la literatura internacional, orientadas a la identificación de deficiencias o faltas cometidas en la prestación de servicios de atención médica, a efecto de prevenir y/o evitar su repetición.

El trabajo se ha realizado en equipo con la sociedad civil ya que como defensora de los derechos humanos trabajar con ellas es fundamental, pues se trata de visibilizar los derechos violados, el trabajar es en conjunto para hacer presión al Estado de lo que está pasando en la sociedad y que este lo resuelva y trabaje para prevenir estas violaciones a derechos humanos (Ver anexos 10. 11 y 12).

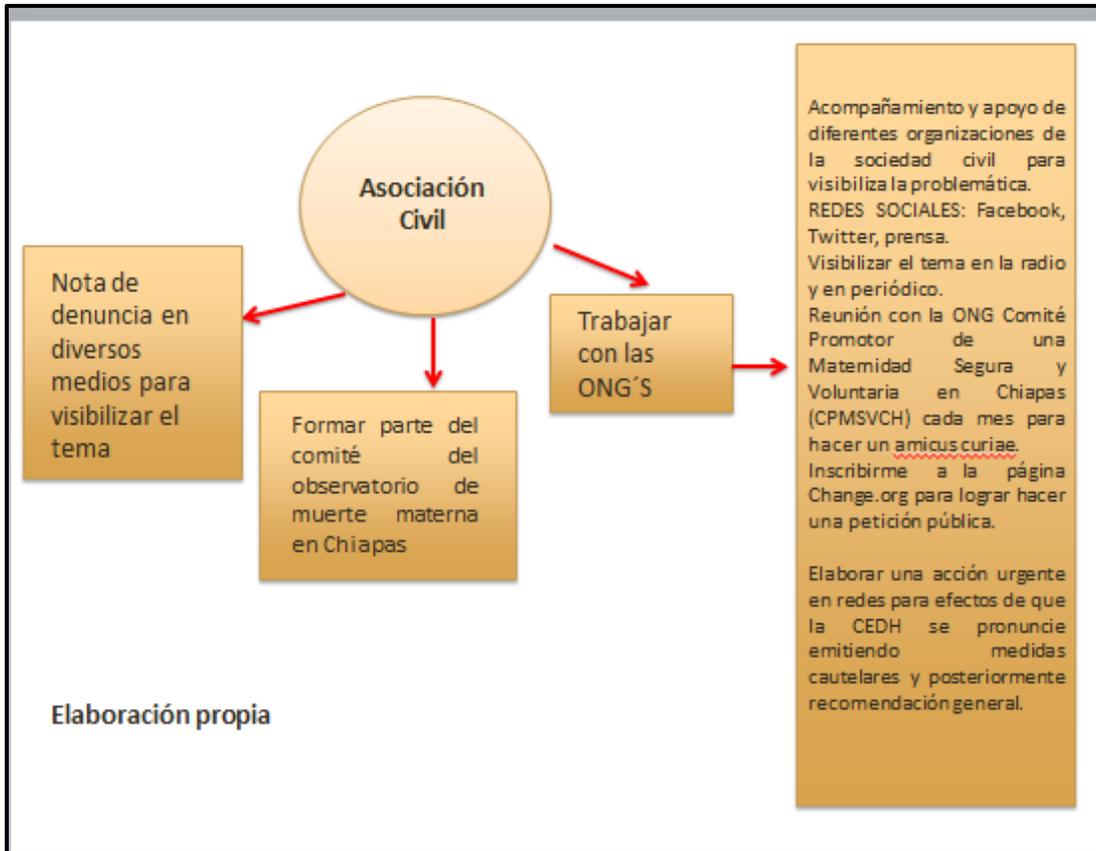
### **4.3 Acción Política**

Se dio a conocer el tema en las redes sociales para que las personas conozcan el problema y documentar casos con ayuda de la sociedad. El objetivo de la estrategia política es posicionar el caso de muerte materna en Chiapas, así como las violaciones de derechos Humanos. El caso se Karen Rubí no es el único en el Estado de Chiapas. Como se mencionó anterior la Comisión Nacional de los Derechos Humanos ya hizo recomendaciones debido a la muerte de Susana en el 2013.

Hacer un trabajo con el apoyo de las organizaciones es muy importante ya que a través de estos vínculos podemos hacer incidencias a favor de un cambio social, cambios políticos, donde se respeten los derechos humanos de las personas. Trabajar de forma colectiva en las organizaciones es reconocer y luchar por los derechos de las personas, darles acompañamiento a las víctimas y lograr la justicia social.

Posibilidades de denunciar al Estado por no ofrecer el acceso a ese derecho es decir por violación y falta de cumplimiento de las convenciones firmadas y para que se comprometa a tomar medidas concretas en política social para las mujeres con un enfoque de género.

- Fortalecer alianza con el Coordinador del Comité Promotor de una Maternidad Segura y Voluntaria en Chiapas (CPMSVCH). El CPMSVCH es una red de personas de organizaciones de la sociedad civil y la academia, que desde hace más de dos décadas han reunido sus esfuerzos con el fin investigar, documentar e impulsar iniciativas de política pública para fortalecer la capacidad del Estado para proteger y promover la salud materna en el estado y el país, así como para promover la titularidad de los derechos sexuales y reproductivos para todas las mujeres de Chiapas.
- Se realizaron estrategias de comunicación y difusión para que el Estado asuma su responsabilidad y garantice mejores servicios de salud y asuma su responsabilidad para mejorar las políticas públicas relacionadas con la salud y las mujeres.
- Se sostuvo una reunión con algunos candidatos a la diputación con el fin de construir una política pública en beneficio de las mujeres.
- Se realizó reuniones y talleres con algunas ONG`S que trabajan el tema de muerte materna.
- Se realizó la estancia en una ONG (Comité Promotor por una Maternidad Segura en Chiapas) esto con la finalidad de trabajar en conjunto para documentar casos y conocer la problemática que existe en las comunidades de Chiapas



Fuente: Elaboración propia (2018),

## **CAPÍTULO 5**

### **ESTRATEGIA EN EL SISTEMA INTERNACIONAL**

Alcanzar la justicia en el Estado mexicano es muy complejo, pues el Estado no garantiza el acceso a la justicia, a diario ocurren violaciones a derechos humanos y no se hace nada para evitarlo. El Estado mexicano lleva 12 años sin dar un informe de como estada el México en materia de salud de la mujer ante la ONU.

La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y la Convención Americana de Derechos Humanos, son el inicio y base de este sistema y las convenciones como la Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer/Convención Belén do Pará.

Este sistema cuenta con dos órganos, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, que tiene la facultad de realizar funciones de suspensión y de tramitar casos de derechos humanos y la Corte Interamericana de Derechos Humanos, órgano jurisdiccional creado por el Pacto de San José que puede juzgar a los Estados por violaciones a normas de derechos humanos, determinar la responsabilidad, además de tener la capacidad de fijar indemnización para las víctimas.

Durante este proceso de defensa de acuerdo a las acciones que se han implementado es importante mencionar que como ya se ha explicado anteriormente. Los familiares de Karen Rubí no quisieron continuar con las acciones que se tenían propuestas para lograr hacer justicia de las violaciones a derechos humanos que se presentaron.

En la vía jurisdiccional se promovió un amparo indirecto por la omisión de dar respuesta a mi petición del Secretario de Salud. En esta solicito Información Estadística que deberá contener: número de muertes maternas y perinatales que han ocurrido en la red hospitalaria de la Secretaría de Salud en el estado de Chiapas durante el periodo de enero 2013 a marzo 2017, así como el nombre de los hospitales dónde ocurrieron las muertes y fecha de estas.

Por esta vía se concluyó dado que los familiares de Karen no quisieron ir a denunciar lo que se presentó en el hospital y esto impidió el proceso.

Por la vía no jurisdiccional se presentó una queja con número 0326/17 ante la Comisión Estatal de Derechos Humanos por las violaciones a los derechos que se presentaron en el hospital. En calidad de quejosa expongo el caso de Karen Rubí para que la Comisión Investigue lo sucedido. También por todas las violaciones que se presentan y el alto índice de muerte materna que se presenta en Chiapas solicito medidas cautelares a mujeres que están en edad reproductiva y embarazadas.

### **5.1 Sistema Interamericano**

Uno de los tratados internacionales de los Derechos Humanos con el cual se sustenta las estrategias de defensa en la CIDH para este caso son: Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, “Convención de Belém do Pará”, 1994. En ella establece que la violencia hacia la mujer es constituye una violación a los derechos. Con relación a la muerte materna, las mujeres que solicitan el servicio de salud sufren violencia por el personal, pues son los que ocasionan la muerte de la mujer embarazada y va desde la violencia obstétrica y negligencia médica.

Donde la Convención Americana protege los siguientes derechos humanos:

- El derecho a la vida
- El derecho a la integridad personal

La Declaración Americana también contiene una lista completa de los derechos que los Estados deben respetar y proteger. El derecho a la preservación de la salud. Todas las personas deben de tener el acceso a la salud, sin discriminación con una atención de calidad, con un trato humanizado que permita que las mujeres embarazadas sean las principales, que les permita decidir sobre su cuerpo al momento se seleccionar o decidir sobre como el método de planificar familiar. Los tratados tienen como objetivo reafirmar la protección y desarrollar el contenido de los derechos humanos garantizados por la Declaración Americana y la Convención Americana. Estos tratados prohíben, violencia física, sexual o psicológica y discriminación contra la mujer.

Es urgente que se implementen medidas cautelares a las mujeres que están embarazadas y en edad reproductiva, ya que las políticas públicas no cumplen con las necesidades que se presentan durante el embarazo, de acuerdo al Artículo 25 del reglamento de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos establece que:

#### Artículo 25. Medidas Cautelares

1. Con fundamento en los artículos 106 de la Carta de la Organización de los Estados Americanos, 41.b de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 18.b del Estatuto de la Comisión y XIII de la Convención Interamericana sobre Desaparición Forzada de Personas, la Comisión podrá, a iniciativa propia o a solicitud de parte, solicitar que un Estado adopte medidas cautelares. Tales medidas, ya sea que guarden o no conexidad con una petición o caso, se relacionarán con situaciones de gravedad y urgencia que presenten un riesgo de daño irreparable a las personas o al objeto de una petición o caso pendiente ante los órganos del Sistema Interamericano.
2. A efectos de tomar la decisión referida en el párrafo 1, la Comisión considerará que:
  - a. la “gravedad de la situación”, significa el serio impacto que una acción u omisión puede tener sobre un derecho protegido o sobre el efecto eventual de una decisión pendiente en un caso o petición ante los órganos del Sistema Interamericano;
  - c. el “daño irreparable” significa la afectación sobre derechos que, por su propia naturaleza, no son susceptibles de reparación, restauración o adecuada indemnización. (CIDH O , 2015:2)

El Estado mexicano viola el artículo 1° el cual establece que deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley, la muerte materna se da con mayor frecuencia en los hospitales, es ahí donde se da las violaciones, no hay acciones específicas para prevenir, como ya antes se mencionó la muerte materna puede ser prevenible si se cuenta con la atención de calidad y se aplica el protocolo para las mujeres embarazadas.

En México se han presentado muchos casos de muerte materna por ello

ocupa el primer lugar, ubicándonos en el estado de Chiapas también se han presentado casos que han quedado sin resolver. Con ayuda del Comité Promotor por una Maternidad Segura en Chiapas se está trabajando para presentar una queja ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos.

Esto con la finalidad que el Estado mexicano responda y garantice los derechos de las mujeres embarazadas en edad reproductivas ya que se han presentado casos sin resolver, uno ellos fue el de Susana tenía 26 años, hablaba tzotzil, indígena. El 4 de octubre de 2013 acudió al Hospital de la Mujer de San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Susana fue víctima de maltratos por parte del personal del hospital desde que llegó. Le pidieron que se quitara la ropa y la dejaron desnuda en una camilla, expuesta a la vista del personal, porque “no tenían batas”, mientras la hacían esperar para ser atendida. Iba acompañada de su suegra, quien únicamente habla tzotzil y quien no pudo estar presente en el proceso por no hablar español, pues el Hospital de la Mujer de San Cristóbal no cuenta con un intérprete del tzotzil. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) conoció del caso iniciado de oficio por la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Chiapas. Después de hablar con los familiares de Susana y asumir su representación legal, GIRE presentó una ampliación de queja ante la CNDH el 14 de febrero de 2014. En ésta, se subrayó la importancia de establecer que la muerte de Susana fue consecuencia de una serie de violaciones de derechos humanos, así como de reconocer a Susana, a sus hijos, a Romeo, su esposo, y a su padre como víctimas.

El 17 de julio de 2014 la CNDH emitió la Recomendación No. 29/2014 en la que determinó que se contaba con elementos suficientes para evidenciar la violación a los derechos humanos de Susana y de sus familiares —su esposo Romeo y sus hijos —, atribuibles al Gobierno del estado de Chiapas por conducto del Hospital de la Mujer. Se recomendó, por un lado, la indemnización a las víctimas y su inscripción en el Registro Nacional de Víctimas, así como el seguimiento de la denuncia penal y la administrativa del caso; por el otro, el establecimiento de garantías de no repetición en las clínicas, hospitales y centros de salud

dependientes de la Secretaría de Salud del estado: la integración debida de expedientes médicos, la revisión de credenciales del personal de salud y su capacitación.

El caso de Susana es un referente, por eso se pretende llevar el caso de Karen Rubí a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos para exigirle al Estado mexicano cumplir con los acuerdos que ha firmado en materia de salud materna.

## **5.2 Sistema Universal**

En el Sistema Universal es necesaria una comunicación dirigida a la relatoría de la mujer de la ONU o en caso dirigido a la relatoría de la mujer del sistema interamericano para que se genere un informe dirigido a México y Chiapas. Sobre las violaciones que se están presentando con relación a la salud de las mujeres.

A través la relatora de la mujer puede hacer una visita a México en específico a Chiapas donde actualmente ocupa el segundo lugar en muerte materna.

Las visitas a los países son un medio fundamental para obtener información directa y de primera mano ya que permiten observar directamente la situación de los derechos humanos y facilitan un diálogo intenso con las autoridades estatales competentes, en particular los poderes ejecutivo, legislativo y judicial. También permiten establecer contacto con las víctimas, los testigos, las ONG internacionales y locales y otros miembros de la sociedad civil, los círculos académicos y los funcionarios de los organismos internacionales presentes en el país en cuestión, y obtener información de ellos.

En los procedimientos especiales ONU las comunicaciones pueden tratar de casos relacionados con personas, grupos o comunidades, de las tendencias y cuadros generales de violaciones de los derechos humanos en un país en particular o en ámbitos más generales, o bien de la legislación en vigor o de proyectos de leyes que se consideren un motivo de preocupación.

El propósito de la comunicación es obtener una aclaración sobre denuncias de violaciones y promover medidas encaminadas a proteger los derechos humanos. En este sentido la comunicación es viable en mi caso ya que le daré a conocer a la

relatora las violaciones que se están presentando, tendrá conocimiento y pensando a futura ella deberá pedirle un informe al estado mexicano sobre la situación, logrando así tener una visita.

## **CAPÍTULO 6**

### **LA ESTANCIA PROFESIONAL Y EL ACOMPAÑAMIENTO**

Dos años de experiencia, desarrollando un tema que en lo particular es complejo, por muchas razones; la muerte materna tiene sus orígenes y se presenta por varios factores como la pobreza, la discriminación, la ubicación geográfica, las condiciones que se presentan en los hospitales públicos, las políticas públicas entre otros.

En este tiempo he logrado conocer testimonios de señoras que han estado embarazadas, casos que se han presentado en Chiapas y que hasta ahora no han logrado la reparación integral del daño. Mujeres que han sufrido violencia obstétrica, lo grave es que la mayoría de las mujeres no saben que son violaciones a derechos humanos.

Las mujeres han sufrido violencia, conforme pasa el tiempo, los índices de muerte materna van en aumento por muchos factores que anteriormente se expone, las mujeres han muerto por la falta de atención médica o por la falta de atención humanizada, este problema es grave pues muchas mujeres que han fallecido han dejado a su familia, la vida de las mujeres está en peligro cuando ella deciden embarazarse pues no se cumplen con los protocolos de atención para decidir una atención de calidad. En este tiempo he logrado un trabajo en red y logrando el acompañamiento del Comité por una Maternidad Segura y Voluntaria en Chiapas y el Observatorio de Muerte Materna.

## **6.1 Seguimiento de la queja**

Se presentó una queja ante la CEDH sobre el caso de Karen Rubí, con el objetivo de dar a conocer los problemas que se presentan en el Sector Salud, los índices de Muerte Materna en Chiapas y con esto lograr medidas cautelares a las mujeres en edad reproductiva y mujeres embarazadas.

Se le ha dado seguimiento a la queja y se sigue recabando información sobre la muerte materna en Chiapas, cabe mencionar que apesar que no se tiene una víctima en específico se sigue trabajando porque es un grupo de mujeres que han sufrido esta problemática e incluso las víctimas directas son las mujeres que han fallecido.

En Chiapas lograr alcanzar la justicia es muy complejo pues muchas mujeres no cuentan con el apoyo de las instituciones que trabajan sobre los derechos de las mujeres. La CEDH es un organismo autónomo no ha fungido como tal pues en el caso particular no se ha hecho el trabajo que les corresponde, no ha investigado y solo se quedan con los informes que han dado el hospital donde Karen fue atendida.

En el informe argumental el hospital Rafael Pascasio Gamboa que no hay ningún expediente de la accisa y relacionado con las investigaciones tampoco la Comisión de Arbitraje médico da información sobre el caso. Es evidente la omisión y la falta de compromiso de las autoridades sobre el caso.

En octubre del 2018 se presentó un recurso de impugnación a la CEDH por el dictamen que dio la visitadora de la mujer. La comisión argumenta que ya no había más pruebas ni elementos para seguir investigando el caso de Karen. Con esto se hizo necesario presentar constantemente más pruebas para que hubiese más elementos. Sin embargo, la visitadora, que debe trabajar con la interesada, no ha sido suficiente, el trabajo que está haciendo no basta, incluso, no ha investigado; solo hace un trabajo administrativo.

Se ha presentado este recurso por algunas inconsistencias que se presentan en el caso:

En su momento se le solicitó que emitiera medidas precautorias o cautelares en términos de los artículos 1° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 37 fracción VIII y 52, de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, 13, párrafo segundo del artículo 16, 41 y 52 de la Ley y 142, 177, 178, 179, 180 y 181 del Reglamento Interior del Extinto Consejo Estatal de Los Derechos Humanos, de aplicación supletoria, en términos del artículo tercero transitorio, de la Ley en la materia, a contrario sensu, a fin de que se les respeten los derechos humanos y se evite la posible consumación de violaciones de derechos humanos de hechos de difícil e imposible reparación, CON CARÁCTER RESTITUTORIO y CONSERVATORIO al sector Salud en el Estado de Chiapas, en el sentido siguiente:

PRIMERO.- Que dentro del marco de la competencia, facultades y atribuciones de esa Secretaría de Salud, ordene a quien corresponda, se

implementen Medidas Cautelares necesarias y eficaces, consistente en aplicar el protocolo de atención a mujeres embarazada y evitar con ello la posible violación de derechos humanos, el derecho a la vida, el acceso a la salud y garantías fundamentales.

SEGUNDO.- Que dentro del marco de sus facultades y atribuciones realicen todas las acciones necesarias para prevenir la posible violación de derechos humanos de difícil reparación, sobre el derecho humano a la vida y salud de las mujeres embarazadas, en trabajo de parto y posparto, para evitar más casos de muerte materna y puerperio.

TERCERO.- Que en los términos de sus facultades y atribuciones diseñen e impartan, en las clínicas, hospitales y centros de salud dependientes de la Secretaría de Salud del estado de Chiapas, Programas Integrales de Educación, Formación y Capacitación sobre los derechos humanos que el orden jurídico les reconoce a las mujeres y a la niñez, que garantice el trato digno y la situación de vulnerabilidad de diversos grupos, como lo son los miembros de los pueblos y comunidades indígenas, y evitar con ello la posible violación de derechos humanos de difícil o imposible reparación. Es así como la visitadora no se ha pronunciado al respecto

De manera respetuosa se ha solicitado a la Comisión Nacional de los Derechos Humanos la suplencia de la queja, pruebas y agravios, en todo lo que favorezca a la agraviada. Todas estas acciones se han trabajado en la instancia local.

También es necesario mencionar que está trabajando para lograr presentar la petición de medidas cautelares para las mujeres embarazadas ante la CIDH con ayuda del Comité por una Maternidad Segura y Voluntaria en Chiapas. Esto es muy importante porque las mujeres cuando solicitan el servicio médico han padecido violencia obstétrica por parte del personal de Salud.

Muchas mujeres no quieren ser atendidas en los hospitales públicos por la agresión que sufren, la falta de medicamentos, la falta de equipos médicos que los

hospitales no tienen, la distancia que tienen que recorrer para llegar a los hospitales, la falta de pertinencia cultural que es un problema desde la salud, entre otros.

## **6.2 Aportaciones de la estancia**

El Comité por una Maternidad Segura en México surge en 1987 como respuesta a la iniciativa mundial por una maternidad segura, cuyo objetivo era lograr compromisos de los gobiernos para que las mujeres tuvieran una atención oportuna, de calidad y que les garantizara condiciones de seguridad en el embarazo, parto y posparto.

Actualmente existe el Comité Nacional, 5 comités estatales en Chiapas, Guerrero, Jalisco, Oaxaca y Veracruz, además de grupos organizados en San Luis Potosí y Morelos, y dos grupos de trabajo: el Observatorio de Mortalidad Materna y la Asociación Mexicana de Partería. Al mismo tiempo el Comité es integrante de la Coalición por la Salud de las Mujeres, la red de organizaciones que efectúa investigación e incidencia en política y presupuesto público.

El Comité promotor por una Maternidad Segura y Voluntaria en Chiapas (CPMSVCH) es una red de personas de organizaciones de la sociedad civil y la academia, que desde hace más de dos décadas han reunido sus esfuerzos con el fin investigar, documentar e impulsar iniciativas de política pública para fortalecer la capacidad del Estado para proteger y promover la salud materna en el estado y el país, así como para promover la titularidad de los derechos sexuales y reproductivos para todas las mujeres de Chiapas. (CPMSVCH. 2018,s/p).

Actualmente el CPMS México está conformado por 64 organizaciones no gubernamentales, gubernamentales y académicas. Dentro de las organizaciones están el Observatorio de Muerte Materna, el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESA) las instituciones gubernamentales como es la Secretaría de Salud, Organización Panamericana de la Salud (OPS) por mencionar algunas. También existen cinco comités estatales en Veracruz, Chiapas, Oaxaca, Jalisco y Guerrero, así como representantes en diversos estados del país.

La misión del Comité es promover la maternidad informada, libremente decidida, sin violencia, gozosa y el acceso universal a atención de salud respetuosa y de calidad, para y con mujeres en situación de vulnerabilidad, en el marco de los derechos sexuales y reproductivos.

El Comité Promotor De una Maternidad Segura y Voluntaria en Chiapas, trabaja para ser referente estratégico en el diseño de atención a la salud materna, considerando los determinantes sociales y la diversidad sociocultural de las mujeres en México, promoviendo innovaciones y estrategias en salud materna basadas en evidencia científica y desde la perspectiva de derechos e incidiendo de manera eficaz en políticas públicas a niveles municipal, estatal y nacional.

Desarrollan diversas acciones civiles con sectores vulnerables del Estado de Chiapas, por tanto, tienen una visión teórico práctico en la defensa de derechos humanos, vinculándose al desarrollo del programa de la Maestría en Defensa de los Derechos Humanos, que soy parte. Por tanto, hacer mi estancia en el Comité, me permitió fortalecer mis conocimientos, así como estrategias en la defensa integral de mi caso, identificando las problemáticas y buscar la no repetición violaciones a Derechos Humanos.

### Plan de trabajo en la estancia académica

<b>Identificación de la Estancia:</b>	
<b>Lugar:</b>	Comité Promotor De una Maternidad Segura y Voluntaria en Chiapas
<b>Sede:</b>	San Cristóbal de la Casas, Chis.
<b>Periodo</b>	Febrero 2018 – Mayo 2018
<b>Horas</b>	650 horas.

<b>Identificación de la Estudiante</b>	
<b>Nombre competo:</b>	Silvia Castillo Enríquez
<b>Grado de estudio:</b>	Maestrante en Educación
<b>Programa actual:</b>	Maestría en Defensa de los Derechos Humanos
<b>Universidad:</b>	Universidad Autónoma de Chiapas
<b>Facultad:</b>	Centro de Estudios para la Construcción de la Ciudadanía y Seguridad

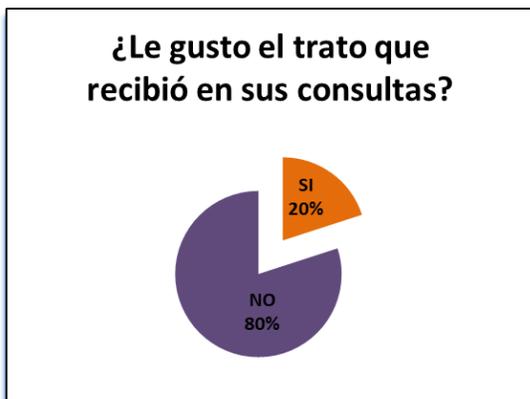
<b>Propuesta de trabajo</b>	
<b>Nombre del proyecto:</b>	Tema: <b>“Muerte Materna, violaciones al derecho a la vida y a la salud. La reparación y no repetición de la violencia obstétrica por parte del Sector Salud de Chiapas”</b>
<b>Objetivo general:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Exponer el caso de “Karen Rubí. Muerte Materna” ante el Comité Promotor De una Maternidad Segura y Voluntaria en Chiapas.</li> </ul>
<b>Objetivos específicos:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diseñar estrategias para continuar investigando sobre el fallecimiento de Karen.</li> <li>Investigar sobre el expediente clínico de Karen</li> <li>Analizar las medidas generales y específicas emitidas por la CNDH para el Hospital de la Mujer de San Cristóbal de las Casas del caso de Susana.</li> <li>Elaborar encuestas para aplicarlo con las usuarias del Hospital de la Mujer.</li> </ul>

#### **Programa de actividades:**

<b>Actividades</b>	<b>Descripción de actividades</b>	
		Febrero
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Revisión del amicus curiae CPMSVCH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Conocer el contexto de Chiapas en el tema de muerte materna y cuáles son las problemáticas</li> </ul>	12-16
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Reunión con el Secretario del CPMSVCH (Marcos Arana Cedeño) y la coordinadora del Observatorio de Muerte Materna en Chiapas (Hilda Arguello)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Revisar el caso de Karen Rubí para busca estrategias para exponerlo en otras instancias, con la finalidad de esclarecer el caso.</li> </ul>	19- 23
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Revisar el comunicado sobre las violaciones de los Derechos Humanos en el caso de la muerte materna de la Sra. Susana Hernández Gómez en el Hospital de la</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Conocer las medidas generales y específicas emitidas por la CNDH para el Hospital de la Mujer de San Cristóbal de las Casas y establecimientos médicos de la Secretaria de Salud que brinda atención del embarazo, parto,</li> </ul>	26- 30

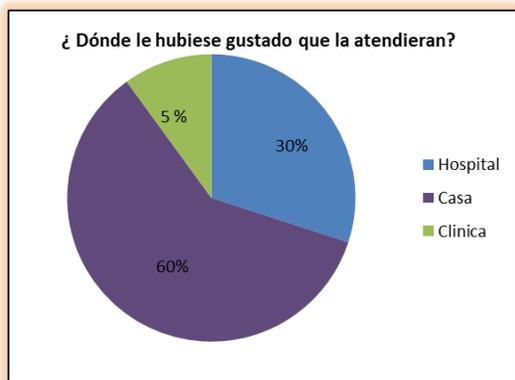
<p>Mujer de San Cristóbal de las Casas, Chiapas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Elaborar encuestas para usuarias del Hospital de la Mujer.</li> </ul>	<p>puerperio y al recién nacido</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Aplicar encuestas a usuarias con la finalidad de identificar si se han cumplido las medidas generales y específicas emitidas por la CNDH del caso de Susana.</li> </ul>	<p>12 de marzo en adelante. (Las encuestas están por aplicarse)</p>
--	--	---

Durante la estancia se participó en algunas investigaciones y se aplicó una encuesta con el propósito de comprender el problema desde el punto de vista de las mujeres sobrevivientes. Se encuestaron 50 mujeres que en el momento de la encuesta se encontraban acudiendo al Hospital de la Mujer en San Cristóbal de las Casas. De acuerdo con las encuestas, el 80% de las mujeres encuestadas mencionan que el trato que reciben es de manera grosera y ese es el motivo por el cual no quieren atenderse con los médicos. Mencionan que es preferible atenderse con las parteras.



Los testimonios de las mujeres son importante pues es necesario que se revise cómo es el trato, desde la manera en cómo las revisan, cómo les hablan y si dejan ser acompañadas por un familiar cuando pasan a consulta.

Figura 1. Trato en las consultas



Se presentan varias violaciones a los Derechos Humanos. Ellas mencionan que son obligadas para acudir al hospital para que las revisen, las obligan a que tengan a sus hijos en el hospital y no con las parteras, las obligan a escuchar platicas de planificación familiar, son amenazadas con quitarles el programa de prospera si

**Figura 2. Lugar de atención**

ellas no hacen lo que les dicen.

En la figura 2 se observa que el 60% de las mujeres han preferido atender su parto en casa con las parteras y el 30% en los hospitales porque son obligadas y el 5% en las clínicas.

Algunos de los testimonios de las mujeres se presentan a continuación, tratando de recuperar desde su voz, sus vivencias, las cuales se traducen en violaciones a sus derechos reproductivos y que podrían hacerse justiciables.

Laura	Cuando estaba embarazada los de prospera me decían... si no vas al hospital para que te revisen no seguirás teniendo tu apoyo. Si te atiende con las parteras también te quitamos el apoyo porque las parteras no tienen por qué atenderte.
Jacinta	Prefiero atenderme con las parteras porque ellas me tratan bien, no gasto mucho y no tengo que salir de mi comunidad para ser atendida.
Francisca	Cuando voy a que me revisen los doctores siempre me hablan en español y no les entiendo por eso prefiero que la partera me atienda porque ella me explica y me dice cómo debo de cuidarme. El doctor siempre me regaña cuando voy y tengo que entrar solita.
Tomasa	Vengo a que me revisen porque no quiero que me quiten el apoyo pero durante mi embarazo me reviso la partera. En el último mes vine al

	hospital para que tuviera mi hijo porque si lo tenía con la partera no iba a poder registrar a mi hijo, eso nos dicen cuando estamos embarazadas.
Martina	Tengo que venir a las consultas porque me han dicho que si no vengo me sacan de progreso y no recibiré apoyo por parte del gobierno. Con ese apoyo que me dan compro mi comida y me afectaría si ya no me lo dan.

Son algunos de muchos testimonios que dieron las mujeres que tienen el apoyo gubernamental. En general la situación de ellas es complicada porque no quieren atenderse en los hospitales, pero lo hacen por obligación y por el miedo de que ya no sean beneficiarias de este programa.

Las mujeres no tienen la autonomía de decidir si quieren ir o no a consulta, por la situación económica que presentan son obligadas y amenazadas, el gobierno de Chiapas ha obligado a las mujeres a parir en hospital sin importar el trato que se les da. Ellas han preferido una atención humanizada, atendidas como persona que sienten y que tiene derechos.

De acuerdo con el Comité Promotor de una Maternidad Segura y Voluntaria en Chiapas:

Durante los últimos 15 años, la tendencia de promover la atención hospitalaria del parto se aceleró debido en parte a los esfuerzos del gobierno para alcanzar la meta del Objetivo de Desarrollo del Milenio número 5, para el cual se apostó principalmente a la atención por personal calificado que excluye a las parteras tradicionales y a la expansión de los servicios médicos hospitalarios para la atención de la emergencia obstétrica.

Estas medidas se adoptaron con poca o ninguna consideración a las necesidades y decisiones de las mujeres indígenas que cursan con un embarazo normal, las cuales nunca fueron consultadas. Gradualmente se perdió la especificidad que en algún tiempo se intentó desarrollar para la atención de las mujeres indígenas y se homologaron los servicios dirigidos a

ellas con los que se ofrecen a las mujeres pobres de cualquier otra parte del país, la atención del parto en hospitales (CPMSVCH. 2016: 4).

Con todo esto que pasan las mujeres que son beneficiadas por este programa no pueden decidir. La salud de las mujeres se ha venido complicando porque se presenta violencia obstétrica, discriminación, prohibición para decidir sobre su cuerpo, sobre sus derechos reproductivos, que si bien es cierto ellas no saben que son violaciones a derechos humanos, pero se da con estas prácticas.

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 resolutive en casos de emergencias, que el servicio que se da tenga en cuenta la cultura y necesidades de las mujeres. Sesie (2013: 79) menciona que:

[...] 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 el origen de muchas muertes maternas (PHR, 2008). Es fácil imaginarse que en México las mujeres indígenas deben de vivir situaciones similares.

La mayoría de las mujeres prefieren atender su parto con las parteras porque el trato y el ambiente son distintos, donde ellas se sienten protegidas, cómodas y la atención sea respetuosa con pertinencia cultura. Se puede identificar que el papel de las parteras es muy importante ya que ellas pueden salvar vidas en las comunidades donde muchas mujeres fallecen por que los centros de salud y los hospitales están lejos.

Hay mucho trabajo por hacer para que el Estado cumpla con sus obligaciones. El trabajo que realizan las ONG es muy importante ya que ellas son las que hacen

incidencia en las políticas públicas para que podamos ver cambios a beneficios de las mujeres, que se respeten los derechos sexuales y reproductivos.

El Comité Promotor por una Maternidad Segura ha trabajado en beneficio de la salud de las mujeres a hechos varias investigaciones con apoyo del Observatorio de Muerte Materna en Chiapas sobre lo que ha pasado en Chiapas en específico con las mujeres indígenas, la discriminación que viven, la violencia obstétrica en los hospitales, los programas gubernamentales que afectan el derecho a decidir de las mujeres.

Al trabajar con el Comité tuve un panorama más cercano de Chiapas sobre la muerte materna, sus orígenes y cuáles son las causas principales de las muertes de la mujer antes, durante y después del parto. Esto con la finalidad de tener herramientas para la defensa del caso. En el caso de Susana en el 2013 se buscó la no repetición y pese a que existen recomendaciones por parte de la CNDH sobre el trato que se les da en los hospitales no se ha logrado llevar a cabo estas recomendaciones. El índice de muerte materna ha ido aumentando.

El objetivo era colaborar con el Comité Promotor por una Maternidad Segura y Voluntaria en Chiapas para fortalecer las estrategias de defensa sobre el tema de la muerte materna en Chiapas. En el programa de estancia fue investigar el caso de Karen Rubí Muerte Materna en Chiapas con ayuda del Comité y otras ONG'S y conocer los relatos o testimonios de las mujeres que solicitan el servicio de salud público.

Las actividades durante el periodo de la estancia fueron realizadas en el área de documentación e investigación sobre la muerte materna y el servicio que se les brinda a las mujeres durante el embarazo en el Hospital de la Mujer de San Cristóbal de las Casas (Anexo 16).

Investigando sobre los casos que se han presentado en Chiapas se identificaron algunos que no están registrado como muerte materna y tampoco se logró evidenciarlos. En el caso de Ocosingo una mujer falleció en el camino al hospital en el 2017. No la quisieron atender en su comunidad porque no había médicos que atendieran el parto.

En ese mismo año ocurrió otro caso en Amatenango Chiapas. Francisca y su familia viajaron a la ciudad de San Cristóbal en busca de médicos para que te atendieran el parto, pero antes de salir de la comunidad no encontraban transporte y pasó aproximadamente una hora, presentó un sangrado abundante que se convirtió en hemorragia, cuando llegaron al hospital Francisca iba inconsciente, le hicieron cesárea. El niño pudo sobrevivir, pero ella falleció. Son algunos de tantos casos que pasan en Chiapas y que hasta este momento no hay respuesta de los gobiernos para ayudar a las mujeres como llevar ambulancias a las comunidades, vigilar que los médicos estén de guardia en los Centros de Salud, que cuenten con medicamentos necesarios, etc.

El Comité Promotor por una Maternidad Segura y Voluntaria en Chiapas, trabaja para ser referente estratégico en el diseño de atención a la salud materna, considerando los determinantes sociales y la diversidad sociocultural de las mujeres en México, promoviendo innovaciones y estrategias en salud materna basadas en evidencia científica y desde la perspectiva de derechos e incidiendo de manera eficaz en políticas públicas a niveles municipal, estatal y nacional.

Durante este periodo de estancia ayudé a documentar casos, brindar información a las mujeres sobre los derechos humanos y darles acompañamiento en el Hospital de la Mujer de San Cristóbal de las Casas, como estar pendiente si son atendidas oportunamente, si las dejaban pasar para darle de comer a sus hijos, etc. Esto es también muy importante para saber si se está cumpliendo con las políticas públicas para reducir la muerte materna (Anexo 17).

Actualmente son muchos casos que se han presentado durante años, anteriormente ya se han mencionado algunos y que hasta ahora no se ha reducido la muerte materna. No hay seguimiento en las recomendaciones que ha emitido la CNDH. No hay una evaluación de las capacitaciones que los prestadores de salud llevan para que realicen un servicio con un enfoque de Derechos Humanos.

Se revisó con el Dr. Marcos Arana el caso de Karen Rubí, analizamos algunos casos de muerte materna que se han presentado en Chiapas, de acuerdo a las investigaciones me he percatado que las malas prácticas que tienen los médicos, la discriminación, la violencia de género hace que las mujeres no deciden

en el parto. Analizando el caso surge la necesidad de hablar con varias organizaciones como es el Observatorio de Muerte Materna y la Red de parteras tradicionales en Chiapas para que se trabaje en conjunto y se revise el caso particular.

El comité ha trabajado para diseñar estrategias para que la Secretaría de Salud haga su trabajo y cumpla con las recomendaciones ya emitidas, es por ello que el trabajo que ha realizado en Comité es trabajar en redes y con varias organizaciones para fortalecer el trabajo. También el trabajo que se realiza con las parteras es muy importante pues son las que salvan vidas y son las que más atienden partos en las comunidades donde no hay Centros de Salud y hospitales.

Una de las acciones realizadas fueron las encuestas para saber el panorama de Chiapas en cuanto al servicio que brindan los hospitales, como las mujeres no confían en el servicio porque se sienten discriminadas y sufren violencia obstétrica. Se puede decir que durante la estancia permite aplicar los conocimientos adquiridos en módulos anteriores de la maestría y adquirir conocimientos y habilidades de la Organización donde se decida participar.

Es de mucha ayuda hacer trabajos en redes y con otras ONG para lograr hacer incidencia y reducir la problemática específica, evitando las violaciones a derechos humanos que se presentan. Logré hacer un análisis de los casos reales que se presentan en el estado de Chiapas y proponer mecanismos y estrategias de defensa de los derechos humanos de manera que se pudiese incidir a través de la práctica profesional. También, se ha logrado exponer el caso con algunas organizaciones para hacer alianza y desde sus posibilidades puedan ayudarme a seguir investigando.

### **6.3 Balance de acciones emprendidas**

A lo largo de este proceso de formación y de las acciones realizadas he podido conocer casos de familias que han sufrido el problema de la muerte materna y que además se ha podido identificar que la muerte materna puede ser prevenible si la atención es oportuna y de calidad.

Una de las acciones que he realizado en la vía no jurisdiccional es que por medio de la CEDH se he estado investigando el caso de Karen Rubí. Se trabajó de forma colaborativa con algunas ONG'S que trabajan sobre el tema de muerte materna y además es importante hacer mención que gracias a la estancia profesional pude trabajar y tener contacto con el Comité Promotor por una Maternidad Segura en Chiapas lo que me ha permitido tener más información y documentar casos en esta investigación.

Asistí a varias reuniones con la secretaria técnica del OMM, Hilda Eugenia Argüello Avendaño para seguir investigando el caso particular y seguir documentando más casos.

Logré reunirme con el candidato a una diputación de Morena, hoy es Director General del IMSS Zoe Robledo para exponerle la situación de Chiapas con relación al índice de muerte materna que se presenta Chiapas.

Se revisó la queja que presente en la CEDH, se revisó el caso de Susana y investigara si se han cumplido los acuerdos que el estado acepto para saber cuáles son los cambios que se han presentado en los hospitales en cuanto al servicio que se les da a las usuarias.

Es importante mencionar que se investigará el caso de Karen con el Observatorio de Muerte Materna en Chiapas junto con el Comité Promotor De una Maternidad Segura y Voluntaria en Chiapas. Esto se trabajará en estos meses de estancia y se diseñarán estrategias y propuestas para presentarlas en otras ONG'S.

Estas son algunas acciones que se realizaron, sin embargo es importante mencionar que el trabajo no queda aquí, se seguirá trabajando y se exigirá a las autoridades que respondan a las violaciones que se han cometido en los casos de muerte materna.

#### **6.4 Obstáculos encontrados**

Una de las dificultades que se presenta es que las mujeres que han sufrido violencia obstétrica y las familias que han sufrido un caso de muerte materna, se les hace difícil denunciar a las autoridades para que se respeten sus derechos humanos.

La mayoría de las familias no confían en las autoridades, la justicia para ellas no es posible ya que los casos han quedado sin investigar, se les ha negado la información y no hay reparación del daño.

En el caso particular como defensora de los Derechos Humanos fue muy difícil ya que la familia de la víctima no quiso continuar con el caso, por el luto que le guardaban, porque no creen en las autoridades y porque ellos argumentaban que ya no podían hacer nada pues Karen Rubí ya no estaba (Ver anexo 12).

En este proceso de defensa activé mecanismos importantes, sin embargo era necesario que la familia de Karen Rubí ayudara en el proceso, que trabajáramos en conjunto para poder lograr la reparación integral y la no repetición pues como ya se mencionó Chiapas presenta un alto índice de casos de muerte materna el cual ocupa el segundo lugar.

Es importante mencionar que las familias que han sufrido son de escasos recursos económicos y no cuentan con la posibilidad para pagar un abogado/a para que logren hacer justicia.

De acuerdo a la investigación que realicé para entender el contexto los servicios de salud que se brinda en los hospitales y centro de salud no tienen pertinencia cultural. Esto es un problema que les afecta a las mujeres y que se puede observar la manera irrespetuosa por parte del personal de salud cuando las atienden. Freyermuth y Meneses menciona que la “la prestación de servicios públicos de salud con pertinencia cultural considera las prácticas, los valores y la cosmovisión de la población que los recibe, sea indígena, afroamericanas o mestizas para adaptarse a la forma de vida de la población y, así, respetarla.” (Freyermuth y Meneses,2017:12 )

La salud es un derecho que el Estado debe garantizar. Sin embargo muchas mujeres expresan que prefieren atenderse con las parteras por el trato que les dan, porque no cuentan con medicamentos e instrumentos especializados para el parto, por la distancia en la que se encuentran un centro de salud u hospital y porque no tienen dinero para trasladarse.

A las mujeres se les ha negado sus derechos Sexuales y Reproductivos pues han mencionado que no pueden elegir los métodos de planificación familiar, el

personal de salud es el que decide como las mujeres se deben de cuidar. Ellos les colocan el DIU sin preguntar y en otras ocasiones les hacen las salpingoclasia también sin el consentimiento de ellas. Esto de acuerdo a la encuesta que se aplicó,

Las han obligado a asistir a las consultas, a platicas de planificación familiar porque si no lo hacen les quitan el apoyo gubernamental. Los obstáculos son evidentes y uno de ellos en mi trabajo a lo largo de la maestría he investigado los casos y los he conocido me he acercado a la familia de las mujeres que han fallecido pero no quieren ir a denunciar, no quieren exponer sus casos porque ellas mencionan que no habrá justicia, no habrá sanciones a las personas responsables.

Este es uno de los obstáculos pues muchas familias se han quedado sin justicia, sin exponer sus casos ante las autoridades, por el miedo que no les hagan caso, por no estar informadas sobre sus derechos, porque no hay un acompañamiento psicosocial para que ellas puedan exigir que se les haga justicia.

Otro de los Obstáculos es que la CEDH no ha investigado de acuerdo a los procedimientos establecido, pues ha surgido algunos atrasos en cuanto la investigación ya que con forme pasa el tiempo me ha solicitado constantemente pruebas de las violaciones del caso presentado (Ver anexo 15).

Hasta ahora se sigue investigando y se ha presentado más casos que es importante tener en cuenta para poder exigirle a las autoridades garantizar el derecho a la vida y a la salud.

## **CONCLUSIONES**

Las defensoras y defensores de los Derechos Humanos somos personas que asumimos con responsabilidad y ética el trabajo y la lucha para proteger los derechos de las personas: derecho a la vida, derecho a la vivienda, derecho a la identidad entre otros. También debemos conocer la vulneración esos Derechos y hacerlos públicos.

Respecto a mi posición como defensora de los derechos, llevo más de 15 años trabajando para que se reconozcan y se respeten los derechos sexuales y reproductivos de la mujer. Concretamente, he sido activista de una Organización no Gubernamental, denominada DDSER (Red por los Derechos Sexuales y reproductivos).

Las defensoras y los defensores han luchado durante muchos años para que las mujeres puedan ejercer sus derechos, tener presencia en la sociedad, exigir sus derechos como personas, ser sujetas de derechos para lograr ser agentes de cambio. Como sabemos esto no ha sido fácil y aún no se logra que se reconozcan los derechos de las mujeres

Las defensoras y defensores de los derechos humanos deben utilizar como estrategia de defensa el trabajo colaborativo con las ONG'S, pues estas contribuyen a que las mujeres conozcan sus derechos, a superar la pérdida a través de ayuda psicológica, a romper con el silencio y ayudar a otras mujeres para que no se repitan las violaciones a los derechos de las mujeres y tengan posibilidad para exigir al Estado la no repetición del daño.

En México ya existen redes y alianzas consolidadas 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.

Las mujeres son víctimas del Estado, pues este no garantiza la protección a la vida y a la salud. Las mujeres viven un trauma Psicosocial que las paraliza, no hay una lucha para defender los derechos que tiene, no hay acceso a la justicia para ellas. Una de las causas por la cual las mujeres han fallecido antes, durante y después del parto es por la violencia obstétrica por parte del personal de salud, esta situación es grave pues hay un alto índice de mujeres que han fallecido, se les niega el acceso a la salud cuando ellas lo solicitan, no hay una atención de calidad, tampoco se logra atender para que ellas tengan un parto humanizado.

Es importante escuchar a las víctimas, darle un acompañamiento psicosocial para que ellas puedan empoderarse y luchan para hacer justicia, exigirle al Estado a respetar los derechos de las mujeres, la no repetición es urgente ya que muchas mujeres han muerto a consecuencia de la violencia obstétrica y la falta de acceso a la salud.

Se puede identificar que las instituciones de salud a nivel federal han hecho convenios para atender a las mujeres durante el embarazo, también cuando hay una emergencia obstétrica. Sin embargo, estas no han cumplido con los acuerdos ya que la muerte materna va en aumento. La muerte materna afecta directamente a las mujeres y es un problema que se presenta en todos los países.

Es preocupante que las cifras de Muerte materna no disminuyen a pesar que las políticas públicas se han diseñado para que las mujeres tengan el derecho a la salud, una atención de calidad en los hospitales.

Este trabajo se enfocó a una de las causas que se presentan en la Muerte Materna tomando como referencia un caso en específico que se presentó en el estado Chiapas. Cabe resaltar que en las estrategias de defensa se tenía planeado llevar a cabo el caso con la familia de la víctima directa con el objetivo de buscar la reparación integral del daño y la no repetición.

En este caso se presentaron algunos obstáculos por la situación y el estado en la que se encontraba la familia de la víctima. Por el dolor, el luto y el ánimo no fue posible que los familiares continuaran el caso. La mamá y el esposo de Karen tomaron la decisión de no continuar con el caso porque no creen en la justicia. Ellos

argumentaban que a pesar de que fueron evidentes las violaciones a derechos humanos la justicia no se alcanza.

En las estrategias de defensa por la vía no jurisdiccional se presentó una queja en el 2017 ante la Comisión Estatal de Derechos Humanos, se dio a conocer el caso, las violaciones que se presentaron en el hospital y en la queja se le ha pedido al presidente de la Comisión que se investigue el caso y que se trabaje para atender las peticiones. Algunas de ellas son:

- En este contexto, también es necesario que se revisen las políticas públicas que se han implementado a partir del 2013-2017, cuáles son los beneficios y si se ha reducido la muerte materna.
- Se ha solicitado medidas cautelares a las mujeres en edad reproductivas y embarazadas ya que hay un alto índice de muerte materna en Chiapas
- Que la Honorable CEDH investigue, en agravio de Karen Rubí (occisa), menor Fallecido (sin nombre), víctimas directas, víctimas indirectas, así como mujeres en edad reproductiva y embarazada en el Estado de Chiapas, deberá emitir recomendación de carácter específico recomendando la reparación integral del daño a todos los agraviados en los términos de la Ley de Víctimas.
- En razón a que los hechos violatorios de derechos humanos son especialmente graves, se solicita que sean calificados en este sentido, y la vez pido la suplencia de la queja, debiendo realizar de manera oficiosa todas y cada una de las acciones administrativas procedentes para acreditarlas y pronunciarse en su momento.

El caso de Karen Rubí es uno de muchos que se han presentado en Chiapas y así como la familia de Karen otras familias también no logran alcanzar la justicia, por ello no llegan a las instancias jurisdiccionales y no jurisdiccionales. La mayoría de las familias de las víctimas son de bajos recursos, ellas argumentan que para hacer justicia se necesitan los recursos necesarios como el dinero para poder pagar un abogado que les ayude.

En Chiapas hay muchos casos de Muerte Materna, en tal sentido el “Grupo de Información en Reproducción Elegida” (GIRE), en el año 2013, evidenció esta problemática, con el caso emblemático de Susana, quien era una mujer indígena tzotzil, de 26 años de edad, que llegó al hospital de la mujer de San Cristóbal de Las Casas Chiapas con indicaciones para realizarse una cesárea, pero no se le atendió porque no tenían personal para hacer la intervención, sufriendo así maltratos por parte del personal del hospital desde su ingreso

De este caso, el 17 de julio de 2014 la Comisión Nacional de Derechos Humanos, (CNDH) emitió la Recomendación No. 29/2014 en la que determinó que se contaba con elementos suficientes para evidenciar la violación a los derechos humanos de Susana y de sus familiares —su esposo Romeo y sus hijos —, atribuibles al Gobierno del estado de Chiapas por conducto del Hospital de la Mujer.

En consecuencia, es un “deber del Estado prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley”, es por ello que por medio de esta institución autónoma he pedido su intervención para que se investiguen de manera específica la muerte materna de Karen Rubí, su menor hijo, y los daños indirectos ocasionados a sus familiares, emitiendo en su momento recomendación específica recomendando la reparación integral del daño ocasionado.

## BIBLIOGRAFÍA

- 2013-2018, P. N. (2013). PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2013-2018. *Diario Oficial*, 4-129.
- Acceso a servicios, d. (2010). /[www.oas.org](http://www.oas.org). Obtenido de <http://www.oas.org/es/cidh/mujeres/docs/pdf/SaludMaterna2010.pdf>
- Afonso, C., & Beristain, C. M. (2013). Memoria para la vida. Una comisión de la verdad desde las mujeres de Colombia. Bilbao: Hegoa.
- Aguirre, A. (2009). La mortalidad infantil y la mortalidad materna en el siglo XXI. *Papeles de la población*, 76-99.
- Alfonso, C., & Beristain, C. (2010). Memoria para la vida. *Coordinación Nacional Ruta Pacífica de las mujeres*.
- Ancaya del capio, L. (2013). Situación de Mortalidad Materna en el Perú 2000-2012. *Perú Med Exp Salud Pública*, 461-464.
- Arguello, H. (2017). *antenasanluis.mx*. Obtenido de <http://antenasanluis.mx/salud-en-chiapas/>
- Beristain, C. M. (2010). Manuel sobre Perspectiva psicosocial en la investigación de los derechos humanos. País Vasco: Hegoa.
- Cabral, M. L. (2009). Diagnóstico sobre mortalidad materna. *International Classification of Diseases*, 3-83.
- Carpizo, E. (2010). *archivos.juridicas.unam.mx*. Obtenido de <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/6/2834/23.pdf>
- Castrillo, B. (2016). Dime quién lo define y te diré si es violento. *REVISTA LATINOAMERICANA*, 44-68.
- Catálogo de Derechos Humanos, C. (2015). *www.codhem.org.mx*. Obtenido de <http://www.codhem.org.mx/LocalUser/codhem.org/pdfs/catalogodh.pdf>
- CCVDH. (2015). *Catálogo para la Clasificación de Violaciones a Derechos Humanos*. Obtenido de <http://www.codhem.org.mx/LocalUser/codhem.org/pdfs/catalogodh.pdf>
- CDHD. (2010). Obtenido de [https://issuu.com/alejandromartinezobregon/docs/05-catlogo\\_calificacion\\_int](https://issuu.com/alejandromartinezobregon/docs/05-catlogo_calificacion_int)
- CDHDF, C. (2014). Recomendación No 29/2014.
- CEDAM, C. (2010). *www.unicef.org*. Obtenido de [https://www.unicef.org/panama/spanish/MujeresCo\\_web.pdf](https://www.unicef.org/panama/spanish/MujeresCo_web.pdf).
- CEDAW. (2011). Discriminación contra las mujeres. *ONU mujeres*, 9-66.
- Centro Nacional de Género y Salud Reproductiva. (11 de Septiembre de 2015). *PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO DE SALUD MATERNA Y PERINATAL 2013 - 2018*. Obtenido de <https://www.gob.mx/salud/cnegr/es/documentos/programa-de-accion-especifico-de-salud-materna-y-perinatal-2013-2018>
- CEPAL. (2010). <https://repositorio.cepal.org>. Obtenido de <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/5949>
- CIDH. (2010). *ACCESO A SERVICIOS DE SALUD MATERNA DESDE UNA*. Obtenido de <http://www.oas.org/es/cidh/mujeres/docs/pdf/SaludMaterna2010.pdf>

- CIDH, O. (2015). *OEA*. Obtenido de <http://www.oas.org/es/cidh/decisiones/sobre-cautelares.asp>
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos México D. F. (14 de Julio de 2014). [www.cndh.org.mx](http://www.cndh.org.mx). Obtenido de [http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Recomendaciones/2014/Rec\\_2014\\_029.pdf](http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Recomendaciones/2014/Rec_2014_029.pdf)
- Comisión Nacional, D. D. (10 de noviembre de 2017). [www.cndh.org.mx](http://www.cndh.org.mx). (R. N. 31/2017, Ed.) Obtenido de [http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Recomendaciones/generales/RecGral\\_031.pdf](http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Recomendaciones/generales/RecGral_031.pdf)
- COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS,, C. (2000). [www.acnur.org](http://www.acnur.org). Obtenido de <http://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf?file=fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451>
- CONAMED. (2013). El abuso de las mujeres en la sala de parto. *CONAMED*, 14-20.
- CONEVAL. (2012). Mortalidad en México 2010. *CONEVAL*, 2-236.
- CONVENCIÓN DE BELEM, D. (1994). [www.oas.org](http://www.oas.org). Obtenido de <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>
- CPECH, C. (2001). [catedraunescodh.unam.mx](http://catedra.unam.mx). Obtenido de [http://catedra/ocpi/pj/mj/docs/chi\\_cp.pdf](http://catedra/ocpi/pj/mj/docs/chi_cp.pdf)
- CPMSVCH, C., & Comité Promotor de una , M. (2016). El desmantelamiento de la atención obstétrica en el primer nivel de atención, como determinante de la violencia obstétrica y de género contra las mujeres indígenas de Chiapas. San Cristóbal de las Casas, Chiapas. *OMM.org*, 1-16.
- Cruz Cruz, P. D., & Aguli Ruiz, R. (2014). Causas de la Mortalidad Materna En el Instituto del Seguro Social, periodo 2009-2012. *4*, 398- 396.
- Da Silva, I., & Santana, R. (2017). Formas de violencias Obstetrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal. *Enermeria*, 71-79.
- De las Mercedes, M., & Juan, M. (2013). [cnegrs.salud.gob.mx](http://cnegrs.salud.gob.mx). Obtenido de [http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/SaludMaternayPerinatal\\_2013\\_2018.pdf](http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/SaludMaternayPerinatal_2013_2018.pdf)
- Derechos, H. (2010). [www.oas.org](http://www.oas.org). Obtenido de <http://www.oas.org/es/cidh/mujeres/docs/pdf/SaludMaterna2010.pdf>
- Diez, E., & Casteleiro, A. (2015). Origen y evolución de la madronería. *Nuberos Cientifica*, 70-73.
- Dirección General de Epistemología, D. (2018). Obtenido de [http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/BOLETIN\\_ES\\_21\\_2018\\_COMPLETO.pdf](http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/BOLETIN_ES_21_2018_COMPLETO.pdf)
- Duque, V. (2005). De Víctima de Conflicto a Promotores de Cambio: Trabajo Psicosocial y Reconciliación en Guatemala. *Editores Guatemala*, 2-22.
- Federal, C. ((2017)). Reformas a la Constitución de 1917.
- Financiera Nacional de Desarrollo. (2015). Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. CDMX.
- Freyermuht, M. G. (2014). La mortalidad materna y los nudos en la prestación de los servicios de salud en Chiapas.Un análisis desde la Interculturalidad. *LininaR. Estudios Socieles y Humanidades*, 30-45.

- Freyermuth, G., & Meneses, S. (2017). *Guía atención al parto OMM.org*. Obtenido de [http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/GUIA\\_AP\\_PC\\_digital.pdf](http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/GUIA_AP_PC_digital.pdf)
- Freyermuth, G., & Sesia, P. (2009). *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura en México*. CIESAS.
- Gamboa Montejó, C., & Valdés, S. (2015). Mortalidad Materna en México. *Marco Conceptual, Derecho Comparado, México*.
- GIRE, M. (s/f). *www.gire.org.mx*. Obtenido de <https://informe.gire.org.mx/caps/cap3.pdf>
- Gonzalez, L. R. (2011). El sistema no-jurisdiccional de protección. *INSTITUTO DE CIENCIAS JURÍDICAS*, 99-122.
- Grupo de Información, E. (2015). *gire.org.mx*. Obtenido de <https://gire.org.mx/nuestros-temas/vida-laboral-y-reproductiva>
- Humanos, C. N. (2014). recomendación No 29/2014. [http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/recomendación/2014/Rec\\_2014\\_029.pdf](http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/recomendación/2014/Rec_2014_029.pdf).
- IMSS, 0.-0. (2014). Vigencia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. *Catálogo de maestros de guías de prácticas clínicas, s/p*.
- Ley General de Víctima. (11 de 03 de 2017). *diputados.gob.mx/*. Obtenido de [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGV\\_030117.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGV_030117.pdf)
- Maza, M. M., Vallejo, C. M., & González, M. (2012). Mortalidad materna: análisis de las tres demoras. *Obstet Ginecol*, 233-248.
- MEXICANOS, C. P. (Enero de 20016). *Diario Oficial de la Federación*. Obtenido de [www.ordenjuridico.gob.mx](http://www.ordenjuridico.gob.mx) > Constitucion
- NACIONES UNIDAD, D. H. (20 de diciembre de 1993). *Alto comisionado*. Obtenido de <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/violenceagainstwomen.aspx>
- Norma Oficial Mexicana, & NOM-007-SSA2-1993, N. A. (2018). *omm.org.mx*. Obtenido de <http://www.omm.org.mx/index.php/indicadores-nacionales/boletines-de-mortalidad-materna/2018>
- Norma Oficial, M. (1993). Atención de la mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y Del Recien Nacido. *NOM-007-SSA2-1993, S/P*.
- OEA. (2010). Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos. *Comisión Interamericana de los Derechos Humanos*, 2-32.
- OMS. (2014). *www.omm.org.mx*. Obtenido de [http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/Augmentation\\_of\\_Labor\\_Briefer\\_SP.pdf](http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/Augmentation_of_Labor_Briefer_SP.pdf)
- OMS. (2017). Obtenido de <https://www.who.int/features/qa/56/es/>
- Organización Mundial de la Salud, O. (2005). Muerte Materna 2005. *Unicef*, 1-45.
- PARA), (. D. (1995). Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer .
- Pereira, C., Dominguez, A., & Toro, J. (2015). Violencia Obstetrica desde la Perpectiva de la Paciente. *Obstet Ginecol Venez*, 75(2), 81-90.
- Pereira, C., Dominguez, A., & Toro, J. (2015). Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paiencia. *Obstet Ginecol Venez*, 81-90.

- Pérez Castro, J. A., Castillo Vázquez, C. M., Domínguez de la Peña, M. A., & Jimenez Diaz, I. B. (2012). Analisis de 129 casos de Mortalidad Marterna 2011 en el CONAMED. *CONAMED*, 32-36.
- Reorma, D.-0.-2. (09 de noviembre de 2017). *Gob.mx*. Obtenido de [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1\\_240217.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_240217.pdf)
- Romero, M., Ramos, S., & Abasolos, E. (2010). *researchgate.net*. Obtenido de [https://www.researchgate.net/profile/Edgardo\\_Abalos/publication/256444095\\_Modelos\\_de\\_analisis\\_de\\_la\\_morbi-mortalidad\\_materna](https://www.researchgate.net/profile/Edgardo_Abalos/publication/256444095_Modelos_de_analisis_de_la_morbi-mortalidad_materna).
- Salud, (. O. (2005). Mortalidad materna en 2005. *UNICEF*, 1-43.
- Sanchez Bringas, A. (2014). Mortalidad materna en el mundo. Desigualdad en la procreación. *Revista Chilena de Obstetriciay Ginecologia.*, 536-543.
- Sanchez, M. F. (2016). *El derechos de las mujeres a una vida libre de vilencia*. México: Multidisciplinas.
- Sesie, P. (2013). Derechos Humanos, Salud y Muerte Materna: Características, potencial y Restos de un Nuevo Enfoque para Lograr la Maternidad Segura en México. *CIESAS*, 66-90. Obtenido de <http://www.revistaandaluzadeantropologia.org/uploads/raa/n5/raa5/sesia.pdf>
- Soto, D. (2018). *Muerte Materna en el 2017*. Obtenido de <https://www.reforma.com/aplicacioneslibre/articulo/default.aspx?id=1291673&md5=670d58ab7757bbdb9d466ff2e7e34645&ta=0dfdbac11765226904c16cb9ad1b2efe>
- SSA. (2015). *Guía de Implementación. Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro*.
- Tello Moreno, L. (2011). *Panorama general de los DESCAs en los Derechos Internacionales de los Dechos Humanos*. Obtenido de [omm.org.mx](http://omm.org.mx/mssm/images/Programa_de_atencion_materna_y_perinatal.pdf):
- Tena Tamayo, C., & Lee, G. (s.f.). *www.salud.gob.mx*. Obtenido de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7339.pdf>
- Valdez , R., Hidalgo, E., & Mojarro, M. (2013). Nuevas evidencias a un viejo problema: el abuso a las mujeres en las salas de parto. *CONAMED*, 14-20.
- Vega, M. (2017). La marternidad solo un privilegio. *Grupo de Información Elegida GIRE*, S/p.
- Vega, M. (2017). *www.animalpolitico.com*. Obtenido de <https://www.animalpolitico.com/salud-en-chiapas/maternidad/index.html#/>
- Villaran , S. (2005). Acceso a la justicia para las mujeres . *Informe sobre el acceso a la justicia para las mujeres victimas de violencia y ciscriminación*.
- Voces , f. (2018). *vocesfeministas.com*. Obtenido de <https://vocesfeministas.com/2018/03/19/chiapas-ocupa-primer-lugar-14-defunciones-mujeres-muerte-materna-lo-va-del-2018/>

# ANEXOS

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas  
17 de Abril del año 2017

Asunto: Solicitud de información.

M. B. H. S.

DR. FRANCISCO ORTEGA FARRERA,  
SECRETARIO DE SALUD Y DIRECTOR  
GENERAL DEL INSTITUTO DE SALUD  
PRESENTE

LICDA. SILVIA CASTILLO ENRRIQUEZ, mayor de edad, mexicana por nacimiento, con domicilio para oír y recibir cualquier clase de notificaciones en la 3ª sur poniente #247, de la colonia Terán C.P. 29050 en esta ciudad Tuxtla Gutiérrez número de celular 961 2657889 y correo electrónico [chivis\\_2401@hotmail.com](mailto:chivis_2401@hotmail.com), ante usted respetuosamente comparezco expresar y pedir:

La suscrita compareciente es estudiante de segundo semestre de la Maestría en Defensa de los Derechos Humanos que oferta el Centro de Estudio para la Construcción de Ciudadanía y la Seguridad (CECOCISE-UNACH), teniendo como proyecto de estudios el tema de muerte materna y perinatal en el Estado de Chiapas, para lo cual requiero tener informar de la Secretaría de Salud que Usted representa la cual tiene facultades y atribuciones para atender el tema de investigación profesionalizante que realizo.

Es por ello que con fundamento en los artículos 1º, 8º y 36 fracción V de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el primero que prevé la obligación del Estado para prevenir violaciones de derechos humanos de las personas y los restantes que reconocen el derecho de petición y respuesta, en favor de las personas, planteo la petición siguiente:

I.- Información Estadística que deberá contener: número de muertes maternas y perinatales que han ocurrido en la red hospitalaria de la Secretaría de Salud en el estado de Chiapas durante el periodo de enero 2013 a marzo 2017, así como el nombre de los hospitales dónde ocurrieron las muertes y fecha de estas.

II.- Información que plasme, cuántas Mujeres que fallecieron durante el embarazo, antes y después del parto, en el periodo de enero 2013 a marzo

SECRETARÍA DE JUSTICIA Y FERIAZ  
ESTADO DE CHIAPAS  
SECRETARÍA DE JUSTICIA Y FERIAZ  
ESTADO DE CHIAPAS

AMPARO INDIRECTO NUM. 12017.

07 MAY 22 11:02:21

**C. JUEZ DE DISTRITO EN MATERIA DE AMPARO Y JUICIOS FEDERALES EN EL ESTADO DE CHIAPAS, EN TURNO**

Presente.

**SILVIA CASTILLO ENRIQUEZ**, mexicana por nacimiento, por mi propio derecho, señalando como domicilio para oír y recibir toda clase de notificaciones en el domicilio ubicado en 3ª sur poniente número 247, colonia Terán, en esta ciudad, número de celular 961 26 57 889, correo electrónico. [chivis\\_2401@hotmail.com](mailto:chivis_2401@hotmail.com), autorizando en términos del artículo 12 ultima parte, 27 de la Ley de Amparo, para que a mi nombre las oigan y las reciban, tomen las notas y/o **FOTOGRAFÍAS** que estimen pertinentes y **reciban toda clase de documentos**, así como para que se impongan de los autos del expediente del juicio constitucional que se origine y para que recojan toda clase de documentos que se relacionen con el presente, a la Licenciada **Maricela Sandybell Reyes Gonzalez**, así como a la C. **Lilian Esther López de León**, ya sea conjunta o indistintamente, ante Usted con el respeto que le es debido, comparezco para **EX PONER**:

Que por medio del presente recurso, vengo a solicitar el Amparo y Protección de la Justicia de la Unión, en contra del acto que en su capítulo correspondiente señalare.

En acatamiento a lo previsto por el artículo 108 de la Ley de Amparo, paso a precisar lo siguiente:

**I.- NOMBRE Y DOMICILIO DEL QUEJOSO:** Ya ha quedado debidamente señalado en el proemio de la presente demanda de garantías.

**II.- NOMBRE Y DOMICILIO DEL TERCERO INTERESADO:** Bajo protesta de decir verdad, manifiesto a su Señoría que ~~no conozco~~ ni se si existe tercero interesado en el presente juicio de garantías.

**III.- AUTORIDAD RESPONSABLE:** Dr. Francisco Ortega Ferrera, Secretario de Salud y Director General del Instituto de Salud en el Estado de Chiapas, con domicilio ampliamente conocido en Unidad Administrativa, Edificio "C", Maya C.P. 29010 en esta ciudad de Tuxtla Gutiérrez Chiapas.

**IV.- LA NORMA GENERAL, ACTO U OMISION QUE AUTORIDAD SE RECLAME:** La falta de contestación a la petición que mediante escrito de fecha 17 diecisiete de abril del año 2017 dos mil diecisiete, de manera pacífica y en forma

CE ^c [ Á É Ë ä } ää } Á Á R : \* ää [ Á ^ | & ^ | [

**TURNO DE DEMANDA DE AMPARO**

OCC 1.1.0.52

Número de registro: 003891/2017  
Fecha de recibido: lunes, 22/05/2017  
Fecha de turno: lunes, 22/05/2017

Hora de recibido: 10:21 Hrs.  
Hora de turno: 10:22 Hrs.

Turnado al Juzgado: JUZGADO TERCERO DE DISTRITO DE AMPARO Y JUICIOS FEDERALES EN EL ESTADO DE CHIAPAS, CON RESIDENCIA EN Tuxtla Gutierrez

Tipo de demanda: ADMINISTRATIVA DE FONDO

Número de quejosos: 1

No. expediente: \*\*\*

Ingreso: VENTANILLA

Autoridad: SECRETARIO DE SALUD Y DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE SALUD EN EL ESTADO DE CHIAPAS CIUDAD

Quejoso: SILVIA CASTILLO ENRIQUEZ  
Acto reclamado: FALTA DE CONTESTACIÓN A ESCRITO DE 17/04/2017

Tercero interesado: NO MENCIONA  
Autoridad incompetente: \*\*\*

Copias: 2

Anexos: 0

Materia: ADMINISTRATIVA

Firma: SI

Atenta contra la libertad personal: NO

Descripción de anexos: \*\*\*

Observaciones: \*\*\*

Fecha de cambio de turno: \*\*\*

Hora de cambio de turno: \*\*\*

Autorizado Representante: MARICELA SANDYBELL REYES GONZALEZ

Expediente Antecedente: \*\*\*

Folio de Art 41: \*\*\*



Oficina de Correspondencia Común de los Juzgados de Distrito de Amparo y Juicios Federales en el Estado de Chiapas, con sede en Tuxtla Gutierrez y de los Juzgados de Distrito de los Tribunales Federales, con residencia en Carretera de Figueroa.

\_\_\_\_\_

Oficina de Correspondencia Común que presta servicio

Autorizado por el órgano jurisdiccional para recoger asuntos

Servidor Público que entrega: \_\_\_\_\_

Servidor Público que recibe: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Órgano de su adscripción: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_



PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

**JUZGADO TERCERO DE DISTRITO DE AMPARO Y JUICIOS  
FEDERALES EN EL ESTADO DE CHIAPAS**  
BOULEVARD ÁNGEL ALBINO CORZO, DOS MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y UNO,  
EDIFICIO "A", PLANTA BAJA, FRACCIONAMIENTO LAS PALMAS

2

AUTO

**QUEJOSA:** SILVIA CASTILLO ENRÍQUEZ.  
**AUTORIZADOS:** MARICELA SANDYBELL REYES GONZÁLEZ Y  
LILIAN ESTHER LÓPEZ DE LEÓN.  
**DOMICILIO:** TERCERA SUR PONIENTE, NÚMERO 247, COLONIA  
TERÁN.  
**CIUDAD.**

En los autos del Juicio de Amparo número **519/2017-XIV**, promovido  
por **USTED**, se dictó auto de **CATORCE DE JUNIO DE DOS MIL  
DIECISIETE**, emitida por el Juzgado de mi adscripción.

Por lo cual me constituyo en este domicilio a efectos de hacerle la notificación  
respectiva, sin embargo, al no haberlo encontrado dejo el presente

auto fijado  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
y se identifica con \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

hoy a las 16:10 horas con \_\_\_\_\_ minutos, a quien exhorto  
para que le haga entrega a la brevedad posible al interesado (s), para que dentro  
del término de dos días hábiles siguientes, acudan a las instalaciones del Juzgado  
Tercero de Distrito de Amparo y Juicios Federales en el Estado de Chiapas, con  
sede en Boulevard Ángel Albino Corzo, dos mil seiscientos cuarenta y uno, edificio  
"A" planta baja, Fraccionamiento Las Palmas, en esta ciudad, de 9:00 a 15:00  
horas, en virtud de que ese es el horario de atención al público, de conformidad con  
lo dispuesto por el punto cuarto del Acuerdo General 49/2011, emitido por el Pleno  
del Consejo de la Judicatura Federal, a notificarse; con el apercibimiento que de  
no acudir en el lapso otorgado para tal efecto, se les hará la notificación por  
lista de acuerdos, el contenido del proveído en cita, de conformidad con lo  
dispuesto por el artículo 27 fracción I, incisos b) y c) de la Ley Reglamentaria de los  
Artículos 103 y 107 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS; A once DE JUNIO DE DOS MIL  
DIECISIETE.



*[Handwritten Signature]*  
Actuario Judicial  
**Carlos Enrique Gorgana Cruz**

03 ^c[ Á É Ö c @ 3 5 } Á ^ Á ; ^ à á á ^ Á é ] æ [

JUZGADO FEDERAL DE AMPARO Y JUICIOS FEDERALES EN EL ESTADO DE CHIAPAS, Expediente de amparo número 519/2017  
 0,3 copias, 1 original  
 2017 JUN 14 AM 10 20  
 C. JUEZ TERCERO DE DISTRITO DE AMPARO Y JUICIOS FEDERALES EN EL ESTADO DE CHIAPAS  
 P R E S E N T E  
 TUXTLA GUTIÉRREZ

SILVIA CÁSTILLO ENRRIQUEZ, con la personalidad que se encuentra debidamente acreditada en el expediente que al rubro se anota, con el respeto que le es debido, comparezco y êxpongo:

Por medio del presente escrito vengo a exhibir el acuse del escrito de fecha 17 de abril de 2017, dirigido al Dr. Francisco Ortega Farrera, Secretario de Salud y Director General del Instituto de Salud. En el cual se observa el sello original de recibido, mismo que diera origen al presente juicio, lo anterior para los efectos que a derecho proceda.

Por lo antes expuesto y fundado:

A Usted C. JUEZ, atentamente pido:

Uno.- Tenerme por presentada y proveer conforme a derecho proceda.

Tuxtla Gutiérrez; Chiapas a 14 de junio de 2017

Protesto lo necesario

  
 Silvia Castillo Enrriquez

07 ^ c [ Á Ë Û ^ • ] ~ ^ • c e s ^ | Á ^ & ^ c e a Á ^ Á j a ~ a



"Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos"  
"2017 Año del Niño Trabajo Infantil en Chiapas"

SECRETARÍA DE SALUD  
INSTITUTO DE SALUD  
DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA  
SUBDIRECCIÓN DE SALUD DE LA MUJER  
COORDINACIÓN DE SALUD MATERNA Y PERINATAL

OFICIO No. DSP/SSM/CSMYP/5003/ 5125 /2017  
ASUNTO: Respuesta a solicitud de información.  
Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, 19 de junio del 2017

LICD. Silvia Castillo Enriquez  
Defensora de los Derechos Humanos  
Maestrante en Defensa de los Humanos UNACH  
3° Sur Poniente #247, Colonia Terán, C.P. 29050 Tel: 9612657889  
Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

En atención a su solicitud de información me permito comentarle lo siguiente:

- 1. Estadística: número de muertes maternas y perinatales que han ocurrido en la red hospitalaria, de la Secretaría de Salud en el estado de Chiapas, durante el periodo de enero 2013 a marzo 2017, así como el nombre de los hospitales donde ocurrieron las muertes y fecha de estas.

Respuesta:

Año	2013	2014	2015	2016*	2017**
Muertes maternas	42	77	75	63	28
Muertes maternas ocurridas en hospitales de la Secretaría de Salud	28	28	25	28	25

Los hospitales que concentran el mayor número de muertes maternas en este periodo son: Hospital Regional "Dr. Rafael Pascacio Gamboa", Hospital de la Mujer de San Cristóbal, Hospital de la Mujer de Comitán y Hospital General de Tapachula.

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica/Dirección General de Epidemiología/Secretaría de Salud \* Preliminar a la Semana Epidemiológica 52, \*\*Preliminar a la Semana Epidemiológica 16.

- 2. Mujeres que fallecieron durante el embarazo, antes y después del parto, en el periodo de enero 2013 a marzo 2017 (nombre, edad, lugar de origen, vecinas de que lugar, motivo de muerte en red hospitalaria de la Secretaría de Salud en el estado de Chiapas, turno en el cual ingresaron y

## QUEJA

Exp. Núm.: \_\_\_\_\_/2017

Quejosa: Silvia Castillo Enríquez



Agravadas: Karen Rubí Sibaja Vázquez (ocisa), Menor Fallecido (sin nombre) víctimas directas, así como víctimas indirectas y Mujeres en edad reproductiva y embarazadas en el Estado de Chiapas.

**Lic. Juan Oscar Trinidad Palacios.**

Presidente de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Presente.

**Licda. Silvia Castillo Enríquez**, mayor de edad, originaria de Chahuites Oaxaca, vecina de esta ciudad de Tuxtla Gutiérrez Chiapas, defensora de derechos humanos, maestrante de la Maestría en Defensa de los Derechos Humanos del Centro de Construcción de Ciudadanía y la Seguridad (CECOISE) de la Universidad Autónoma de Chiapas (UNACH), con domicilio para oír y recibir notificaciones y documentos el ubicado en 3ª sur poniente número 247, colonia Terán, en esta ciudad, número de celular 961 26 57 889, correo electrónico: chivis\_2401@hotmail.com, ante Usted respetuosamente comparezco y expongo:

Con fundamento en los artículos 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 98 de la Constitución Política del Estado de Chiapas, 1, 2, 3 fracciones II, III, IV, V, VIII, IX, XI, XIV, XV, XVII, XVIII, XIX, XX, XXI, XXII, XXIII, XXIV y XXVI, 4, 5, 7, 10, 13, 17, 18 fracciones I, XI, XIII, XV, XVIII, XXI y XXII, 19, 20, 21, 23, 27 fracción VI, 37 fracciones I, II, III, IV, V, VI, VIII y XII, 43, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 54, 56, 57, 58, 59, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 72, 77, 78 y 79 de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos en el Estado de Chiapas, 1, 3, 5, 6 fracciones I, V, VI, XXVI, XXVII, XXVIII, XXIX, XXXIV y XXXVI, 8, 9, 13, 14, 15, 16, 17, 21, 23, 34 fracciones I, II, III, V, VI, VII, X, XI, XII, XIII, XX, XXIV, XXV, XXX, XXXIII, XXXIV, XXXV, XXXVIII y XL 46, fracción, I, III, IV, 55 fracciones XII y XXI, 56, fracción, I, 57, 60, fracciones V y VIII, 114, 115, 121, 125, 126, 127, 129, 130, 133, 140, 141, 143, 144, 148, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 165, 166, 167, 168, 170, 171, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 195, del reglamento interno del Consejo de Los Derechos Humanos en el Estado de Chiapas, de aplicación supletoria, en términos del artículo tercero transitorio, de la Ley en la materia, a contrario sensu, esta Comisión es Competente para conocer la presente QUEJA, por violación a derechos humanos a la vida y prestación indebida de servicio público, y denegación al derecho a la salud de Karen Rubí Sibaja Vázquez (ocisa),

03 ^ c [ Á EU ] | a c a A ^ A { | { a a } A a ÖÖP

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.  
04 de Mayo del año 2017

Asunto: Solicitud de información



**Lic. Juan Oscar Trinidad Palacios.**  
Presidente de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos  
Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.  
PRESENTE.

**LICDA. SILVIA CASTILLO ENRRIQUEZ**, mayor de edad, mexicana por nacimiento, con domicilio para oír y recibir cualquier clase de notificaciones en la 3ª sur poniente #247, de la colonia Terán C.P. 29050 en esta ciudad Tuxtla Gutiérrez, número de celular 961 2657889 y correo electrónico: chivis 2401@hotmail.com, ante usted respetuosamente comparezco expresar y pedir:

La suscrita compareciente es estudiante de segundo semestre de la Maestría en Defensa de los Derechos Humanos que oferta el Centro de Estudio para la Construcción de Ciudadanía y la Seguridad (CECOCISE-UNACH), teniendo como proyecto de estudios el tema de muerte materna y perinatal en el Estado de Chiapas, para lo cual requiero tener informar de la Secretaría de Salud que Usted representa la cual tiene facultades y atribuciones para atender el tema de investigación profesionalizante que realizo.

Es por ello que con fundamento en los artículos 1º, 8º y 35 fracción V de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el primero que prevé la obligación del Estado para prevenir violaciones de derechos humanos de las personas y los restantes que reconocen el derecho de petición y respuesta, en favor de las personas, planteo la petición siguiente:

**I.- Información número de quejas:** cuantas quejas han recibido de los casos de muertes maternas y perinatales en la red hospitalaria de la Secretaría de Salud en el estado de Chiapas durante el periodo de enero 2013 a marzo 2017, así como el nombre de los hospitales dónde ocurrieron las muertes y fecha de estas.

**II.- Información que plasme, cuántas Mujeres que fallecieron durante el embarazo, antes y después del parto,** en el periodo de enero 2013 a marzo 2017 (nombre, edad, lugar de origen, vecinas de qué lugar, motivo de muerte en red hospitalaria de la Secretaría de Salud del estado de Chiapas, turno en el cual ingresaron y fueron atendidas).

07 ^ 0 [ Á È Á { [ i a ã { Á Ö Ö P

000005



# COMISIÓN ESTATAL DE LOS DERECHOS HUMANOS PRESIDENCIA

"25 AÑOS DE LA CREACIÓN DE LA COMISIÓN ESTATAL DE LOS DERECHOS HUMANOS"

Memorandum No.: CEDH/PRES/341/2017  
Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.  
08 de mayo de 2017.

Lic. Leopoldo Abel Esquinca Sarmiento  
Director General de Quejas, Orientación y Gestión  
Edificio



Adjunto al presente el escrito signado por la licenciada Silvia Castillo Hernández mediante el cual presenta queja en contra de diversos servidores públicos de la Secretaría de Salud, por posibles violaciones a los derechos humanos cometidas en agravio de la persona que en vida respondiera al nombre de Karen Rubí Sibaja, quien perdiera la vida en labor de parto en el hospital de la mujer Rafael Pascacio Gamboa, en esta ciudad.

Remisión que se realiza para que tenga a bien otorgarle la atención que proceda conforme a derecho.

Atentamente

Lic. Luis Farro Fernández  
Secretario Particular



SS Fojos

Cc. Archivo:



# COMISIÓN ESTATAL DE LOS DERECHOS HUMANOS

"25 AÑOS DE LA CREACIÓN DE LA COMISIÓN ESTATAL DE LOS DERECHOS HUMANOS"

## VISITADURIA GENERAL ESPECIALIZADA PARA LA ATENCIÓN DE ASUNTOS DE LA MUJER

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

24 de mayo de 2017

Expediente Número: CEDH/0326/2017

Oficio Núm.: CEDH/VGEAAM/VA/0330/2017

Asunto: Se emite que

Lic. Luis Raúl González Pérez  
Presidente de la Comisión Nacional de  
los Derechos Humanos de Chiapas

**Muy distinguido Presidente:**

Por este medio, me permito hacer de su conocimiento que en esta Comisión Estatal se recibió la queja de la señora Silvia Castillo Enríquez, mediante la cual hacen valer presuntas violaciones a derechos humanos, cometidas en agravio de la señora Karen Rubí Sibaja Vázquez y un menor "N", por servidores públicos de la Secretaría de Salud en el Estado de Chiapas, razón por la cual se inició el expediente de queja citado al rubro. No obstante lo anterior, en el mismo escrito la quejosa hace mención a hechos presuntamente violatorios a derechos humanos cometidos en agravio de la señora Cecilia Álvarez Zenteno por personal del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Toda vez que del análisis al escrito se advierte la participación de servidores públicos de carácter federal en los hechos cometidos en agravio de la señora Cecilia Álvarez Zenteno, no se actualizó en el caso la competencia de este organismo local, según disponen los artículos 5º, de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos, en relación con el 16º, del otrora Reglamento Interno del Consejo Estatal de los Derechos Humanos, utilizado de forma supletoria a este Organismo Autónomo.





## Comisión Nacional de los Derechos Humanos

### CUARTA VISITADURÍA GENERAL

*"2017, Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos"*

**Expediente:** CNDH/4/2017/3606/OD

**Asunto:** Se notifica conclusión

**Oficio número:** V4/ 37214

Ciudad de México, a

21 JUN 2017.

**Señora Silvia Castillo Enríquez**

3° Sur Poniente número 247,  
Colonia Terán, código postal 29050,  
Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

El 4 de mayo de 2017, usted presentó ante la Comisión Estatal de los Derechos Humanos del Estado de Chiapas, escrito de queja en el cual señala una serie de actos en contra de la señora Karen Rubí Sibaja Vázquez, por personal médico de la Secretaría de Salud del Estado; sin embargo, en dicho escrito hace mención a presuntas violaciones a derechos humanos en afectación de la señora Cecilia Álvarez Zenteno, por personal médico del Hospital Rural San Felipe Ecatepec, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en San Cristóbal de las Casas, en la aludida entidad federativa, en el que señala que el 2 de octubre de 2013 a las 11:00 p.m. la agraviada ingresó al citado nosocomio a fin de solicitar atención médica para su embarazo en el área de urgencias, que las enfermeras le comentaron debía esperar por lo que los dolores eran más intensos, acotando que la atención del personal fue grosera, posteriormente, la pasaron a un cuarto donde le informaron que todavía no era momento del parto.

El 3 de octubre de 2013 a las 6:30 p.m. a la señora Álvarez Zenteno le realizaron una cesárea, que más tarde su esposo le comentó que su hijo estaba delicado, por lo que personal médico del lugar le solicitó a éste la compra de bolsas para transfusión de sangre para el bebé, por lo que minutos más tarde el cónyuge de la agraviada tuvo que regresar debido a que su hijo había fallecido por haber ingerido líquido amniótico.

De lo anterior, el 30 de mayo del presente año, la cita Comisión Estatal remitió a este Organismo Nacional el desglose de su escrito de queja, en relación con los hechos sucedidos con la señora Álvarez Zenteno.

Del análisis realizado a los hechos antes citados, se advierte que se trata de un asunto extemporáneo, debido a que la tardía atención médica a la señora Cecilia Álvarez Zenteno, en el Hospital Rural San Felipe Ecatepec, del IMSS, en San Cristóbal de las Casas, Chiapas, así como del fallecimiento de su hijo, fueron en octubre de 2013, transcurriendo en exceso el plazo de un año establecido en el artículo 26 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos para interponer la queja, por lo que de conformidad en los artículos 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 3, 6 y 7, fracción II, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 2, fracción IX y 9, de su Reglamento Interno, no se actualiza la intervención de este Organismo Autónomo para conocer del asunto.

07 ^ c [ Á G E O c ] ^ ä a } c Á ^ i ä ä [ Á ^ S æ ^ }



**COMISIÓN ESTATAL DE LOS DERECHOS HUMANOS**  
"25 AÑOS DE LA CREACIÓN DE LA COMISIÓN ESTATAL DE LOS DERECHOS HUMANOS"

**Expediente Número:** CEDH/0326/2017  
**Oficio número.** CEDH/VGEAAM/VA/0419/2017  
**Asunto:** Notificación de Informes  
**Tuxtla Gutiérrez, Chiapas**  
**11 de Julio de 2017**

**Sra. Silvia Castillo Enríquez**  
**3ra Sur Poniente número 247,**  
**Colonia Terán.**  
**Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.**



**Respetable señora Castillo:**

Se hace de su conocimiento que con la finalidad de integrar adecuadamente su queja, este organismo estatal solicitó información a la Secretaría de Salud en el Estado de Chiapas (SSA), petición que fue atendida en su oportunidad a través de oficio DG/SAJ/DNC/5003/5557/2017, de 05 de Julio de 2017, signado por el licenciado José Luis Gómez Domínguez, Subdirector de Asuntos Jurídicos de la mencionada Secretaría, la cual adjunta diversa información relacionada con su queja, de la cual se advierte lo siguiente:

Que respecto a los señalamientos realizados por usted en contra de los médicos y enfermeras del Hospital Regional de la Mujer "Dr. Rafael Pascasio Gamboa" y Hospital de la Mujer de San Cristóbal de las Casas, Chiapas, así como de todos los hospitales, clínicas y centros de salud en el Estado de Chiapas, por haber negado el acceso a la atención médica, realizando malos tratos y no brindar la atención de calidad; así como que muchas mujeres expresan que no las atienden, esa Secretaría solicitó a este organismo que usted precise los nombres de las mujeres que fueron objeto de dichos actos vejatorios, así como los nombres del personal médico y de enfermería a que se refiere y cualquier dato que sirvan para la identificación de los casos específicos. Lo anterior, para estar en condiciones de determinar la existencia de la negativa y malos tratos, o en su caso, presentar las pruebas que desvirtúen las acusaciones.

Por otra parte, la referida Secretaría indicó que derivado de la búsqueda realizada en las bases de datos y archivos generales del Hospital Regional de la Mujer "Dr. Rafael Pascasio Gamboa", no se localizó dato alguno de la C. Karen Rubí Sibaja Vázquez.

Lo anterior, para que en uso de su derecho de réplica manifieste ante este Organismo lo que en derecho corresponda en relación a los hechos materia de la queja; en especial que se detalle los hechos motivo de la queja y, de ser posible, especificar las circunstancias de tiempo, modo y lugar en el que sucedieron los



**COMISIÓN ESTATAL DE LOS DERECHOS HUMANOS**  
"25 AÑOS DE LA CREACIÓN DE LA COMISIÓN ESTATAL DE LOS DERECHOS HUMANOS"  
**Visitaduría General Especializada para la Atención de  
Asuntos de la Mujer**

Expediente Número: CEDH/0326/2017  
Oficio número. CEDH/GEAAM/VA/0657/2017

Asunto: Notificación de Informes  
Tuxtla Gutiérrez, Chiapas  
06 de Noviembre de 2017



Sra. Silvia Castillo Enríquez  
3ra Sur Poniente número 247,  
Colonia Terán.  
Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Respetable señora Castillo:

En atención a su oficio presentado ante este Organismo Público Autónomo, el 30 de Agosto de 2017, mediante el cual solicitó que esta Comisión Estatal, requiriera informes al Instituto Mexicano del Seguro Social y a la Secretaría de Salud en el Estado de Chiapas, para que informaran respecto a *"cuántas mujeres han fallecido antes, durante y después del parto del 2013 al 2017, cuáles fueron las principales causas del fallecimiento, Cual es el protocolo que se aplica para atender el parto, cuáles son las acciones para reducir los índices de Muerte Materna"* (Sic).

Por lo anterior, me permito informarle que dicha petición al no estar directamente relacionada le comunico que no es posible efectuarla; toda vez que, lo que solicita no guarda relación directa con los hechos que se investigan en el caso concreto y en consecuencia, por razones lógicas, resultaría infructuoso ocuparse del estudio y análisis de la información que pretende solicitar, traduciéndose en dilación para el presente expediente de queja.

En esa tesitura, me resulta oportuno señalar que usted puede realizar dicha solicitud en el marco del ejercicio del derecho de petición y acceso a la información pública a través de los mecanismos y herramientas correspondientes dirigiendo su escrito a las autoridades que señala.

Lo anterior tiene su fundamento en los artículo 6to, apartado A y 8vo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1ro y 3ro de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública y 1ro y 5to de la ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Chiapas.

Sin otro particular, resalto la importancia de los derechos de las mujeres en la construcción de una sociedad democrática y le reafirmo el compromiso con la defensa, protección, promoción y difusión de los derechos humanos.

**Atentamente**

**Lic. Selene Guadalupe Zepeda García.**  
Visitadora Adjunta

C. c. p. Lic. Juan Oscar Trinidad Palacios.- Presidente de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Chiapas.- Para su conocimiento.-Edificio.  
C. c. p. Lic. Jakellín Mercedes Saucedo Mañón.- Visitadora General Especializada para la Atención de Asuntos de la Mujer.- Mismo fin  
Expediente/Minutario/Oficialía de Partes



**COMISIÓN ESTATAL DE LOS DERECHOS HUMANOS**  
"25 AÑOS DE LA CREACIÓN DE LA COMISIÓN ESTATAL DE LOS DERECHOS HUMANOS"

DIRECCIÓN GENERAL DE QUEJAS,  
ORIENTACIÓN Y GESTIÓN.  
OFICIO No. CEDH/DGQOYG/1376/2017.  
TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS;  
A 18 DE MAYO DE 2017.

**C. SILVIA CASTILLO ENRIQUEZ**  
CALLE 3A SUR PONIENTE NUM. 247  
COL. TERAN  
TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS



COMUNICO A USTED QUE EN ESTA PROPIA FECHA, SE RECEPTUO ANTE ESTA COMISIÓN ESTATAL DE LOS DERECHOS HUMANOS, LA QUEJA RELATIVA A LA PRESUNTA VIOLACIÓN A SUS DERECHOS HUMANOS.

AL RESPECTO SE LE HACE SABER QUE EL NÚMERO DE EXPEDIENTE QUE LE FUE ASIGNADO A LA QUEJA ES EL SIGUIENTE:

**CEDH/0326/2017**

DE CONFORMIDAD CON LOS ARTÍCULOS 5º, 10, 18 FRACCIÓN I, DE LA LEY EN VIGENCIA, POR LO QUE SE REALIZARÁ EL ESTUDIO RESPECTIVO DE SU ADMISION, ACUERDO QUE SE LE NOTIFICARÁ A LA BREVEDAD POSIBLE, DE NO SER ASÍ, RECIBIRÁ USTED UN DOCUMENTO EN EL CUAL SE LE EXPLIQUEN LAS CAUSAS DE INCOMPETENCIA DE ESTA COMISION EN TÉRMINOS DEL ARTICULO 55 DE LA LEY DE LA MATERIA, Y EN SU CASO, LA ORIENTACIÓN JURÍDICA CORRESPONDIENTE.

DE CONSIDERARLO NECESARIO, PUEDE SOLICITAR INFORMACIÓN ADICIONAL AL TELÉFONO 60-2-89-80, EXT. 293 Ó DIRECTAMENTE A LAS OFICINAS DE LA COMISIÓN ESTATAL DE LOS DERECHOS HUMANOS EN EL ESTADO DE CHIAPÁS, CON DOMICILIO CITADO AL CALCE DE ESTE OFICIO.

ATENTAMENTE.

**LIC. LEOPOLDO ABEL ESQUINCA SARMIENTO**  
DIRECTOR GENERAL

CC.P. - ARCHIVO/MINUTARIO.  
L, LA ES. CSR

Jra Sur Oriente Esq. 2da Calle Oriente Sur, Edificio Plaza 3er y 4to Piso, Barrio San Roque, C.P.29000, Tuxtla-Gutiérrez, Chiapas  
Teléfono (961) 60-2-89-80 y 60-2-89-81 LADA SIN COSTO 01-800-55 2 82 42

*Recibi cause original*  
*Silvia Castillo Barriguez*  
*19/05/17*

03 ^ c [ Á Í È Ù ] | ã ä å Å ^ Á | ^ à æ Ä [ | Ä Ö Ö Ö P



COMISIÓN ESTATAL DE LOS DERECHOS HUMANOS

"25 AÑOS DE LA CREACIÓN DE LA COMISIÓN ESTATAL DE LOS DERECHOS HUMANOS"

VISITADURÍA GENERAL ESPECIALIZADA DE ATENCIÓN DE ASUNTOS DE LA MUJER



Tuxtla Gutiérrez, Chiapas  
11 de Abril de 2018

Expediente número: CEDH/0326/2017  
Oficio núm.: CEDH/VGEAAMVA/0304/2018  
Asunto: ~~se sigue en...~~

Lic. Silvia Castillo Enríquez  
3ra Sur Poniente número 247,  
Colonia Terán.  
Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.



Respetable Licenciada Castillo:

Como es de su conocimiento, esta Visitaduría General Especializada se encuentra tramitando el expediente de queja CEDH/0326/2017, por presuntas violaciones a Derechos Humanos cometidas en agravio de la señora Karen Rubí Sibaja Vázquez, por personal de la Secretaría de Salud en el Estado de Chiapas; dentro de la investigación se advierte que el nueve de Enero del Año en curso usted manifestó ante la suscrita que usted se encontraba recabando datos con la familia de la agraviada y que en cuanto los tuviera, los proporcionaría a este Organismo. No obstante desde esa fecha usted no se ha apersonado.

En este sentido, le solicitó que en un término de 10 días naturales a partir de la presente notificación, presente los elementos para que la suscrita pueda continuar conociendo del expediente de queja. En caso contrario, esta Comisión Estatal analizara las documentales y emitirá la determinación del mismo conforme a derecho del expediente de queja. Lo anterior con fundamento en los artículos 18 fracción XV, 62 y 63 de la ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos.

Sin otro asunto en particular, le envío un saludo.

Atentamente

Lic. Selene Guadalupe Zepeda García  
Visitadora Adjunta

C c p Lic. Juan José Zepeda Bermúdez.- Presidente de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Chiapas.- Para su conocimiento.-Edificio.  
C c p Lic. Jakelin Mercedes Sauza Marin.- Visitadora General Especializada para la Atención de Asuntos de la Mujer.- Mismo fin  
Expediente/Mnutario/Oficialia de Partes

## Anexo 16. Cuestionario

### MUJERES EMBARAZADAS

#### Cuestionario para señoras que ya tuvieron a sus hijo/as

**Lugar:** \_\_\_\_\_ **Institución:** \_\_\_\_\_

Parto \_\_\_\_\_ Cesárea \_\_\_\_\_ idioma de la madre \_\_\_\_\_ edad de la madre \_\_\_\_\_

**Lugar de residencia** \_\_\_\_\_ **ocupación** \_\_\_\_\_ **Nivel de estudio**  
\_\_\_\_\_

**No** \_\_\_\_\_ **fecha: Día** \_\_\_\_\_ **Año:** \_\_\_\_\_ **Estado civil** \_\_\_\_\_

1.- Recuerda aproximadamente cuantas citas médicas recibió durante su embarazo

2.-Durante su embarazo recibió pláticas sobre planificación familiar

- a) Si
- b) No está segura
- c) No

3.- Durante su embarazo recibió pláticas sobre como amamantar a su bebe

- a) Si
- b) No está segura
- c) No

4.- Después de tener a su bebe cuanto tiempo piensa esperar para volver a embarazarse

- a) 1 año
- b) 2 años
- c) No se

5.- Cuando acudió a citas médicas durante el embarazo que fue lo que revisaron.

- a) La presión arterial
- b) posición del feto
- c) peso
- d) glucosa
- e) Exploración del vientre

6.- Tuvo alguna complicación durante el embarazo

- a) Presión arterial
- b) Sangrado
- c) Infección vaginal

- d) Bajo peso
- e) Otro \_\_\_\_\_

7.- Le gusto como la atendió el medico/a y enfermero/as

- a) Si
- b) No

8.- Que fue lo que le gusto

9.- Que fue lo que no le gusto

10.- Donde le hubiese gustado que la atendieran

- a) Hospital
- b) Casa
- c) Clínica

11.- Cuando acudió a las citas médicas le explicaban en su lengua materna

- a) Si
- b) No

12.- Cuando le recetan medicamentos se lo han dado o usted lo ha comprado?

- a) si
- b) no
- c) unas me las han dado y otras las he comprado

13.- cual es la distancia entre su casa y el hospital o clínica donde recibe atención médica

- a) 1 hora
- b) 2 horas
- c) 5 horas

14.- cuando usted acude al servicio de salud gasta en transporte

- a) si
- b) no

15.- cuánto gasta aproximadamente para ir al servicio de salud

16.- El gobierno le da un apoyo para sus pasajes cuando acude al servicio de salud

Cuántas consultas tuvo durante el embarazo

<b>Semanas</b>	<b>1 trimestre 1-13 semanas</b>	<b>2 trimestre 14-27 semanas</b>	<b>3 trimestre 28 hasta el parto</b>
Consultas			

**Cumplimiento a la NOM 007**

	<b>Gineco residente</b>	<b>Obstetra</b>	<b>enfermera</b>	<b>neonatología</b>
Respeto a la intimidad durante la atención				
Respeto a la posición elegida por la paciente al momento de parir				
La atención fue de acuerdo a las necesidades del parto.				
Con quien se atendió en los partos anteriores				

<b>Condiciones del parto</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>POR QUÉ</b>
Parto			
Cesario			

Usted quería atenderse en ese hospital			
Cuando acudió a las revisiones eran por su cuenta o había condicionamiento			

<b>VIOLENCIA OBSTÉTRICA</b>		
	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
<b>La obligaron a permanecer en posición incómoda o molesta</b>		
<b>Le gritaron o regañaron</b>		
<b>Le dijeron cosas ofensivas o humillantes</b>		
<b>La ignoraban al preguntar sobre parto o bebé</b>		
<b>Se negaron a anestesiarla o aplicar bloqueo para disminuir dolor sin dar explicaciones</b>		
<b>Tardaron mucho tiempo en atenderla porque decían que gritaba o se quejaba mucho</b>		
<b>Le impidieron ver, cargar o amantar al bebé</b>		

<b>ATENCIÓN NO AUTORIZADA</b>		
	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
<b>Colocaron anticonceptivo o esterilizaron sin preguntar o avisar</b>		
<b>Presionaron para que aceptara un dispositivo u operación</b>		
<b>Obligar a firmar algún papel</b>		
<b>No le informaron de que era necesaria cesárea</b>		
<b>Dio permiso para cesárea</b>		
<b>Le informaron a sus familiares sobre su estado</b>		

## Anexo 17. Difusión del tema en radio Congreso

