

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA

Estudios con Reconocimiento de Validez Oficial por Decreto Presidencial
del 3 de abril de 1981



“LA ESCASEZ DE SANGRE PARA TRANSFUSIONES ES UNA
VIOLACIÓN A LOS DERECHOS HUMANOS. MORTALIDAD
MATERNA POR HEMORRAGIAS EN MÉXICO: UN INDICADOR”

TESIS

Que para obtener el grado de

MAESTRA EN DERECHOS HUMANOS

Presenta

SANDRA MOIRA ALMEYDA

DIRECTOR DE TESIS:
DR. ALAIN BEAUPLET

LECTOR: DR. CARLOS DE LA TORRE MARTÍNEZ
LECTORA: MAESTRA REGINA TAMÉS NORIEGA

AGRADECIMIENTOS

Agradezco la valiosa colaboración de mi director de Tesis, el Dr. Alain Beauplet, Director de Relaciones Internacionales del Establecimiento Francés de Sangre, quien contribuyó a la realización de este trabajo de investigación, no sólo con fuerte compromiso e idoneidad, sino además, con valores dignos de un humanista.

Mi agradecimiento también al aporte brindado por la Maestra Regina Tamés Noriega, profesora de la cátedra de Derechos de las Mujeres en la Universidad Iberoamericana y el Dr. Carlos de la Torre Martínez, profesor de la cátedra de Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales en la Universidad Iberoamericana, quienes contribuyeran como lectora y lector de la Tesis respectivamente, y apoyaran con dedicación y profesionalismo esta tarea.

Mi gratitud al Dr. Miguel Rábago Dorbecker, profesor de la cátedra de Protección Internacional de los Derechos Humanos de la Universidad Iberoamericana, por su apoyo y disponibilidad permanentes para la realización de esta Tesis. Y mi agradecimiento también al Dr. Mario Cruz Martínez, por su vocación de participación como sinodal.

Al Dr. Juan Tobías, Rector de la Universidad del Salvador de Buenos Aires, al Dr. Dante Caputo, Secretario para Asuntos Políticos de la Organización de Estados Americanos y a la Dra. Ana Mirka Seitz, Investigadora del CONICET y Profesora de la Universidad del Salvador en Buenos Aires, por haber apoyado mi solicitud para la realización de esta Maestría.

A la Dra. Xóchitl Terán Toledo, por su sólido compromiso con la causa de la donación voluntaria de sangre y por su valor para dar el puntapié inicial, en el camino del cambio de este paradigma en México.

A la Maestra Regina Tamés Noriega, por haber contribuido desde una perspectiva de género, a revelar el tema de la mortalidad materna como el vector, que permitirá beneficiar a toda la población que precisa una transfusión sanguínea.

Quiero agradecer también, el inestimable aporte de profesionales de diferentes disciplinas: el Dr. Maurice Chassaing, la Lic. Daniela Díaz Echeverría, la Dra. Graciela Freyermuth, el Dr. Alán García Campos, el Maestro Juan Carlos Gutiérrez, el Dr. Joël Le Bail y la Lic. Silvina Ramos.

Mi reconocimiento a la Universidad Iberoamericana, por su excelente nivel académico, que me ayudó a encontrar el enfoque adecuado a mi investigación, a través de sus profesoras y profesores: a ellas y a ellos, ¡gracias!

Y un reconocimiento especial al Dr. José Luis Caballero Ochoa, Coordinador de la Maestría en Derechos Humanos, como así también, a sus colaboradoras.

Y más que un agradecimiento, mi profundo homenaje y respeto, a tantas mujeres que inspiraron mi trabajo, con la intención de que el mismo llegue a manos de tomadoras y tomadores de decisiones y se convierta en una herramienta para poner fin a esta tragedia global.

A Yann, por ponerme en este camino.

Para comunicarse con la autora: salmeyda@gmail.com

ÍNDICE

TABLA DE ABREVIATURAS	7
I. INTRODUCCIÓN	9
II. JUSTIFICACIÓN	13
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
IV. DESARROLLO	
<u>CAPÍTULO 1: EL <i>DEBER SER</i> A NIVEL INTERNACIONAL</u>	
1.1. Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales:.....	17
1.1.1. Principios de Limburgo	19
1.1.2. Directrices de Maastricht.....	21
1.2. El derecho a la salud en general y la atención materna en particular:.....	23
1.2.1. Sistema universal:.....	26
1.2.1.1. Observaciones Generales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	26
1.2.1.2. Objetivos de Desarrollo del Milenio- ONU	33
1.2.2. Sistema interamericano.....	34
1.3. Otros derechos.....	37
<u>CAPÍTULO 2: EL <i>DEBER SER</i> A NIVEL NACIONAL: MÉXICO</u>	
2.1. El derecho a la salud en general y la atención materna y disposición de sangre en particular	40
2.1.1. Nivel Federal:	
2.1.1.1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	41
2.1.1.2. Ley General de Salud	42

2.1.1.3.	Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos	46
2.1.1.4.	Norma Oficial Mexicana para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos (NOM-003-SSA2-1993).....	47
2.1.1.5.	Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio (NOM-007-SSA2-1993).....	48
2.1.2. Nivel Estatal:		
2.1.2.1.	Ley de Salud del Estado de Chiapas.....	50
2.1.2.2.	Ley de Salud del Estado de Guerrero.....	51
2.1.2.3.	Ley de Salud del Estado de Oaxaca.....	54

CAPÍTULO 3: EL MUNDO REAL: MORTALIDAD MATERNA Y DISPOSICIÓN DE SANGRE

3.1.	Principales agentes que causan la mortalidad materna:	59
3.1.1.	Discriminación por género.....	59
3.1.2.	Pobreza.....	61
3.2.	Nivel global.....	64
3.3.	Nivel nacional: México.....	68
3.3.1.	Panorama general.....	68
3.3.2.	Respuesta del gobierno mexicano al problema.....	76
3.4.	Nivel estatal:.....	78
3.4.1.	Estado de Chiapas.....	80
3.4.2.	Estado de Guerrero.....	85
3.4.3.	Estado de Oaxaca.....	88

CAPÍTULO 4: INSTRUMENTOS JURÍDICOS VULNERADOS POR LA MORTALIDAD MATERNA EN MÉXICO

4.1.	Instrumentos jurídicos internacionales:.....	91
4.1.1.	Legislación vinculante:.....	92

4.1.1.1. Sistema universal.....	92
4.1.1.2. Sistema interamericano.....	95
4.1.2. Legislación no vinculante:.....	97
4.1.2.1. Sistema universal.....	97
4.1.2.2. Sistema interamericano	99
4.2. Instrumentos jurídicos nacionales.....	99
4.3. Instrumentos jurídicos estatales.....	101

CAPÍTULO 5: VENTANAS DE OPORTUNIDAD

5.1. Exigibilidad y justiciabilidad	103
---	-----

V. CONCLUSIÓN Y PROPUESTA.....	113
---------------------------------------	------------

ANEXO.....	117
-------------------	------------

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	131
--	------------

TABLA DE ABREVIATURAS

A.C.:	Asociación Civil
AMDD:	Advertencia de Discapacidad y Mortalidad Materna (por su sigla en inglés)
APV:	Arranque Parejo en la Vida
CEDAW:	Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra las Mujeres (por su sigla en inglés)
CEPAL:	Comisión Económica para América Latina
CIDH:	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
CIPD:	Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo
CNTS:	Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea
CPEUM:	Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
DDHH:	Derechos Humanos
DESC:	Derechos Económicos, Sociales y Culturales
EFS:	Establecimiento Francés de Sangre
FIGO:	Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
FNUAP:	Fondo de Población de las Naciones Unidas
IDH:	Índice de Desarrollo Humano
IMSS:	Instituto Mexicano de Seguridad Social
INEGI:	Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática
ISSSTE:	Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado
ISSTECH:	Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado de Chiapas.
LGS:	Ley General de Salud
OACNUDH:	Oficina de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos
OCDE:	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OEA:	Organización de Estados Americanos
OIT:	Organización Internacional del Trabajo
OMS:	Organización Mundial de la Salud

ONU:	Organización de las Naciones Unidas
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
PIB:	Producto Interno Bruto
PIDESC:	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
SP:	Seguro Popular
SPSS:	Sistema de Protección Social en Salud
UNFPA:	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF:	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNIFEM:	Fondo de las Naciones Unidas para la Mujer

I. INTRODUCCIÓN

Este trabajo pretende sumar a los aportes ya realizados por las ciencias sociales a la medicina, teniendo en cuenta la importancia que ha ido cobrando la elaboración de un trabajo con una visión multidisciplinaria. De hecho, hay un creciente número de científicos sociales que se vuelcan al estudio y la intervención sobre problemas médico-sanitarios. Algunos claros ejemplos son los antropólogos de la salud, la sociología de la salud y los economistas, que se concentran en el análisis de los sistemas de salud en el mundo¹. Esto da muestra que la salud no está solamente en manos de la comunidad médica, por el contrario, el trabajo interdisciplinario y cohesionado, permite definir cuál es el tipo de sociedad deseado, en términos de inclusión del mayor número de personas a las que se les garanticen los derechos sociales.

Para ello, la presente investigación se concentrará en la falta de acceso a transfusiones de sangre, como una violación a los Derechos Humanos (DDHH) y se tomará como indicador, la mortalidad materna por hemorragias en México². Luego la información se podría extrapolar a otras regiones del mundo, donde ocurre el mismo fenómeno.

Es necesario tener en cuenta, que la transfusión sanguínea está presente cada vez que el pronóstico vital de una persona está comprometido, ya sea en accidentes, cirugías, partos con complicaciones, tratamientos onco-hematológicos, trasplantes, hemofilia, quemaduras, entre otros. Si en el mundo en general y en los países en desarrollo en particular, se invirtieran más recursos en mejorar los

¹ Ramos, S. (2006). *La sociología y la medicina: ¿por qué, para qué y cómo construir puentes?,,* Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Buenos Aires (www.cedes.org).

² Es importante señalar que las muertes por no recibir una transfusión sanguínea oportuna, no son exclusivas de mujeres embarazadas al momento del parto, de hecho, un sistema transfusional deficiente, impacta también sobre hombres, niñas y niños. Con lo cual, la cifra de mortalidad por falta de sangre para transfusiones, sobrepasa ampliamente la cifra de mortalidad materna por hemorragias.

sistemas de transfusión sanguínea, disminuiría la mortalidad materna y por ende, aumentaría la esperanza de vida³.

En transfusión sanguínea, nos encontramos frente a un problema cuantitativo y otro cualitativo. Por un lado, la cantidad de sangre disponible para transfusiones, no es suficiente para atender las necesidades de todas las personas que las requieren en numerosos países y en particular, en los países menos desarrollados. Por el otro, esa sangre disponible no siempre tiene los estándares de calidad necesarios para evitar riesgos de contaminación, a los pacientes que ya se encuentran en una situación de salud de gran fragilidad.

Que una persona no cuente con la sangre necesaria para una transfusión cuando la requiere, implica que morirá en el corto plazo; y que una persona resulte infectada por transfundirle sangre contaminada, implica en el mejor de los casos, que deberá someterse a tratamiento de por vida, o dependiendo de la patología, morirá si no recibe la atención adecuada. Las infecciones que pueden ser transmitidas por vía de transfusión sanguínea son: HIV, hepatitis B, hepatitis C, Chagas, Brucelosis, entre otras.

El Dr. Alain Beauplet⁴ manifiesta que los países desarrollados, que contienen al 17% de la población mundial, disponen de 60% de los 75 millones de unidades de sangre extraídas cada año en el mundo. Por otro lado, los países emergentes, donde se encuentra el 83% de la población mundial, tienen acceso al 40% de los recursos en sangre. Esta sangre se extrae en un 60%, de donantes remunerados o de

³ Dr. Alain Beauplet, (2008). *Cohesión social, esperanza de vida y transfusión sanguínea*, 4º Foro Internacional sobre Seguridad Sanguínea en México, organizado por el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea. (Esperanza de vida es una estimación del promedio de años que vivirá un grupo de personas nacidas en el mismo año. Es uno de los indicadores de calidad de vida más comunes y se utiliza para medir el retorno sobre la inversión, en términos de capital humano en un país o en una región).

⁴ Director de Relaciones Internacionales del Establecimiento Francés de Sangre, dependiente del Ministerio de Salud de Francia.

reposición⁵, comprometiendo la calidad y la seguridad transfusional, pues estos tipos de donantes tienen mayor incidencia y prevalencia de infecciones. Además, el 43% de la sangre de esos países, no tiene estudios microbiológicos.

En términos cualitativos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que el 22% de los países no hacen pruebas serológicas, que garantizarían mayor seguridad transfusional, por falta de reactivos, lo cual impacta sobre 6 millones de unidades de sangre de bajo nivel de calidad, al año⁶. Por otro lado, en términos cuantitativos, la OMS establece que para que un país tenga suficiente sangre para cubrir sus necesidades, debe coleccionar un número de unidades equivalentes al 5% de su población. Según el organismo, en las Américas, la mayoría de los países alcanzan apenas el 1,5%. Sin embargo, es importante tomar en cuenta la cartografía hospitalaria, es decir, su repartición territorial, nivel de actividad y de tecnicidad que permiten una transfusión, como así también, la accesibilidad de la población a esos hospitales. Esta reflexión es muy importante de realizar, pues no tiene sentido contar con la disposición adecuada de sangre, si la población no tiene acceso a ella⁷.

El universo de consumidores de productos sanguíneos, incluye entre otros, a las mujeres embarazadas, como consecuencia de hemorragias durante o después del parto⁸. La falta de sangre para transfusiones en esas circunstancias, representa una grave vulneración de los DDHH, pues el Estado no se está haciendo cargo de garantizar a su población el derecho a la salud, entre otros derechos que veremos más adelante.

⁵ Donante de reposición: es aquel que tiene lazos de parentesco o amistad con la o el paciente que precisa una transfusión y acude a donar sangre en respuesta a una solicitud puntual.

⁶ Base de datos global de la OMS para la seguridad sanguínea (1998-1999), disponible en: www.who.int/bloodsafety/global_database/en/SumRep_Spanish.pdf

⁷ Dr. Alain Beauplet.

⁸ La hemorragia post parto se define como la pérdida sanguínea de más de 500ml, durante las 24hs posteriores al parto (Haute Autorité de Santé, *Recommandations pour la pratique clinique hémorragies du post-partum immédiat*, disponible en : www.has-sante.fr).

La intención de este trabajo es tomar el tema, no como una cuestión meramente de salud, sino desde una perspectiva de DDHH, como una violación a los mismos, por tratarse de muertes evitables. Para ello, se cruzará la temática, con los diferentes instrumentos jurídicos internacionales de DDHH, relacionados con el derecho a la vida, a la salud y a la igualdad y no discriminación, tanto del sistema universal, como del sistema interamericano; como así también, con la normativa vigente en México, en materia de salud.

Se focalizará en los Estados de Chiapas, Guerrero y Oaxaca, por ser tres de las siete entidades federativas donde se ubican los 100 municipios de mayor índice de marginación y menor Índice de Desarrollo Humano⁹ (IDH) de México, al mismo tiempo, por tratarse de las entidades con mayor índice de mortalidad materna. El Programa Nacional de Salud 2007-2012¹⁰, en su capítulo III, manifiesta como uno de sus objetivos: *“Reducir las brechas o desigualdades en salud, mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas”*. Y en una de sus metas, señala: *“Disminuir a la mitad la razón de mortalidad materna en los 100 municipios con menor Índice de Desarrollo Humano”*.

El desarrollo de este trabajo consta de cinco capítulos: el capítulo 1, en el que se realiza una descripción de la normativa y el consenso internacional, en torno a los derechos económicos, sociales y culturales y al derecho a la salud en general y la atención materna en particular, tanto en el ámbito del sistema universal, como interamericano.

En el capítulo 2 se hace una reseña del derecho a la salud, atención materna y disposición de sangre para transfusiones, en un nivel nacional y se toma la

⁹ A partir del Informe del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) acerca del IDH de 2007, la Presidencia de México puso en marcha la Estrategia Integral para el Desarrollo Social donde focalizó los 100 municipios con mayor índice de marginación, para desarrollar acciones concretas en diferentes ámbitos, en particular en Salud, uno de los indicadores de impacto, es la mortalidad materno-infantil. Los siete Estados donde se encuentran estos 100 municipios son: Chiapas, Durango, Guerrero, Nayarit, Oaxaca, Puebla y Veracruz.

¹⁰ Programa Nacional de Salud 2007-2012, Secretaría de Salud de México.

normativa mexicana en sus niveles federal y estatal. El estudio se centra en Chiapas, Guerrero y Oaxaca.

El capítulo 3 pone de manifiesto la realidad del derecho a la salud y la atención materna, muy someramente a nivel global y específicamente en México y las tres entidades federativas seleccionadas.

En el capítulo 4, se cruza la normativa vigente nacional e internacional de la temática en México, con el escenario descrito en el capítulo anterior. Se concluye que en México se vulnera a través de la mortalidad materna por hemorragias, el derecho a la vida, a la igualdad y no discriminación y el derecho a la salud.

El capítulo 5 pretende explorar las vías jurídicas y políticas existentes, como una oportunidad para frenar la injusticia que sufren tantas mujeres, al morir a causa de una hemorragia al momento de dar a luz, a través de la exigibilidad y una posible justiciabilidad.

Por último, se llega a una conclusión y se realiza una propuesta tendiente a encontrar una posible solución a parte del problema.

II. JUSTIFICACIÓN

Es de público conocimiento la necesidad de que los Estados mejoren sus sistemas transfusionales, tanto en términos cuantitativos como cualitativos, a fin de dar cumplimiento a una serie de compromisos adquiridos a nivel internacional, que contribuiría a disminuir las violaciones a los DDHH, tal como se mencionara *ut supra*.

La necesidad real de sangre en los países en desarrollo y emergentes, no se conoce. Las cifras que obtenemos reflejan sólo la cantidad de transfusiones que se realizan por año, pero estas cifras no expresan la cantidad que en realidad se necesita. Y la mortalidad materna por hemorragias, es una muestra obvia que estos países no cuentan con los servicios transfusionales necesarios para salvar vidas.

La OMS declara que las transfusiones sanguíneas han sido identificadas como una de las ocho intervenciones clave capaces de salvar vidas, en los centros asistenciales que ofrecen servicios de atención obstétrica de emergencia. La realización de una transfusión a tiempo, marca la diferencia entre la vida y la muerte, para muchas mujeres en el mundo. El objetivo es mejorar el acceso a las transfusiones de sangre no contaminada, a fin de atender las complicaciones obstétricas, lo cual incluye además, la prevención y el tratamiento temprano de la anemia¹¹.

En el año 2007, la OMS puso en marcha en ocasión del Día Mundial del Donante de Sangre, el lema “*sangre segura para una maternidad sin riesgos*”. Esta iniciativa está destinada a mejorar la disponibilidad y el uso de sangre segura, para salvar la vida de muchas mujeres durante y después del parto¹². El objetivo de la OMS, es avanzar hacia el acceso universal de las transfusiones seguras, en apoyo a los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la Organización de las Naciones Unidas (ONU).

En este sentido, el Objetivo N° 5 tiene como meta reducir entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en $\frac{3}{4}$ partes. Para reducir esa tasa en los países más afectados, deberían destinarse más recursos encaminados a lograr que la mayoría de los partos sean atendidos por médicos/as, enfermeros/as o parteros/as capacitadas y capacitados para prevenir, detectar y tratar las complicaciones obstétricas. Diversos países con un nivel medio de ingresos, han progresado con rapidez en la reducción de la mortalidad materna. Sin embargo, los niveles de mortalidad materna siguen siendo intolerablemente altos en los países en desarrollo, especialmente en el África subsahariana, Asia meridional y América Latina. Los indicadores que se tendrán en

¹¹Comunicado de prensa de la OMS: “La OMS intensifica sus esfuerzos por mejorar la disponibilidad de sangre segura para las madres”, 12 de junio de 2007, disponible en: www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr29/es/index.html

¹² Organización Panamericana de la Salud-OMS: “Día Mundial del Donante de Sangre- 14 de junio”, disponible en www.mex.ops-oms.org/contenido/cit/efemerides/transfusion.htm

cuenta para medir el grado de avance son: tasa de mortalidad materna y porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado¹³.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION

El problema que se plantea en este trabajo de investigación, es la necesidad de que México mejore su sistema de transfusión sanguínea, para disminuir el índice de mortalidad materna por hemorragias. Resolver este problema, conduciría a aumentar la esperanza de vida de muchas mujeres en el país.

Por supuesto, las hemorragias son uno de los numerosos elementos relacionados con la mortalidad materna, pues hay que tener en cuenta otra serie de inconvenientes, como el acceso a los servicios de salud adecuados; la capacidad resolutive de los mismos; que estos cuenten además, con los insumos necesarios y los recursos humanos capacitados.

Las mujeres que residen en zonas marginadas de México, tienen mayor probabilidad de morir por problemas relacionados al embarazo o el parto. Por eso, es necesario reducir la brecha y desigualdad en salud, en beneficio de las comunidades marginadas. La Secretaría de Salud de México en el presente sexenio, declaró en el Plan Nacional de Salud 2007-2012, que se propone fortalecer las políticas de salud materna y perinatal, a fin de dar cumplimiento con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, a los que se comprometiera el país oportunamente.

En México, la mayoría de muertes relacionadas con el embarazo, parto o puerperio ocurren en los centros de salud, es decir, en el primer nivel, que depende del sector público, lo cual implica una responsabilidad directa del Estado. En los

¹³ En el Capítulo 1 se ampliará la información acerca de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

centros de salud el principal problema que se presenta, es la falta de capacidad efectiva de resolver las urgencias obstétricas¹⁴.

Del espectro total de la mortalidad materna, se puede pensar en una solución para evitar el 25% de esas muertes: las relacionadas con hemorragias. Estas podrían evitarse, si todas las mujeres que lo necesiten, pudieran acceder a instituciones de salud que dispongan de insumos necesarios para sacarlas de la emergencia, ya sea a través de una transfusión sanguínea, o de su correspondiente tratamiento inicial, con fluidos de reemplazo y su oportuno traslado a un centro hospitalario de un nivel superior, donde cuenten con sangre segura disponible para transfusiones.

¹⁴ Díaz Echeverría, D. *et al.* (2006). *Muerte materna y presupuesto público*, FUNDAR Centro de Análisis e Investigación, México.

IV. DESARROLLO:

CAPÍTULO 1

EL DEBER SER A NIVEL INTERNACIONAL

1.1. LOS DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES (DESC):

A fin de acotar el alcance de esta investigación, se tomarán los principios rectores de los DESC en general y del derecho a la salud en particular, tanto en el ámbito del sistema universal, como del sistema interamericano, dado que México forma parte de ambos y ha firmado y ratificado diversos instrumentos de DDHH relacionados con esos dos sistemas.

A nivel internacional, la gran mayoría de los Estados, ha ratificado los Pactos y Convenciones relacionados con DDHH. Esto implica que han asumido una serie de compromisos frente a la comunidad internacional, y que comparten ciertos valores esenciales, lo cual implicaría una apuesta al respeto de esos derechos.

En particular, la ratificación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)¹⁵, obliga a los Estados parte a adoptar medidas y a poner recursos a disposición, para la realización progresiva de la efectividad de los derechos. Si bien hay una ausencia de mecanismos internacionales de justiciabilidad directa de los DESC, existe una tendencia progresiva de aplicación del derecho internacional, por parte de los tribunales locales.

Por otro lado, tal como manifiestan Abramovich y Courtis¹⁶, existe una serie de obligaciones genéricas de los Estados en relación a los DESC. Estas son:

- Obligación de adoptar medidas inmediatas: implica hasta el máximo de los recursos disponibles, para la plena efectividad de los derechos, que deben

¹⁵ El PIDESC fue adoptado el 16 de diciembre de 1966 y entró en vigor el 3 de enero de 1976.

¹⁶ Abramovich V. y Courtis C., (2002). *Los derechos sociales como derechos exigibles*, Editorial Trotta, Madrid.

ejercerse sin discriminación. Las violaciones de estos derechos pueden ser por acción o por omisión. Algunas de las medidas a ser adoptadas son: la adecuación del marco legal interno; el relevamiento de información, la vigilancia y formulación de plan y la provisión de recursos efectivos.

- Obligación de garantizar niveles esenciales de los derechos: significa una obligación mínima de los Estados, de asegurar la satisfacción de por lo menos, niveles esenciales de cada uno de los derechos. Para ello, es importante señalar que el Estado debe demostrar que ha realizado todo esfuerzo a su alcance, utilizando la totalidad de los recursos que están a su disposición, para satisfacer esas obligaciones mínimas.
- Obligación de progresividad y prohibición de regresividad: la progresividad implica una cierta gradualidad en la satisfacción de los derechos y la no regresividad, consiste en la prohibición de adoptar políticas que empeoren la protección de los derechos vigentes.

Abramovich y Courtis señalan que es habitual enfrentarse con opiniones que niegan todo valor jurídico a los DESC, pues en general los caracterizan como meras declaraciones de buenas intenciones. Por otro lado, son considerados documentos de carácter político, antes que catálogos de obligaciones jurídicas para el Estado, a diferencia de la gran mayoría de los derechos civiles y políticos. Con esta visión, estos últimos son los únicos que generan prerrogativas para los particulares y obligaciones para el Estado, siendo exigibles judicialmente. Sin embargo, todos los DESC tienen algún aspecto que resulta claramente exigible judicialmente. De hecho, en todos los países se positivizan los DESC, a través de las leyes locales y esto sienta las bases para que estos derechos se hagan exigibles. Así, los DESC obligan al Estado a hacer, a brindar servicios de salud, de educación, etc. y a erogar recursos. Pero es importante tener en cuenta que las obligaciones estatales en torno a los DESC, no se limitan a disponer de reservas presupuestarias. El Estado debe asegurar el goce de estos derechos además, a través de otros medios, como por ejemplo, establecer algún tipo de regulación, estableciendo normas, limitando las facultades de personas privadas, y proveyendo servicios a la población, a través de una cobertura mixta estatal y privada.

Es importante señalar que se ha avanzado en ese sentido, a través de la aprobación del Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que fuera adoptado el 10 de diciembre de 2008 y que da competencia al Comité DESC¹⁷ para recibir y examinar comunicaciones de violaciones a los DESC¹⁸.

En el marco del sistema universal de protección de los DDHH, es importante tener en cuenta los Principios de Limburgo¹⁹, relativos a la aplicación del PIDESC y las Directrices de Maastricht²⁰, sobre las violaciones de los DESC.

1.1.1. PRINCIPIOS DE LIMBURGO

Los Principios de Limburgo se diseñaron en 1986 en la ciudad de Maastricht (Países Bajos), donde participaron expertos en materia de DESC de 29 países, entre ellos, México, a fin de ampliar el significado, naturaleza y alcance de las obligaciones de los Estados parte del PIDESC, que entrara en vigor en 1976. Estos principios son fundamentales, pues representan el consenso internacional de aplicación del PIDESC.

Se definió que los DESC son parte integrante de la legislación internacional de DDHH y que para el logro progresivo de los mismos, es indispensable la participación de todos los sectores de la sociedad. Por su parte, el Estado debe adoptar medidas legislativas, judiciales, administrativas, económicas, sociales y

¹⁷ Comité DESC: pertenece a la ONU y realiza las tareas de seguimiento del PIDESC.

¹⁸ Texto del Protocolo Facultativo disponible en: www2.ohchr.org/spanish/law/docs/A.RES.63.117_sp.pdf

¹⁹ Principios de Limburgo: conjunto de preceptos definidos en 1986, por un grupo de expertos de derecho internacional, convocado por la Comisión Internacional de Juristas de la Universidad de Limburgo (Países Bajos) y el Instituto Urban Morgan para los Derechos Humanos de la Universidad de Cincinnati (Estados Unidos), cuyo propósito era considerar la naturaleza y el alcance de las obligaciones de los Estados parte del PIDESC.

²⁰ Directrices de Maastricht: se convocó con motivo del décimo aniversario de los Principios de Limburgo, a más de 30 expertos en 1997, por invitación de la Comisión Internacional de Juristas de Ginebra, el Urban Morgan Institute de Cincinnati y el Centro pro Derechos Humanos de la Universidad de Maastricht (Países Bajos), cuyo objetivo era determinar el carácter y la extensión de las violaciones de los DESC y formular respuestas y soluciones apropiadas.

educativas, a fin de cumplir con las obligaciones aceptadas por ellos en el Pacto. Esto implica entre otras cosas, la necesidad de que los Estados se doten de recursos efectivos y logren progresivamente la plena efectividad de los derechos. El Pacto prohíbe todo tipo de discriminación y esto incluye a los no nacionales en la aplicación del mismo, como así también, la eliminación de toda discriminación contra la mujer.

Si bien un Estado que viola los DESC socava la seguridad nacional y puede poner en peligro la paz y la seguridad internacionales, no deberá invocar la seguridad nacional para justificar su violación, o para perpetrar prácticas represivas contra la población.

El Pacto admite un margen de discreción para que el Estado parte seleccione los medios para llevar a cabo sus objetivos, sin embargo, se considerará que un Estado comete una violación al Pacto si:

- No logra adoptar una medida exigida por el Pacto;
- No logra remover los obstáculos que impidan la realización de un derecho;
- No logra aplicar con rapidez un derecho;
- No logra satisfacer una norma internacional mínima de realización para la cual está capacitado;
- Adopta una limitación a un derecho por vías contrarias al mismo;
- Retrasa o detiene la realización progresiva de un derecho, salvo que se deba a causas de fuerza mayor;

Cualquier Estado parte del PIDESC tiene el derecho de manifestarse, si otro Estado parte no cumple con las obligaciones relativas al Pacto. Los Estados parte presentan informes al Comité DESC y este puede formular sugerencias y recomendaciones.

Los Principios de Limburgo señalan que los DESC al ser parte de la legislación internacional sobre DDHH, representan obligaciones contractuales. Establecen además, que dado que los DDHH son indivisibles e interdependientes, se debería prestar la misma atención a los DESC que a los demás derechos. Los Estados

deben adoptar medidas y dotarse de recursos efectivos, para garantizar el respeto de los derechos mínimos y evitar todas formas de discriminación de *jure* y de *facto*.

1.1.2. DIRECTRICES DE MAASTRICHT

En el décimo aniversario de los Principios de Limburgo, más de 30 expertos internacionales se reunieron en Maastricht en 1997, con el objeto de determinar el carácter y la extensión de las violaciones de los DESC. Así, se llegó a las conclusiones que se exponen a continuación.

Por supuesto, hay una obligación de respetar, garantizar y satisfacer los DESC y su incumplimiento constituye una violación a esos derechos, ya sea por comisión o por omisión. La escasez de recursos no libera a los Estados parte del cumplimiento de ciertas obligaciones mínimas descritas en el Pacto. No obstante, es necesario distinguir entre la incapacidad y la negativa de un Estado a cumplir con sus obligaciones contractuales. Si un Estado proclama su incapacidad por causas ajenas a su voluntad, tiene la obligación de probarlo.

Algunas de las violaciones por actos de comisión son:

- Derogación o suspensión oficial de disposiciones legislativas que permiten el goce de un derecho;
- Denegación de derechos a individuos o grupos concretos por discriminación de *jure* o de *facto*;
- Apoyo a medidas adoptadas por terceros, que son incompatibles con los DESC;
- Adopción de disposiciones legislativas o de políticas que son incompatibles con las obligaciones jurídicas que impone el Pacto;
- Adopción de cualquier medida deliberadamente regresiva que reduzca el alcance del derecho;
- Obstrucción deliberada o interrupción del logro progresivo de un derecho garantizado por el Pacto;

- Reducción o mal uso de inversiones públicas concretas, si traen como consecuencia la anulación de los derechos garantizados por el Pacto.

Algunas de las violaciones por actos de omisión son:

- No adoptar medidas apropiadas, según lo dispuesto por el Pacto;
- No reformar o derogar disposiciones legislativas incompatibles;
- No poner en vigor disposiciones legislativas o políticas destinadas a hacer efectivas las disposiciones del Pacto;
- No regular las actividades de terceros para impedir que se violen los DESC;
- No utilizar el máximo de los recursos disponibles para la aplicación del Pacto;
- No velar por la efectividad de los DESC;
- No hacer efectiva la satisfacción de los derechos garantizados por el Pacto;
- No ajustarse a la norma internacional mínima;
- No tener en cuenta las obligaciones jurídicas en la esfera de los DESC, cuando se contraigan acuerdos bilaterales o multilaterales con otros Estados u organismos internacionales.

Tanto los individuos como las colectividades, pueden ser víctimas de violaciones de los DESC y ellas no pueden ser penalizadas por reclamar sus derechos, sino por el contrario, deben tener acceso a un recurso judicial efectivo, tanto en el plano nacional como internacional, a fin de lograr la reparación adecuada.

Por su parte, las Directrices de Maastricht, establecen que desde la aprobación de los Principios de Limburgo, las condiciones económicas y sociales han empeorado de modo alarmante para más de 1.600 millones de personas en el mundo. Así, la disparidad entre ricos y pobres se ha duplicado. Esto hace que los DESC queden sin contenido real. Desde el fin de la guerra fría, se dio una tendencia a reducir la función del Estado y a confiar al mercado los problemas de bienestar social²¹. Desde 1986, se ha registrado una evolución jurídica que ha dado mayor

²¹ Habrá que ver de qué modo impacta la crisis financiera internacional de la actualidad, para observar el nuevo rol del Estado, si lo hubiera.

realce a los DESC, si tenemos en cuenta la jurisprudencia que establece el Comité DESC y los diferentes instrumentos jurídicos de las regiones. Además, se suman las Conferencias Cumbre y los movimientos nacionales de la sociedad civil organizada, en la esfera de estos derechos. Al igual que los Principios de Limburgo, según estas directrices, los Estados tienen la obligación de respetar, garantizar y satisfacer los DESC suscritos por ellos. Esta obligación es en términos de adopción de medidas para hacer efectivo el goce de un derecho puntual, como así también, en términos de resultado de objetivos concretos, como por ejemplo, en el derecho a la salud, reducir la mortalidad materna. Si bien estos derechos se pueden lograr progresivamente, no se modifica la obligación jurídica de los Estados. Hay una serie de obligaciones mínimas, que exigen la satisfacción de por lo menos niveles esenciales de cada uno de los derechos. De ahí que se puso énfasis en la necesidad de disponer de recursos (la escasez de recursos no libera al Estado del cumplimiento de ciertas obligaciones mínimas); de diseñar políticas públicas tendientes a su satisfacción, la no discriminación contra la mujer; evitar las violaciones por comisión u omisión; y la reparación adecuada en caso de violación. Por otro lado, la aplicación progresiva del Pacto, significa que los Estados tienen obligaciones inmediatas en lo que respecta el derecho a la salud y que las medidas regresivas no son permisibles.

1.2. EL DERECHO A LA SALUD EN GENERAL Y LA ATENCIÓN MATERNA EN PARTICULAR

Es importante señalar que en esta Tesis no se analizará la normativa acerca de la disposición de sangre a nivel internacional, ya que no se ha encontrado reglamentación vigente ni en el sistema universal, ni en el interamericano. No obstante, es necesario indicar que sí existe normativa al respecto en el sistema europeo. Algunos ejemplos son: la Directiva 2002/98/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, del 27 de enero de 2003, por la que se establecen normas de calidad y de seguridad para la extracción, verificación, tratamiento, almacenamiento y distribución de sangre humana y sus componentes y por la que se modifica la Directiva 2001/83/CE; la Implementación Directiva 2002/98/CE del 22 de marzo de 2004, acerca de requisitos técnicos para la sangre y componentes sanguíneos; la

Implementación Directiva 2002/98/CE del 30 de septiembre de 2005, acerca de los requisitos de trazabilidad y notificación de eventos y reacciones adversas serias; la Implementación Directiva 2002/98/CE del 30 de septiembre de 2005, acerca de los estándares y especificaciones relacionados con los sistemas de calidad para establecimientos sanguíneos²²; y la Guía para Establecimientos de Sangre²³, entre otros. Sin embargo, estas disposiciones no serán abordadas en esta investigación por extralimitarse territorialmente, ya que se toman en cuenta los sistemas universal e interamericano.

Según la Oficina de la Alta Comisionada de Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH) y la OMS²⁴, el derecho a la salud es una parte fundamental de los DDHH y de la dignidad humana. En el Preámbulo del Acta Constitutiva de la OMS²⁵, se define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente como ausencia de enfermedad, sin ningún tipo de distinción de raza, religión, ideología, condición política o social. Como los DDHH son interdependientes, indivisibles y están interrelacionados, violar el derecho a la salud, implica también que se vulnerarán otros derechos.

En el mismo documento de la OACNUDH y la OMS, se establecen los aspectos clave del derecho a la salud. Por un lado, el derecho a la salud es un derecho inclusivo que va más allá del acceso a los servicios de salud. Este incluye: agua potable y servicios sanitarios, alimentos, nutrición y vivienda adecuada, condiciones de trabajo en un medio ambiente saludable, educación e información relacionada con la salud e igualdad de género. Además, el derecho a la salud contiene una serie de libertades: libertad de tratamientos médicos no consentidos,

²² European Commission, Health and Customer Protection, Public Health, Blood, Tissues, Organs, disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_threats/human_substance/legal_blood_en.htm

²³ Pharmaceutical Inspection Co-operation Écheme, Publications, Guides, disponible en : <http://www.picscheme.org/publication.php?p=guides>

²⁴ Oficina Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos y Organización Mundial de la Salud, *"The right to health"*, Ginebra, junio 2008.

²⁵ Acta Constitutiva de OMS, celebrada el 7 de abril de 1948.

como experimentos médicos, esterilización forzada y ser libre de tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes. Por otro lado, este derecho involucra el acceso a un sistema de salud y protección, que provea igualdad de oportunidades, prevención, tratamiento y control de enfermedades y sobre todo, debe estar libre de todo tipo de discriminación. Estos servicios deben estar disponibles, deben ser de buena calidad y accesibles, tanto desde el punto de vista físico, financiero y de la información.

En el marco del derecho a la salud, se encuentra la salud reproductiva y sexual. La ONU define a la salud reproductiva como un estado general de bienestar físico, mental y social y no mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Esto lleva implícito el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud, que permitan los embarazos y los partos sin riesgos. Así, tal como se definiera en la Plataforma de Acción de Beijing, en el marco de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer²⁶, los derechos reproductivos abarcan ciertos DDHH que ya están reconocidos en leyes nacionales, en documentos internacionales sobre DDHH y otros documentos pertenecientes a la ONU²⁷.

El derecho a la salud se inscribe en el marco de los DESC, que implican obligaciones positivas²⁸ que deben solventarse con recursos del erario público. Según Abramovich y Courtis en la obra ya citada, estas obligaciones se categorizan en cuatro niveles: obligación de respetar, que implica el deber del Estado de no obstaculizar el acceso al goce del derecho; la obligación de proteger, consiste en impedir que terceros impidan el acceso a un derecho; la obligación de garantizar, que supone asegurar que el titular del derecho acceda al bien; y la obligación de

²⁶ Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 4-15 septiembre de 1995, información disponible en: www.un.org/esa/gopher-data/conf/fwcw/off/platesp/9520p1.sp

²⁷ Organización Mundial de la Salud, “Estrategia de salud reproductiva para acelerar el avance hacia la consecución de los objetivos y las metas internacionales de desarrollo”, Ginebra, 57º Asamblea Mundial de la Salud (WHA), mayo 2004.

²⁸ Aunque como veremos más adelante, los DESC también implican obligaciones negativas.

promover el derecho, que implica el deber de desarrollar condiciones para que los titulares del derecho accedan al bien.

Los mismos autores manifiestan en su obra,²⁹ que el Estado debe proteger el derecho a la salud mediante leyes que aseguren el acceso igual a la atención de la salud y los servicios proporcionados por terceros, velando que la privatización del sector de la salud, no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios. Por otro lado, el Estado tiene la obligación de garantizar el acceso a la información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva, donde se inserta la mortalidad materna. Esto comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información acerca de las cuestiones relacionadas con la salud.

1.2.1. SISTEMA UNIVERSAL

Es importante destacar en qué consiste el consenso internacional en lo relativo al derecho a la salud y la atención materna. Para ello, se analizarán algunas Observaciones Generales del Comité DESC relativas al Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), como así también, los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

1.2.1.1. Observaciones Generales del Comité DESC:

El Comité DESC de la ONU, es el órgano de expertos independientes que supervisan la aplicación del PIDESC, por sus Estados parte. El mismo fue establecido en 1985 y una de sus atribuciones es emitir Observaciones Generales, que amplían el significado de los derechos establecidos en el Pacto. Se tendrán en cuenta dos de estas Observaciones Generales, que se relacionan con el tema de esta investigación: la N° 3 y la N° 14.

²⁹ Abramovich, V. y Courtis, C., *op. cit.*.

En cuanto a las obligaciones básicas del Estado, el Comité en su Observación General N° 3³⁰, manifiesta que el Estado debe satisfacer como mínimo, un nivel esencial de cada uno de los derechos enunciados en el PIDESC y esto incluye la atención primaria básica de salud. Entre ellas, garantizar el acceso a los centros, bienes y servicios de salud, sobre una base no discriminatoria; y velar por una distribución equitativa de todas las instalaciones, bienes y servicios de salud. Por otra parte, señala que una de las obligaciones de prioridad, es velar por la atención de salud genésica, materna, tanto prenatal como postnatal, y luego por supuesto, la infantil³¹.

En lo referente a las violaciones, el Comité establece una distinción entre la incapacidad de un Estado de cumplir las obligaciones y la renuencia del mismo a cumplirlas.

Por otra parte, en el año 2000, el Comité emitió la Observación General N° 14³², con el fin de determinar el significado del “*derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*”, tal como lo establece el artículo N° 12 del PIDESC³³.

Dicha Observación General, establece que la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás DDHH y todo ser humano, tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible que le permita vivir dignamente. Este derecho está reconocido en numerosos instrumentos

³⁰ Fue realizada en 1990 y trata acerca de la naturaleza de las obligaciones de los Estados parte (artículo 2, párrafo 1 del PIDESC).

³¹ La información acerca de la Observación General N° 3, será ampliada en el capítulo 5.

³² Publicada el 11 de agosto de 2000 y trata acerca del derecho a la salud (Art. 12 del PIDESC).

³³ Artículo 12: “1. Los Estados Parte en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. 2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”.

internacionales de DDHH y sin embargo, es vulnerado por un gran número de Estados, tal como se detalla en el Capítulo 4.

Pero el Comité es conciente que el pleno disfrute del derecho a la salud, continúa siendo un objetivo remoto para las personas que viven en la pobreza.

El derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sana o sano, pues el mismo entraña libertades y derechos. Entre estas libertades, se encuentra el derecho a controlar su salud y su cuerpo, incluyendo la libertad sexual y genésica y entre los derechos, figura un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales.

De acuerdo a esta Observación General, el concepto de *“más alto nivel posible de salud”*, tiene en cuenta las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de las personas, como por ejemplo, los recursos con que cuenta el Estado.

El Comité señala que el derecho a la salud, abarca los siguientes elementos:

- Disponibilidad: cada Estado parte del PIDESC deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, los cuales deben incluir agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas, como así también, personal médico y profesional capacitado.
- Accesibilidad: los servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna. La accesibilidad representa cuatro dimensiones superpuestas:
 - i) No discriminación: los servicios de salud deben ser accesibles a los sectores más vulnerables y marginados de la población;
 - ii) Accesibilidad física: los mismos deben estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial de los grupos marginados;

- iii) Accesibilidad económica: los establecimientos de salud deben estar al alcance de todos y los pagos deberán basarse en el principio de equidad.
 - iv) Acceso a la información: implica el derecho de solicitar, recibir y difundir información acerca de las cuestiones relacionadas con la salud.
- Aceptabilidad: todos los servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética, médica y culturalmente apropiados, lo cual implica ser respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades.
 - Calidad: los establecimientos de salud, deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Esto requiere que el personal médico esté debidamente capacitado y los medicamentos y equipamiento hospitalario, estén científicamente aprobados, en buen estado y tener condiciones sanitarias adecuadas.

El Apartado a) del párrafo 2. del artículo 12, trata acerca del derecho a la salud materna, infantil y reproductiva y esto se entiende en el sentido de que es preciso adoptar medidas para mejorar la salud infantil y materna, que incluyen los servicios de salud sexuales y genésicos, como así también los servicios obstétricos de urgencia.

En cuanto al apartado d) del párrafo 2. del artículo 12, establece la creación de condiciones que aseguren a todas y todos, la asistencia médica y servicios médicos, lo cual incluye el acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos preventivos, curativos y de rehabilitación.

El Pacto prohíbe toda discriminación en lo referente al acceso a la atención de la salud por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o posición social, situación económica, lugar de nacimiento, impedimentos físicos o mentales, estado de salud, orientación sexual y situación política, social o de otra índole.

Los Estados tienen la obligación especial de proporcionar el seguro médico y los centros de atención de la salud, a quienes carezcan de medios suficientes, impidiendo toda discriminación basada en motivos internacionalmente prohibidos.

Por otra parte, el Comité recomienda en la mencionada Observación General, que los Estados incorporen la perspectiva de género en sus políticas en materia de salud, a fin de promover mejor la salud de la mujer y del hombre, reconociendo los factores biológicos y socioculturales que influyen en la salud de las personas.

Puntualmente en lo referente al derecho a la salud de las mujeres, el Comité establece la necesidad de suprimir la discriminación contra la mujer, a través de una estrategia de prevención y tratamiento de las enfermedades que la afectan, incluidos los servicios en materia sexual y reproductiva. Esto consiste en la reducción de los riesgos que afectan la salud de la mujer, en particular, la reducción de la tasa de mortalidad materna. Así, deben suprimirse todas las barreras que se oponen al acceso de la mujer a los servicios de salud, educación e información, en particular en la esfera de la salud sexual y reproductiva.

En relación con las obligaciones que adquieren los Estados miembro del Pacto, el Comité establece su aplicación progresiva, lo cual implica que hay una obligación inmediata en lo que respecta el derecho a la salud sin discriminación y por otro lado, la adopción de medidas que tiendan a la realización de este artículo 12. La realización progresiva significa, que los Estados tienen la obligación concreta y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible, hacia la plena realización del artículo 12. Esto implica que no son permisibles las medidas regresivas, adoptadas en relación con el derecho a la salud.

El Comité manifiesta también, la necesidad de que los Estados se remitan a la Declaración de Alma-Ata³⁴, que proclama que la grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países desarrollados y los

³⁴ Declaración de Alma-Ata: conferencia internacional sobre la atención primaria de salud, llevada a cabo en Alma-Ata, ex URSS, el 12 de septiembre de 1978.

países en desarrollo, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y por lo tanto, un motivo de preocupación.

El más alto nivel posible de salud, significa que el Estado tiene la obligación de adoptar las medidas necesarias hasta el máximo de los recursos de que disponga y de no hacerlo, viola sus obligaciones y no puede bajo ninguna circunstancia, justificar su incumplimiento, pues sus obligaciones son inderogables.

Así, las violaciones del derecho a la salud, pueden producirse mediante la acción directa de los Estados o de otras entidades, por ejemplo a través de la disminución del presupuesto nacional asignado al área, o la exclusión de algún servicio de salud por parte de una empresa privada de salud. También pueden darse violaciones por actos de omisión, como no adoptar medidas apropiadas para dar plena efectividad al derecho universal a disfrutar del más alto nivel posible de salud, como así también, no contar con una política nacional sobre la seguridad y la salud en el empleo, o no hacer cumplir las leyes pertinentes.

Las violaciones de las obligaciones de respetar, son las acciones políticas o leyes de los Estados, que contravienen las normas establecidas en el artículo 12 y que son susceptibles de producir lesiones corporales, morbosidad innecesaria o una mortalidad evitable, como es la mortalidad materna.

Las violaciones de las obligaciones de proteger, implica que un Estado no adopte todas las medidas necesarias para proteger a las personas, contra las violaciones del derecho a la salud por terceros, como por ejemplo, la no regulación de las actividades de particulares, grupos o empresas.

Las violaciones de las obligaciones de cumplir, se producen cuando los Estados no adoptan todas las medidas necesarias, para dar efectividad al derecho a la salud. Entre ellas, la no adopción o aplicación de una política nacional de salud con miras a garantizar el derecho a la salud de todas y todos; o la asignación inadecuada de recursos públicos que impiden el disfrute del derecho a la salud, en particular, las personas vulnerables o marginadas; no adoptar medidas para reducir la distribución

no equitativa de los establecimientos, bienes y servicios de salud; la no adopción de un enfoque de la salud, basado en la perspectiva de género y no reducir las tasas de mortalidad materna e infantil.

En relación con la aplicación del PIDESC en el plano nacional, cada Estado tiene un margen de discreción para determinar qué medidas son las más convenientes. No obstante, el Pacto impone claramente a cada Estado, la obligación de adoptar medidas que sean necesarias para que toda persona tenga acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud y pueda gozar del más alto nivel posible de salud. Para ello, es necesario adoptar una estrategia nacional que permita a todas y todos, el disfrute del derecho a la salud, basada en los principios de DDHH y formular políticas y establecer los indicadores correspondientes del derecho a la salud.

Los Estados deben considerar la adopción de una ley marco, para dar efectividad a su derecho a una estrategia nacional de salud, como así también, identificar los indicadores del derecho a la salud, a fin de vigilar las obligaciones asumidas en el artículo 12 del Pacto.

Toda persona que sea víctima de una violación del derecho a la salud, deberá contar con recursos judiciales efectivos, tanto en el plano nacional como internacional y deberá tener derecho a una reparación adecuada, restitución, indemnización, satisfacción o garantías de que no se repetirán los hechos. La incorporación de los instrumentos internacionales en el ordenamiento jurídico interno, puede ampliar considerablemente el alcance y la eficacia.

Una propuesta del Comité, consiste en señalar que los actores que no sean Estados parte del PIDESC, también pueden colaborar en el cumplimiento del mismo. Así, menciona que el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, deberían prestar mayor atención a la protección del derecho a la salud en sus políticas de concesión de préstamos, acuerdos crediticios y programas de ajuste estructural.

1.2.1.2. Objetivos de Desarrollo del Milenio:

Los jefes de Estado y de gobierno se reunieron en la sede de la ONU en Nueva York del 6 al 8 de septiembre de 2000, para reconocer ciertos valores fundamentales para las relaciones internacionales en el siglo XXI y formularon una serie de objetivos para plasmar en acciones concretas esos valores comunes, estos fueron llamados, los Objetivos de Desarrollo del Milenio³⁵.

Los signatarios de los 191 Estados, se comprometieron a cumplir los siguientes Objetivos para el año 2015:

1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
2. Lograr la enseñanza primaria universal.
3. Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer.
4. Reducir la mortalidad infantil.
- 5. Mejorar la salud materna.**
6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.
7. Garantizar la sustentabilidad del medio ambiente.
8. Fomentar la asociación mundial para el desarrollo.

Un tema medular lo ocupó la erradicación de la pobreza, para lo cual se comprometieron a liberar a hombres, mujeres, niñas y niños, de las condiciones deshumanizadoras de la pobreza extrema, a la cual están sometidos más de mil millones de seres humanos en el mundo.

Por otro lado, se acordó acerca de la necesidad de fortalecer el imperio del derecho y el respeto de todos los DDHH y las libertades fundamentales, internacionalmente reconocidas. Se decide así, respetar y hacer valer plenamente la Declaración Universal de los DDHH; lograr la plena protección y promoción de los

³⁵ Objetivos de Desarrollo del Milenio, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, disponible en: www.undp.org/spanish/mdgsp/mdgtablesp.pdf

derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, de todas las personas; aumentar en todos los países el respeto a los DDHH y aplicar la Convención sobre la Eliminación de Todas Formas de Discriminación Contra la Mujer.

Uno de los compromisos adoptados es el Objetivo N° 5, que consiste en reducir la mortalidad materna. La meta consiste en reducirla en $\frac{3}{4}$ partes para el año 2015 y los indicadores que se tomarán en cuenta, son la tasa de mortalidad materna y el porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado. Al mismo tiempo, se comprometieron a promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer como medios eficaces para combatir la pobreza, el hambre y las enfermedades.

Estos Objetivos no son jurídicamente vinculantes, pero tienen un fuerte peso político, de ahí que cabe preguntarse si los mismos quedarán como meras declaraciones de buena voluntad, o si los Estados cumplirán su compromiso con la Humanidad, para el nuevo milenio. Dar cumplimiento a estos compromisos significa además de declarar, firmar y ratificar, hacerlos realidad a través de la inversión de recursos para la ejecución de políticas públicas.

1.2.2. SISTEMA INTERAMERICANO

En el sistema interamericano, también existe un consenso interestatal relativo al derecho a la salud. Aunque no es tan amplio y detallado como en el caso del sistema universal. Se señalarán a continuación, los instrumentos que establecen el derecho a la salud en general y a la atención materna en particular en la región, en el marco de la Organización de Estados Americanos (OEA).

La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre³⁶, establece la protección de la maternidad y la infancia en su artículo 7: *“Toda mujer en estado de gravidez o en época de lactancia, así como todo niño, tienen derecho a protección, cuidados y ayuda especiales”*.

³⁶ Aprobada en la Novena Conferencia Internacional Americana, Bogotá, Colombia, 1948.

La Convención Americana sobre DDHH, 1969³⁷ (Pacto de San José de Costa Rica), establece toda una serie de derechos fundamentales y en el artículo 26, establece el desarrollo progresivo de los derechos sociales, donde se inserta el derecho a la salud, aunque lo condiciona a los recursos disponibles del Estado. De esto se puede inferir, que estos derechos son considerados como un mero fraseo programático en este instrumento.

Por su parte, en 1999 entró en vigor en el ámbito interamericano, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, conocido también como Protocolo de San Salvador³⁸. El mismo reconoce que los derechos esenciales del ser humano, no nacen del hecho de ser nacional de determinado Estado, sino que tienen como fundamento, los atributos de la persona humana. Estos derechos son indisolubles y tienen su base en el reconocimiento de la dignidad de la persona humana.

El Protocolo establece además, que los Estados se comprometen a adoptar las medidas necesarias, hasta el máximo de los recursos disponibles, a fin de lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos. También deben adoptar, con arreglo a sus procedimientos constitucionales, las medidas legislativas necesarias para hacer efectivos los mismos. Deben por otro lado, garantizar el ejercicio de los derechos sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política, origen nacional o social, posición económica, entre otros.

En su artículo 10, el Protocolo de San Salvador establece el derecho a la salud, que se entiende como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. Así, los Estados se comprometen a reconocer la salud como un bien público y a tomar las medidas necesarias para garantizar este derecho. Entre ellas, la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a

³⁷ Adoptado el 22 de noviembre de 1969, por la Secretaría General de la OEA. Entrada en vigor el 18 de julio de 1978. México ratificó el 2 de marzo de 1981.

³⁸ Fue adoptado el 17 de noviembre de 1988 y entró en vigor el 16 de noviembre de 1999. El Protocolo fue ratificado por México el 8 de marzo de 1996.

su jurisdicción; y la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo por sus condiciones de pobreza y vulnerabilidad.

En su artículo 15, se establece el derecho a la constitución y protección de la familia, a través del cual los Estados parte, se comprometen a brindar una adecuada protección al grupo familiar y en especial, en lo referente a la atención y ayuda a la madre, antes y durante un lapso razonable después del parto.

Sin embargo, el artículo 19.6., dispone que solamente las violaciones al derecho de asociación sindical (Art. 8.a.) y a la educación (Art. 13), podrían dar lugar a peticiones individuales ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, y cuando proceda, a la Corte Interamericana de Derechos Humanos. Esto significa que el derecho a la salud no puede ser justiciable en forma directa, sino que hay que encontrar alguna otra vía de acceso a la justicia, tal como se expresará en el Capítulo 5. Como puede observarse, la centralidad de la política es fundamental tener en cuenta, a la hora de analizar el alcance de los consensos logrados por los Estados, en la redacción de los diferentes instrumentos jurídicos.

Por otro lado, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer- Belem do Para, 1994³⁹, en su artículo 9, toma en cuenta la situación de vulnerabilidad de la mujer a la violencia y protege los derechos de la mujer embarazada, para evitar que sea objeto de violencia durante el período de gestación.

Por su parte, la Relatoría de la Mujer de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), manifiesta que uno de los asuntos considerados como prioritarios es el acceso a la salud y puntualmente, a la salud reproductiva, para la cual ha habido una serie de avances en términos normativos y de mecanismos de protección. Por ejemplo, la obligación de los Estados no solamente de proteger estos derechos, sino además, que tomen medidas para prevenir sus violaciones. En cuanto

³⁹ Aprobada el 6 de septiembre de 1994, por la Secretaría General de la OEA. Entrada en vigor el 3 de mayo de 1995. México la ratificó el 19 de junio de 1998.

a la mortalidad materna en particular, la Relatoría expresa su preocupación por las altas cifras de mujeres que mueren por causas relacionadas con el embarazo o el parto en la región, debido a falta de recursos y en algunos casos, a ausencia de normativa al respecto. Sin embargo, el enfoque de la Relatoría está centrado en mortalidad materna a causa de abortos clandestinos, lo cual no representa el eje de esta investigación⁴⁰.

1.3. OTROS DERECHOS

Teniendo en cuenta los principios de indivisibilidad e interdependencia de los DDHH, la problemática de la mortalidad materna por hemorragias y su posterior falta de sangre para transfusiones, viola además del derecho a la salud, otros derechos, como el derecho a la vida y el derecho a la igualdad y no discriminación, que no forman necesariamente parte de los DESC. Se hará entonces, una somera referencia al derecho a la vida e igualdad y no discriminación.

El derecho a la vida es el derecho supremo, pues se lo reconoce como precondition para la titularidad de los otros derechos. El mismo está enunciado en casi todos los tratados internacionales de DDHH. En consecuencia, este derecho no puede ser suspendido ante ninguna circunstancia. De hecho, el párrafo 5 de la Observación General N° 6 del Comité del Pacto de Derechos Civiles y Políticos⁴¹, manifiesta que *“sería oportuno que los Estados Parte tomaran todas las medidas posibles para disminuir la mortalidad infantil y aumentar la esperanza de vida, en especial adoptando medidas para eliminar la malnutrición y las epidemias”*.

El derecho a la vida requiere que el Estado adopte medidas positivas, por ejemplo, para reducir la mortalidad materna e incrementar la esperanza de vida. Esto implica la necesidad de dar una interpretación amplia del derecho a la vida, lo cual

⁴⁰ Relatoría sobre Derechos de la Mujer, Informes temáticos/ Estudios, disponible en: www.cidh.oas.org/women/Default.htm

⁴¹ Comité de Derechos Humanos, Observación General N° 6 al artículo del derecho a la vida del Pacto, realizada durante el 16° Período de Sesiones en 1982.

involucra obligaciones del Estado que corresponden a algunos derechos sociales, como por ejemplo, el derecho a un nivel de vida adecuado, que comprenda estándares apropiados de alimentación, vivienda y el derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. Esto implica que la separación entre ambas categorías de derechos se torna ya imposible frente a este tipo de problemáticas⁴². También involucra el derecho a no ser privado arbitrariamente de la vida y para relacionarlo con el tema de este trabajo, las mujeres que mueren al dar a luz por hemorragias, entrarían en la categoría de muerte no sólo evitable, sino además, arbitraria.

En cuanto al derecho a la igualdad y no discriminación, es necesario tener en cuenta que la igualdad está vinculada al concepto más amplio de justicia y designa un concepto relacional, que se da al menos entre dos personas, objetos o situaciones. Se trata de la igualdad ante la ley, igualdad en el contenido de la ley y la igualdad en la aplicación de la ley. La prohibición de discriminación es una de las manifestaciones que adopta el principio de igualdad y se trata de limitar los tratos diferenciados no razonables entre las personas. Esto incluye raza, lugar de nacimiento, origen étnico, sexo, preferencias sexuales, opiniones, filiación política o credo religioso, entre otros⁴³.

Por su parte, la Observación General N° 18⁴⁴ del Comité de Derechos Humanos de la ONU acerca de la no discriminación, define la discriminación como toda distinción, exclusión, restricción o preferencia que se basen en determinados motivos como sexo, posición económica o cualquier otra condición social, raza, color, idioma, religión, opinión política, entre otras, que tengan por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los DDHH y libertades fundamentales de todas las personas. En su párrafo 6, establece

⁴² Abramovich, V. y Courtis, C., (2002). *op. cit.*

⁴³ Carbonell, M. (2006). *Los derechos fundamentales en México*, Editorial Porrúa, México.

⁴⁴ Comité de Derechos Humanos, Observación General N° 18, 37º período de sesiones, 1989.

que la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW, sigla de acuerdo a su nombre en inglés), se refiere a la discriminación contra la mujer como toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo, que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio del derecho por la mujer. La CEDAW insta además, la obligación de que los Estados adopten las medidas necesarias para eliminar la discriminación de la mujer en la esfera de la salud y asegurar así, condiciones de igualdad entre mujeres y hombres en lo que respecta al acceso a los servicios de atención médica⁴⁵.

Pero la no discriminación no involucra solamente la cuestión de sexo, sino que incluye la discriminación por posición económica o cualquier otra condición social, lo cual contiene a las personas que carecen de todo tipo de recursos para acceder a los servicios de salud.

⁴⁵ Art. 12.1 y 12.2 de la Convención CEDAW.

CAPÍTULO 2

EL DEBER SER A NIVEL NACIONAL: MÉXICO

El sistema federal fue adoptado en México con la Constitución de 1824 y esto impone un orden peculiar, en tanto otorga a las entidades federativas, un espacio constitucionalmente garantizado. Esto supone el reconocimiento de la existencia de fuerzas distintas del poder central, que tienen su propia sustantividad y que reclaman un campo propio de acción jurídico-política, traducido en la posibilidad de crear por sí mismos normas jurídicas. Este sistema permite integrar unidades autónomas, en una entidad superior, lo cual hace que se distribuya territorialmente el poder y se preserve la libertad. Esto atempera el presidencialismo y permite a los partidos políticos que han sido derrotados en elecciones, que ganen en el ámbito local, es decir, estatal o municipal. Sin embargo, hay una delimitación de las materias que son competencia de las autoridades federales. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM), dispone que todas aquellas facultades que no están expresamente concedidas a los poderes federales, se encuentran reservados a los Estados federados⁴⁶.

Así, en ciertas materias como la salud, se da una competencia compartida entre la Federación y las Entidades Federativas. Esto implica que en materia de salud, habrá una ley marco, a la cual deben sujetarse las Entidades Federativas y estas pueden a su vez, sancionar sus propias leyes que no contradigan a la ley de alcance nacional.

2.1. EL DERECHO A LA SALUD EN MÉXICO EN GENERAL Y LA ATENCIÓN MATERNA Y DISPOSICIÓN DE SANGRE EN PARTICULAR

La atención a la salud en México se establece en tres niveles, que consisten en instancias operativas y funcionales diferentes, pero complementarias. El primer

⁴⁶ Carbonell, M. (2003). *El federalismo en México: principios generales y distribución de competencias*, Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, disponible en: www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/dconstla/cont/2003/pr/pr21.pdf

nivel de atención constituye la puerta de entrada a los servicios de salud e incluye acciones dirigidas al individuo, a la familia y a la comunidad, enfocando los servicios en la preservación de la salud, por medio de actividades de promoción, vigilancia epidemiológica, saneamiento básico, protección específica, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación. Algunas de estas unidades son: unidad auxiliar de salud, centro de salud rural para población dispersa, centro de salud rural para población concentrada, centro de salud urbano y centro de salud con hospitalización. Por su parte, en el segundo nivel de atención, se otorgan servicios de atención ambulatoria especializada y de hospitalización de pacientes derivadas y derivados del primer nivel, con urgencias médico-quirúrgicas de mediana complejidad. Y por último, en el tercer nivel de atención, se desarrollan actividades de restitución de la salud y de rehabilitación de las y los pacientes referidos por otros niveles y que presentan padecimientos de alta complejidad que requieren tratamiento⁴⁷.

Siendo México un país federal, se tendrán en cuenta dos niveles de análisis para explorar el marco normativo en materia de salud: el federal y el estatal.

2.1.1. NIVEL FEDERAL:

2.1.1.1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM)

Los preceptos enunciados en una Constitución, no son meras frases enunciativas o descriptivas, sino que tienen un carácter constitutivo y prescriptivo, lo cual los convierte en principios fundantes y reguladores de Estado-nación.

El 3 de febrero de 1983, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, la adición del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos⁴⁸, que establece en el párrafo tercero, 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*

⁴⁷ Ojeda, N. *et al.* (1999). *Género, familia y conceptualización de la salud reproductiva en México*, El Colegio de la Frontera Norte, Departamento de Estudios de Población, Programa de Salud Reproductiva y Población, Tijuana, Baja California, México.

⁴⁸ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Editorial SISTA, Ciudad de México, 2007.

salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone...”.

Esto implica que en México la salud es un derecho humano y además, constitucional, lo cual significa que el derecho social mencionado, se eleva a la máxima jerarquía y además, representa la base para llevar a cabo los programas de gobierno en materia de salud, así como el fundamento de una nueva legislación sanitaria en México.

Por su parte, el artículo 1º de la CPEUM, en su párrafo primero, prevé el principio de igualdad en derechos fundamentales y en su párrafo tercero, establece el principio de no discriminación⁴⁹, donde se incluye la igualdad entre la mujer y el hombre. Así, la CPEUM otorga de forma universal los derechos, que no podrán ser restringidos ni suspendidos, salvo los casos previstos y establece la prohibición de discriminación por sexo, condición social, raza, lugar de nacimiento, origen étnico, condición de salud, entre otros. Cabe señalar la existencia de la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación⁵⁰, en cuyo artículo 9 se prohíbe toda práctica discriminatoria, como por ejemplo, negar o limitar información sobre derechos reproductivos (fracción VI) y negar o condicionar los servicios de atención médica (fracción VII)⁵¹.

2.1.1.2. Ley General de Salud

La Ley General de Salud (LGS) de México, data del 26 de diciembre de 1984 y reglamenta el párrafo tercero del artículo 4º de la CPEUM, es decir, el derecho a la protección de la salud.

En la misma se definieron las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, la integración del Sistema Nacional de Salud y la distribución de

⁴⁹ Se incluye el principio de no discriminación con la reforma constitucional del 14 de agosto de 2001.

⁵⁰ Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 11 de junio de 2003.

⁵¹ Carbonell, M., *op. cit.*

competencias entre la Federación y las Entidades Federativas, en materia de salubridad general.

En ella se asume que el derecho a la protección de la salud, es fundamental para el desarrollo integral del ser humano y de la sociedad. La salud pública comprende dos grandes campos: actividades de control y vigilancia epidemiológica y de control y fomento sanitario.

La Ley asume seis ámbitos sociales de acción: la construcción de entornos saludables, el fortalecimiento de una cultura de la vida y de la salud, la generación de inteligencia en salud, la atención a las necesidades y demandas de salud, la garantía de la seguridad y de la calidad de bienes y servicios de salud y la intervención sobre los riesgos a la salud.

En el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000⁵², se señala que el objetivo central es contribuir de manera significativa, en la disminución de los índices de morbilidad y mortalidad, asociados con ciertos estilos de vida y factores de riesgo específicos, a través de acciones de promoción, protección, prevención y control.

A pesar de lo establecido en la LGS, en México la distribución de la enfermedad sigue siendo desigual, tanto en grupos sociales como en regiones. El principio de equidad es útil, para que la mayor atención sea a los que padecen una mayor carga de enfermedad.

Pero la norma en sí no basta para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, ya que el Estado debe crear las condiciones para ello, teniendo en cuenta que el ejercicio de este derecho es progresivo.

El artículo 3º, Inciso II bis de la Ley, crea la protección social en salud, como una cuestión de salubridad general y del mismo modo, en el Inciso IV, la atención materno-infantil.

⁵² Instrumento mediante el cual, México se propone alcanzar los principales objetivos en materia de salud, tal como se definieron en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000.

El Capítulo V, trata acerca de la atención materno-infantil. El mismo establece entre los artículos 61 y 66, que la atención materno-infantil tiene carácter prioritario. Pero de toda una serie de acciones, lo único que se menciona acerca de la maternidad, es la siguiente acción: atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y se promoverá la organización de comités de prevención de la mortalidad materna, para conocer y adoptar las medidas necesarias. Luego, continúa ampliando la temática de la atención de las niñas y niños recién nacidos, la participación familiar, la nutrición de madres e infantes, el apoyo a programas de actividades recreativas, ocupacionales, educativas y de higiene, entre otras.

En cuanto a cuestiones de organización del sistema transfusional, se resaltan los siguientes artículos de la Ley:

Artículo 315: contempla la autorización sanitaria de los establecimientos dedicados entre otros, a los bancos de sangre y servicios de transfusión.

Artículo 316: esos establecimientos deberán contar con una persona responsable que rendirá cuentas ante la Secretaría de Salud.

Artículo 340: establece que el control sanitario de la disposición de sangre, lo ejercerá la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios.

Artículo 341: la disposición de sangre y componentes sanguíneos, estará a cargo de bancos de sangre y servicios de transfusión, que funcionarán de acuerdo con las disposiciones aplicables. La sangre será considerada como un tejido.

En cuanto a las cuestiones de vigilancia sanitaria, el artículo 375, inciso VI es de incumbencia para el tema de medicina transfusional, pues establece que se requiere de permiso, la internación o la salida del territorio nacional de tejidos, incluyendo la sangre o componentes sanguíneos y hemoderivados.

Por otro lado, con la segunda reforma de la Ley General de Salud del 30 de junio del 2003, se fortalece el papel rector del Centro Nacional de la Transfusión

Sanguínea (CNTS)⁵³, cuya labor es la de diseñar políticas y estrategias en materia de disposición de sangre para uso terapéutico. Parte de la problemática que encuentra hoy en día México en torno a la transfusión sanguínea, es una infraestructura deficiente, un presupuesto insuficiente y el incumplimiento del marco jurídico. El Programa Nacional de Salud 2007-2012⁵⁴, establece que la donación de sangre no remunerada, es la única fuente de obtención más segura y resalta además, la necesidad del fortalecimiento de los servicios de sangre, bajo el concepto de integración en las redes de atención⁵⁵. Por su parte, otro de los objetivos de la Secretaría de Salud, establecido en la Meta 5.8. del mencionado Programa Nacional de Salud, es fortalecer la Red Nacional de Servicios de Sangre, a fin de lograr la autosuficiencia, oportunidad y seguridad de los productos sanguíneos.

El 31 de mayo de este año, en el Diario Oficial de la Federación, se publica el Decreto a través del cual se adiciona una fracción IV al artículo 64 de la LGS. Se refiere a que se desarrollarán acciones de capacitación para fortalecer la competencia técnica de las parteras tradicionales, para la atención del embarazo, parto y puerperio. Sin duda, esto significa un gran avance, ya que si bien el trabajo de las parteras tradicionales representa un aporte invaluable en la cadena de la maternidad, el hecho de que obtengan una mayor capacitación, redundará en beneficio de muchas mujeres que habitan el suelo mexicano. Sin embargo, hay que tener en cuenta que uno de los Transitorios del Decreto mencionado, establece que dichas acciones estarán sujetas a los recursos que autorice la Cámara de Diputados en el Presupuesto de Egresos de cada ejercicio fiscal.

⁵³ Creado por Decreto 01-21-88 del 5 de enero de 1988, como órgano desconcentrado, jerárquicamente subordinado a la Secretaría de Salud.

⁵⁴ Programa Nacional de Salud 2007-2012, *op. cit.*

⁵⁵ Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, La sistematización territorial de la organización de los servicios de sangre, Secretaría de Salud, México, 2008.

2.1.1.3. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos

Este Reglamento fue publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 20 de febrero de 1985 y su última reforma fue publicada en el mismo instrumento, el 26 de noviembre de 1987. Este Reglamento especifica el cumplimiento de la LGS en esta materia específica.

El control sanitario de la disposición de órganos, tejidos⁵⁶ y sus derivados, es una materia de salubridad general, de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social. El mismo compete de acuerdo a la LGS, a la Secretaría de Salud.

El Reglamento establece que los avances científicos han logrado que los trasplantes de órganos y tejidos en seres humanos, representan un medio terapéutico, a veces el único para conservar la vida y salud de las personas, de ahí que la LGS sienta las bases para realizar su control sanitario.

Este Reglamento ordena que la Secretaría de Salud desarrolle programas de estudio e investigación, relacionados con la disposición de órganos, tejidos y sus componentes y derivados, particularmente en lo que respecta a trasplantes y transfusiones.

En el artículo 6º se definen varios términos que se detallan a continuación:

Inciso III, Banco de Sangre: el establecimiento autorizado para obtener, recolectar, analizar, fraccionar, conservar, aplicar y proveer sangre humana y sus componentes.

Inciso VI, Componentes de la sangre: las fracciones específicas obtenidas mediante el procedimiento de aféresis.

Inciso VII, Concentrados celulares: las células que se obtienen de la sangre dentro de su plazo de vigencia.

⁵⁶ De acuerdo al Inciso XXIV del artículo 6º de este Reglamento, la sangre es considerada un tejido.

Inciso XII: establece valores como la gratuidad del donante de sangre, así adquiere su calidad de voluntario y el anonimato del mismo.

Inciso XIX, Puesto de sangrado: establecimiento móvil fijo que cuenta con los elementos necesarios para extraer sangre de donantes y funciona bajo la responsabilidad de un Banco de Sangre autorizado.

Inciso XXIII, Servicio de transfusión: establecimiento autorizado para el manejo, conservación y aplicación de sangre humana y sus componentes, obtenidos en un Banco de Sangre.

Inciso XXVI, Transfusión: es el procedimiento a través del cual, se suministra sangre o sus componentes a un ser humano, solamente con fines terapéuticos.

La Sección tercera del Reglamento, establece entre sus artículos 38 y 55, la prohibición del comercio de la sangre; la necesidad de garantizar la higiene y la calidad a través de la utilización de material desechable; los servicios de infraestructura con los que se deben contar; la disponibilidad de reactivos en los bancos de sangre para realizar análisis tales como: dosificación de hemoglobina y hematocrito, identificación de grupo sanguíneo, detección de sífilis, de hepatitis, de HIV-SIDA, entre otros; garantizar la disponibilidad de un banco de sangre o de un servicio de transfusión autorizados en los hospitales, sanatorios, clínicas, maternidades y en general los establecimientos hospitalarios de los sectores públicos, social y privado.

2.1.1.4. Norma Oficial Mexicana para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con Fines Terapéuticos (NOM-003-SSA2-1993).

Esta Norma fue publicada en el Diario Oficial de la Federación, el 18 de julio de 1994. La misma es una disposición de observancia general que no puede derogar, limitar o excluir lo establecido en la CPEUM, tratados internacionales, leyes y reglamentos. Es una regulación técnica, de observancia obligatoria que establece reglas, especificaciones, atributos, directrices, características o prescripciones

aplicables a un producto, proceso, sistema, que se refieren a su cumplimiento o aplicación.

Su objeto es uniformar las actividades, criterios, estrategias y técnicas operativas, en relación a la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

Entre los artículos 4 y 6, se establecen los criterios de captación de sangre: disposiciones generales, manejo y selección de donantes, recolección de sangre y componentes sanguíneos.

Entre los artículos 7 y 17, se precisa acerca del procesamiento y distribución de la sangre y sus componentes y la transfusión: análisis de sangre y sus componentes; custodia y manejo de unidades de sangre y componentes; conservación y control de calidad de las unidades de sangre⁵⁷; compatibilidad sanguínea y receptores; transfusión autóloga; identificación de las unidades de sangre y las muestras; transporte de las unidades de sangre y componentes; transfusión sanguínea; y destino final.

En el Apéndice B, se establece la organización de los bancos de sangre: control de calidad, reactivos y técnicas.

En el Apéndice C, se estipulan los sistemas de información y hemovigilancia: informes, documentos y registros, que incluyen los ingresos y egresos de las unidades de sangre en cada establecimiento.

2.1.1.5. Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio (NOM-007-SSA2-1993)

Esta Norma fue publicada en el Diario Oficial de la Federación, el 6 de enero de 1995. Su objetivo consiste en establecer los criterios para atender y vigilar la

⁵⁷ De acuerdo al artículo 3.1.1., una unidad de sangre es el volumen de sangre o componente sanguíneo recolectado de un solo donante, en una bolsa que contenga anticoagulante adecuado y suficiente.

salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y la atención del recién nacido normal. Esta Norma es de observancia obligatoria, para todo el personal de salud en las unidades de salud de los sectores público, social y privado a nivel nacional, que brindan atención a mujeres embarazadas, parturientas, puérperas y a los recién nacidos.

El artículo 5.1.1., establece que la atención de una mujer con emergencia obstétrica, debe ser prioritaria y proporcionarse en cualquier unidad de salud de los sectores público, social y privado. Una vez resuelto el problema inmediato y que no se ponga en peligro la vida de la madre y el recién nacido, se procederá a efectuar la referencia a la unidad que le corresponda.

Resulta sorprendente que en el artículo 5.4., que corresponde a la atención del parto, o el 5.5 que trata acerca de la atención del puerperio, no se mencione la posibilidad de ocurrencia de una hemorragia y qué medidas adoptar en ese caso. Tan sólo el artículo 5.4.4., establece la necesidad de comprobar entre otras cosas, que el sangrado vaginal sea escaso. Por su parte, el artículo 5.5.1.4., menciona la necesidad de controlar entre otras cosas, el sangrado transvaginal en las primeras dos horas después del parto.

El análisis de estos instrumentos jurídicos hace concluir, que el Estado mexicano es responsable de garantizar el acceso universal, efectivo, oportuno, de calidad y gratuito, a los servicios de salud materna para todas las mujeres, independientemente de su condición de afiliación a la seguridad social.

2.1.2. NIVEL ESTATAL

Dado que esta investigación se concentrará en tres de las Entidades Federativas donde se encuentran los 100 municipios de mayor índice de marginación y menor IDH de México, se hará un análisis de las leyes de salud de los Estados de Chiapas, Guerrero y Oaxaca.

2.1.2.1. Ley de Salud del Estado de Chiapas

La Ley fue publicada en el Periódico Oficial, el día 12 de agosto de 1998 y correspondió al Decreto N° 343 del Estado libre y soberano de Chiapas.

En los considerandos, se hace mención al artículo 4 de la CPEUM, que establece el derecho a la salud y el carácter concurrente de la salubridad general entre la federación y las entidades federativas.

La Ley es declarada de orden público e interés social y su observancia es general y obligatoria en el Estado de Chiapas. Su objeto es regular la protección de la salud y establecer las bases para el acceso a los servicios de salud (Art. 1).

De acuerdo a la Ley, una de las finalidades del derecho a la protección de la salud es propiciar la prolongación y el mejoramiento de la vida humana (Art. 2). Las materias de salubridad general involucran: la atención médica preferentemente en beneficio de grupos vulnerables, la atención materno-infantil, la promoción de la formación de recursos humanos para la salud y el control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y sus componentes, entre otros (Art. 3).

En el Estado de Chiapas, el sistema de salud está constituido por un lado, por las dependencias de la administración pública estatal y municipal, y por el otro, por los sectores social y privado que presten servicios de salud en la entidad (Art. 7).

Los objetivos del sistema de salud son: proporcionar servicios de salud permanentes a toda la población del Estado y contribuir al desarrollo demográfico armónico del Estado, entre otros (Art. 8).

El sistema estatal de salud, está coordinado por la Secretaría de Salud (Art. 9), que debe coordinar el sistema, vigilar el cumplimiento de los programas y realizar el control sanitario de todas las instituciones de salud. Los servicios de salud deben realizar acciones en beneficio de la población del Estado, a fin de proteger, promover y restaurar la salud (Art. 22).

Entre los servicios básicos de salud, se encuentra la atención materno-infantil, la asistencia social a los grupos vulnerables (Art. 24) y estos deben regirse por criterios de universalidad y de gratuidad (Art.32). En caso de haber cuotas de recuperación, estas deben fundarse en principios de solidaridad social, teniendo en cuenta las condiciones socioeconómicas de los usuarios (Art. 33).

En el Título Tercero, el Capítulo VI se ocupa de la atención materno-infantil y el mismo establece que esta tiene carácter prioritario, lo cual comprende la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio (Art. 47). Además, se promoverá la prevención de la morbilidad y mortalidad materno-infantil (Art. 48).

Por su parte, el Título Noveno, tiene como Capítulo Único, el control sanitario de la disposición de la sangre y sus componentes. En el mismo, se establece que el tema le compete en el marco de la Secretaría de Salud, al Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea, que debe ejercer el control sanitario de la disposición de sangre y sus derivados (Art. 110). Los bancos de sangre deberán operar con la autorización de la Secretaría citada (Art. 111). La extracción, análisis, fraccionamiento, conservación y aplicación de la sangre, estarán a cargo de los bancos de sangre y servicios de transfusión (Art. 114). La sangre sólo podrá obtenerse de personas voluntarias y se prohíbe su comercio (Art. 116).

2.1.2.2. Ley de Salud del Estado de Guerrero

La Ley N° 159 del Estado de Guerrero fue publicada en el Periódico Oficial el 25 de abril de 1995 y la última reforma, el 28 de octubre de 2005.

Según esta Ley, la salud además de ser ausencia de enfermedad, es un estado de total bienestar físico y mental. Esta definición da muestra que la Constitución está en consonancia con lo que se entiende acerca de la salud a nivel internacional, lo cual implica que hay una perspectiva de DDHH. La Ley es de orden público e interés social y tiene por objeto la protección de la salud y establecer las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud del Estado. Hace

mención del artículo 4 de la CPEUM y de la LGS y declara que esta Ley es de observancia general en el Estado (Art. 1).

La protección de la salud tiene como finalidad el bienestar físico y mental del hombre⁵⁸, la prolongación y el mejoramiento de la calidad de vida humana, entre otras (Art. 2).

La Secretaría de Salud tiene como objetivo la prestación de los servicios de salud en la entidad federativa, en materia de salud pública y atención médica, como así también, ejercer el control sanitario de su ámbito de competencia (Art. 3 y 4). Algunas de sus atribuciones son: organizar el sistema estatal de salud; garantizar el derecho a la protección de la salud de los habitantes del Estado; ejercer funciones de autoridad sanitaria; llevar a cabo el control sanitario; colaborar con la formación y distribución de los recursos humanos para la salud, a fin de que sea congruente con el sistema de salud; entre otras (Art. 4 bis).

Corresponde a la Secretaría de Salud, en materia de salubridad general: la atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables; la atención materno-infantil; la promoción de la formación de los recursos humanos para la salud; entre otros (Art. 15⁵⁹).

En cuanto al sistema estatal de salud, el mismo está constituido por las dependencias y entidades públicas y sociales, como así también, los sectores social y privado que presten servicios de salud en el Estado (Art. 16). Algunos de los objetivos de este sistema son: proporcionar servicios de salud a toda la población del Estado y contribuir al desarrollo demográfico armónico (Art. 17).

⁵⁸ Sorprende que la Ley excluya desde el discurso a las mujeres, pues tal como lo establece la UNESCO, la falta de representación de las mismas en el lenguaje, las hace invisibles y esto permite que se excluya a la mitad de la población del proceso de representación simbólica. La utilización del masculino para referirse a los dos sexos, no consigue representarlos, sino que produce confusiones en los mensajes, pues está basado en un pensamiento androcéntrico, que considera a los hombres como sujetos de referencia y a las mujeres, seres dependientes.

⁵⁹ En el artículo 15 de la Ley sorprende una vez más, que en el inciso XI se menciona “*la prevención y el control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre*”, pues una vez más, queda en evidencia que en la redacción de esta Ley, no hay una perspectiva de género.

En lo relativo a la prestación de los servicios de salud, estos son definidos como las acciones que se realicen con el fin de proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad (Art. 34). Se garantizará la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, preferentemente de los grupos vulnerables (Art. 36) y se tendrán en cuenta criterios de universalización de cobertura (Art. 37).

Entre los servicios básicos de salud, el que resulta de interés para este trabajo, es la atención materno-infantil, como así también, la disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud (Art. 38, Incisos IV y VIII). La Ley establece que estos servicios deben ser regidos por criterios de universalidad y de gratuidad, fundada en las condiciones socioeconómicas de los usuarios (Art. 44). Las cuotas de recuperación se ajustarán a lo que disponga la legislación fiscal y se fundará en principios de solidaridad social, debiéndose eximir del cobro cuando el usuario carezca de recursos para cubrirlas, o en las zonas de menor desarrollo económico y social (Art. 45).

En el Capítulo V, se establece la atención materno-infantil, la cual tiene carácter prioritario y comprende la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio. En los servicios de salud, se promoverá la organización de comités para la prevención de la mortalidad materna e infantil (Art. 65 y 66). El resto de los artículos se centran en la protección y atención infantil, la lactancia materna, las vacunas, la educación de padres y madres en atención materno-infantil, etc.

El Título V, Capítulo III, establece la importancia de promover actividades tendientes a la formación, capacitación y actualización de los recursos humanos en materia de salud (Art. 90).

Sorprende sobremanera, que la Ley de Salud del Estado de Guerrero no contemple la disposición de sangre, ni nada respecto a la transfusión sanguínea. Esto resulta preocupante, pues a pesar de contar con un Centro Estatal de Transfusión Sanguínea, el hecho de que la Ley ni siquiera mencione la temática, deja

expuesto el lugar que la sangre y la transfusión sanguínea ocupan en la agenda pública.

2.1.2.3. Ley de Salud del Estado de Oaxaca

La Ley fue publicada en el Periódico Oficial del Estado de Oaxaca el 26 de junio de 2004 y la misma fue reformada, a través del Decreto 424 del 12 de abril de 2004.

La Ley es considerada de orden público e interés social y tiene por objeto reglamentar el derecho a la protección de la salud y para el acceso a los servicios de salud en el Estado, en los términos del artículo 4 de la CPEUM y del artículo 12 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Oaxaca. La misma es de aplicación obligatoria en el Estado (Art. 1).

Las finalidades del derecho a la protección de la salud son: el bienestar físico, mental y emocional de los seres humanos y la prolongación y el mejoramiento de la calidad de vida humana, entre otros (Art. 2).

A la Secretaría de Salud del Estado, le corresponde el control y vigilancia de la prestación de servicios y de establecimientos de salud de los servicios públicos, servicios sociales y privados; la atención médica, preferentemente en beneficio de los grupos vulnerables; la prestación de servicios de salud reproductiva; la promoción de la formación de recursos humanos para la salud; y el control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y sus componentes, entre otros (Art. 4).

El sistema estatal de salud está constituido por las dependencias de la administración pública federal, estatal y municipal, como así también, los sectores social y privado que presten servicios de salud en el Estado (Art. 5). Algunos de sus objetivos son: proporcionar servicios de salud a toda la población del Estado y mejorar la calidad de los mismos; contribuir al desarrollo demográfico armónico; e impulsar el desarrollo de los recursos humanos para mejorar la salud (Art. 6). La conducción de la política estatal en materia de salud, estará a cargo de la Secretaría

de Salud, como así también la coordinación de los programas de dependencia pública (Art. 7) y promoverá la participación de los sectores social y privado (Art. 8). Por otra parte, le corresponde a la Secretaría, aplicar y vigilar el cumplimiento de las normas que emita el gobierno federal (Art. 12).

Los servicios de salud son definidos como las acciones que se realicen con el fin de proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad (Art. 25) y se garantizará la extensión cuantitativa y cualitativa de los mismos, preferentemente a los grupos vulnerables (Art. 27), con un criterio de universalización de cobertura (Art. 28). Uno de los servicios considerados básicos en salud, es la salud reproductiva (Art. 29) y la atención estará basada en el principio de gratuidad, fundada en las condiciones socioeconómicas de los usuarios (Art. 35). En cuanto a las cuotas de recuperación, se tomará en cuenta el costo del servicio y los ingresos del usuario, fundándose en principios de solidaridad social. Cuando el usuario carezca de recursos para cubrirlos, se lo eximirá del cobro, como así también, si provienen de zonas de menor desarrollo económico y social (Art. 36).

Las y los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea, y a recibir atención profesional y éticamente responsable, como un trato respetuoso y digno (Art. 44).

En cuanto a los servicios de salud reproductiva, esta tiene carácter prioritario para el Estado (Art. 62) y comprende entre otras, la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio (Art. 63, Inciso VII).

Se promoverán actividades tendientes a la formación, capacitación y actualización de los recursos humanos de salud y se otorgarán facilidades para la enseñanza en los establecimientos de salud, con el objeto de capacitar a profesionales, técnicos y auxiliares de salud (Art. 81).

En el Título Décimo Cuarto, se ubica la donación y el trasplante de órganos y tejidos (la sangre es considerada un tejido) y define los componentes sanguíneos, como los elementos de la sangre y demás sustancias que la conforman (Art. 265).

Los establecimientos de salud que realicen la extracción, análisis, conservación, preparación y suministro de tejidos, son los bancos de sangre y servicios de transfusión, los cuales requieren de autorización (Art. 266). Para donar sangre o componentes sanguíneos, se requiere de la voluntad expresa del donante (Art. 274). Se prohíbe el comercio de órganos, tejidos y células. Esta materia debe estar regida por principios de altruismo, confidencialidad, ausencia de ánimo y de lucro (Art. 278). La disposición de sangre y componentes sanguíneos con fines terapéuticos, estará a cargo de bancos de sangre y servicios de transfusión (Art. 290).

CAPÍTULO 3

EL MUNDO REAL: MORTALIDAD MATERNA Y

DISPOSICIÓN DE SANGRE

Como ya se ha manifestado, la mortalidad materna representa una violación a varios derechos: a la vida, igualdad y no discriminación y a la salud. En este último derecho se focaliza este estudio. Antes de iniciar el análisis del cumplimiento de la normativa detallada en los Capítulos 1 y 2, resulta conveniente empezar por definir algunos conceptos.

Se considera mortalidad materna⁶⁰ a la muerte de una mujer, mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y del sitio donde viva, y debido a cualquier causa relacionada o agravada, por el embarazo mismo, o su atención.

La mortalidad materna se mide con el indicador “tasa de mortalidad materna”, expresada por la relación entre el número de mujeres fallecidas por causas maternas, en un lapso de tiempo determinado y el número de nacidos vivos, registrados en ese mismo período.⁶¹

La mortalidad materna es un indicador fundamental de desarrollo social y sanitario de un país, que se encuentra incluido, tal como se ha señalado anteriormente, en los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la ONU. Esto representa un grave problema de salud pública e injusticia social, ya que está asociada a complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, que pueden ser evitadas, si se garantiza el acceso a la atención médica oportuna y de calidad.

La tasa de mortalidad materna varía ampliamente entre los países desarrollados y el mundo en desarrollo. Mientras que en un país en desarrollo una

⁶⁰ Fuente OPS-OMS: www.col.ops-oms.org

⁶¹ www.who.org

mujer que da a luz, corre el riesgo de morir en una de cada 13 ocasiones, en los países desarrollados, este riesgo disminuye a uno entre 4.100⁶².

La muerte evitable es aquella en la que la atención médica efectiva y oportuna, habría impedido la defunción. De este modo, la muerte materna, es aceptada en el mundo, como indicador de la calidad de los sistemas de salud. Así, el conocimiento y la tecnología médica disponibles, hacen posible que el 90% de las complicaciones obstétricas que causan la muerte materna, puedan ser tratadas exitosamente⁶³.

Las consecuencias de la mortalidad materna son graves y numerosas, entre ellas: se desintegra la familia; la hija mayor asume las tareas maternas, truncando así su propio proyecto de vida, lo cual impacta sobre la deserción escolar; y las hijas adolescentes quedan más expuestas al acoso sexual y al incesto, el cual no necesariamente es evitado por la presencia de la madre en el hogar, pero con su ausencia, la vulnerabilidad de las adolescentes aumenta⁶⁴.

Entre los principales factores de riesgo de mortalidad materna, se encuentra la hemorragia transvaginal (hemorragia del parto) y el tratamiento no oportuno de la hemorragia.

Cuando en un embarazo se produce una anemia severa, debido a una falta de seguimiento médico adecuado, o a una complicación, o un accidente o el mismo parto lleva a una hemorragia, si la mujer no recibe la atención médica necesaria, ya sea por inexistencia del servicio, por lejanía o diferencias culturales, se inicia un

⁶² Facio Montejó, A. (2006). *Los derechos reproductivos son Derechos Humanos*. Este artículo es una adaptación y puesta al día del artículo "Asegurando el Futuro, los derechos reproductivos y las instituciones nacionales de derechos humanos." Adaptación porque el anterior iba dirigido a funcionarios y funcionarias de esas instituciones mientras que este artículo va dirigido tanto a funcionarias/os del Estado como a activistas de derechos humanos y a cualesquiera otras personas que trabajen en el área de la reproducción humana, versión Internet.

⁶³ Comité por una maternidad voluntaria y segura en Chiapas- Red social para disminuir la mortalidad materna en Tanejapa, Retos para disminuir la mortalidad materna. Puntos estratégicos para la acción, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, 2008.

⁶⁴ Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud, México. 2008.

proceso de deterioro irreversible. La mujer comienza a acumular una “deuda de salud”, manifestada como deuda de oxígeno, debido a la falta de sangre. Si en el muy corto plazo, la mujer no recibe el aporte transfusional necesario, se producirá inevitablemente la muerte. Pero no siempre se encuentran disponibles los servicios aptos que dispongan de sangre segura para estas ocasiones.

Esto indica claramente, la necesidad de contar con un sistema transfusional de excelencia y eficiente en el mundo entero. Por supuesto, los mayores esfuerzos deberían ponerse en el mundo en desarrollo, por ser más vulnerable y encontrarse en peores condiciones.

3.1. PRINCIPALES AGENTES QUE CAUSAN LA MORTALIDAD MATERNA: DISCRIMINACIÓN POR GÉNERO Y POBREZA

Según un estudio de FUNDAR⁶⁵, la muerte materna es un profundo problema de injusticia social, pues en su gran mayoría se trata de mujeres pobres y debido a causas evitables. Sin duda, la muerte asociada al embarazo, parto o puerperio es multicausal y dos de los macro agentes son el género y la pobreza.

3.1.1. DISCRIMINACIÓN POR GÉNERO

La mortalidad materna es reflejo no solamente de la pobreza, sino además, de la desigualdad de género, que se construye a partir de la posición de las mujeres en su familia y en la sociedad.

Según Alda Facio Montejo⁶⁶, es necesario entender la salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de género de los DDHH. En 2007, se cumplieron 20 años de la Iniciativa para la Maternidad sin Riesgo⁶⁷ y actualmente, cada minuto

⁶⁵ Díaz Echeverría, D. *et al.* (2006). *Muerte materna y presupuesto público*, FUNDAR, *op. cit.*

⁶⁶ Facio Montejo, A. *op. cit.*

⁶⁷ La Iniciativa para la Maternidad sin Riesgos es una red mundial creada en 1987, para trabajar conjuntamente en la reducción de la mortalidad materna. Los organismos que la integran son OMS, UNICEF, UMFPA, el Banco Mundial y ONGs, entre otros.

en el mundo, una mujer pierde la vida debido al embarazo o al parto. Más de la mitad de las embarazadas de todo el mundo, siguen careciendo de acceso a la atención del parto por personal capacitado y las consecuencias son devastadoras. Así, la mortalidad materna se constituye en una violación de los DDHH, cuando son causadas por el hecho de que un Estado no cumple su deber de respetar, proteger y garantizar los DDHH que conforman los derechos reproductivos. Según el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), la OMS y otros organismos internacionales, los problemas relacionados con la salud reproductiva, siguen siendo la principal causa de muerte de las mujeres en todo el mundo y las mujeres pobres, sufren desproporcionadamente, dado que la pobreza guarda relación con la desigualdad, en el acceso a los servicios sanitarios.

También en materia de salud existen disparidades entre los sexos, dado que las familias a veces invierten menos en la nutrición y la atención sanitaria de las niñas que de los niños. Así, la discriminación por sexo y la baja posición social de las niñas y mujeres suelen acarrear problemas de salud y un reducido nivel de control sobre sus propias vidas, en particular su vida sexual y reproductiva⁶⁸.

La Observación General N° 28 del Comité DESC⁶⁹ al artículo N° 3 del Pacto⁷⁰, trata acerca de la igualdad de derechos entre hombres y mujeres⁷¹. El artículo establece que los Estados deben garantizar a hombres y mujeres por igual, el disfrute de todos los derechos previstos en el Pacto. Esta Observación General señala que los Estados deben adoptar para ello, todas las medidas necesarias para hacer posible el goce de estos derechos, eliminando los obstáculos que se interponen en el goce de los mismos en condiciones de igualdad, es decir, sin

⁶⁸ Organización Mundial de la Salud, (2004). *Estrategia de salud reproductiva...*, op. cit.

⁶⁹ Comité PIDESC, Observación General N° 28 al artículo 3 del Pacto, 68ª Período de Sesiones, 29 de marzo de 2000.

⁷⁰ Artículo N° 3 PIDESC: “*Todos los seres humanos deben disfrutar en pie de igualdad e íntegramente de todos los derechos previstos en el Pacto*”.

⁷¹ La Observación General N° 28 actualizó la Observación General N° 4, del año 1981.

discriminación alguna por razones de sexo. Del mismo modo, los Estados deberán aportar datos de los casos de muertes de mujeres en relación con el embarazo o el parto, como así también, información acerca de los efectos especiales que la pobreza y la privación, tienen sobre la mujer y que pueden poner en peligro su vida⁷².

En algunas zonas, las mujeres enfrentan barreras específicas para tener acceso a atención especializada, a causa de un nivel social desfavorable y una falta de autonomía propia. Algunos claros ejemplos de esta realidad: pueden no ser capaces de viajar o buscar atención médica sin el consentimiento de un pariente hombre; pueden no tener acceso a los recursos económicos de la familia, a fin de pagar los costos de esta atención, como por ejemplo, los honorarios por servicios, la compra de medicamentos, el transporte; carecen de contacto con la información de salud reproductiva y materna. Por otro lado, la educación es un indicador importante sobre la probabilidad de utilizar servicios obstétricos y frecuentemente, las mujeres cuentan con un nivel de educación bajo, en comparación con los hombres. Esto implica la necesidad de contribuir al empoderamiento de las mujeres, para mejorar e incrementar el control sobre la salud de la madre y del recién nacido, como así también, ampliar el acceso a los servicios de salud de calidad⁷³

3.1.2. POBREZA

El relator especial sobre el derecho a la salud de la ONU⁷⁴, declara que las muertes evitables ponen de manifiesto profundas desigualdades sanitarias, ya que la mortalidad materna, recae de modo desproporcionado en las mujeres de minorías étnicas, indígenas y pobres. Y agrega, que la mortalidad materna no es sólo una cuestión de salud, sino también de DDHH y se viola el derecho a la vida, la salud, la igualdad y la no discriminación. Por otro lado, comenta que en 2005, fueron

⁷² Párrafo 10 de la Observación General N° 28 del Comité PIDESC.

⁷³ Grupo Interagencial de Género (ONU), "Género y los Objetivos de Desarrollo del milenio", marzo de 2008, disponible en: www.cinu.org.mx

⁷⁴ Paul Hunt, Relator Especial de Salud de la ONU desde agosto 2002. Ver: www.hchr.org.co/documentoseinformes/documentos/relatoresespeciales/2007/relatorsalud.pdf

ejecutadas en el mundo 2.500 personas condenadas a muerte y esto llevó a una acción mancomunada de las organizaciones de la sociedad civil a nivel mundial, pero se pregunta: ¿qué pasa con la sociedad civil del ámbito de los DDHH, que en el tema de mortalidad materna, por el cual mueren más de 500 mil mujeres al año en el mundo, no se escucha su voz?

La pobreza y la exclusión son causa de denegación de los DDHH, que corresponden en realidad a todos los seres humanos. Reducir los DESC a meros objetivos políticos o compromisos morales, en lugar de considerarlos obligaciones jurídicamente vinculantes, negaría su condición de DDHH y reduciría las posibilidades de que se hagan realidad⁷⁵.

La ONU ha exhortado a los Estados, a eliminar las inequidades en el estado de salud y en el acceso a los servicios sanitarios básicos de los grupos vulnerables, en especial los pueblos indígenas. Un estudio de la Oficina de la Alta Comisionada de Naciones Unidas para los Derechos Humanos de México⁷⁶, sostiene que la disparidad entre la población indígena y no indígena es importante. Las mujeres indígenas son las que presentan los niveles más altos de mortalidad, siendo que en los municipios con 40% de población indígena se registra alrededor del doble de mortalidad que en los municipios no indígenas. Muchas de las mujeres sufren enfermedades que podrían prevenirse con infraestructura hospitalaria, carreteras y personal médico calificado.

El mismo estudio manifiesta que para el año 2000, entre el 80 y 90% de la población indígena de los Estados de Chiapas y Guerrero, entre otros, no eran derechohabientes de los servicios médicos institucionales. Las mujeres indígenas tienen derecho al acceso a los servicios de salud, incluyendo los servicios de salud sexual y reproductiva, sin discriminación alguna, lo cual indica que deberían contar con los elementos de disponibilidad, accesibilidad y calidad de los mismos. Pero los

⁷⁵ OACNUDH, "Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los DDHH sobre cuestiones sociales y de derechos humanos", *op. cit.*

⁷⁶ OACNUDH de México, "El derecho a una vida libre de discriminación y violencia: mujeres indígenas de Chiapas, Guerrero y Oaxaca, México, sin año.

programas han sido insuficientes para atender el rezago en las zonas indígenas, donde hay una carencia de infraestructura, medicamentos y personal médico capacitado. En el Estado de Guerrero por ejemplo, existe sólo un ginecólogo para atender a 17.654 mujeres en edad fértil, mientras que el promedio nacional en México es de un ginecólogo por 2.414 mujeres.

En Oaxaca, los centros de salud son escasos para atender problemas como la mortalidad materna. De hecho, para las emergencias de embarazo, parto y puerperio, sólo cuentan con hierro, ácido fólico y orientación nutricional pero no cuentan con el traslado necesario para un centro de atención de segundo nivel. Así, las emergencias pueden significar el fallecimiento de la mujer, debido a la lejanía de los hospitales. Esta situación se ve agravada, debido a la carencia de caminos.

La mortalidad materna persiste, debido a la falta de infraestructura hospitalaria y de recursos humanos para la atención del parto y además, el personal carece de capacitación para la detección y atención de emergencias obstétricas. El traslado implica para las mujeres indígenas, de una a diez horas de distancia para llegar al segundo nivel de atención y se le suman además, los costos de transporte, de alimentación y de medicamentos. La atención de hemorragias previas, durante el parto o posteriores, depende de la existencia de ambulancias y condiciones de las mismas, como así también, la infraestructura establecida en el segundo nivel. En algunos hospitales y municipios, se ha dispuesto de una ambulancia que ha servido para el transporte de enfermos graves, sin embargo, en ocasiones no se encuentra la persona que la conduzca, o la ambulancia presenta malas condiciones, o está ocupada, o el costo del traslado es elevado.

En Chiapas, Guerrero y Oaxaca la discriminación es un factor importante a erradicar y las mujeres indígenas, manifiestan hechos de discriminación por parte de prestadores de servicios de salud, tanto en las comunidades como en hospitales. Así, las mujeres indígenas desisten de acudir al hospital.

En materia de salud reproductiva, Chiapas, Guerrero y Oaxaca acusan los mayores rezagos. Un estudio de 100 mujeres indígenas, encontró un total de 209

violaciones a sus derechos sexuales y reproductivos, es decir, DDHH, durante el embarazo, parto o puerperio. El riesgo de morir por causa materna es más del doble para una mujer indígena que para una no indígena⁷⁷ .

La extrema pobreza, al tratarse de una situación duradera de privación de los derechos fundamentales del ser humano que afecta a todas las dimensiones de la vida humana (recursos, relaciones humanas, ciudadanía), es la manifestación de una situación de violación permanente de los derechos humanos que tanto el Estado como la comunidad internacional tienen la responsabilidad ineludible de remediar⁷⁸.

Tal como lo señala la OACNUDH⁷⁹, la pobreza se convierte en causa de violaciones a DDHH, de ahí que la mejor estrategia para luchar contra la pobreza, es promover los DDHH. Pero al mismo tiempo, la pobreza es el resultado de violaciones a los DDHH, así, estas violaciones se vuelven constitutivas de un contexto de pobreza. La OACNUDH establece que el combate a la pobreza, es una obligación jurídica urgente por parte de los Estados y no una cuestión de mera voluntad o altruismo.

3.2. NIVEL GLOBAL

En lo que respecta a la mortalidad materna, según la OMS, cada año mueren en el planeta más de 500 mil mujeres durante el embarazo, parto o puerperio. El 99% de ellas se encuentra en el mundo en desarrollo⁸⁰. Se estima que el 25% de estas defunciones, se debe a hemorragias intensas durante el parto, la causa más común⁸¹. Esto implica aproximadamente, que 125 mil mujeres mueren al año en el mundo por falta de sangre disponible para transfusiones. La distribución regional de

⁷⁷ OACNUDH de México, "Diagnóstico sobre la situación de los Derechos Humanos en México", 2003.

⁷⁸ ONU, Comisión de DDHH, Subcomisión de Promoción y Protección de los DDHH, 57º Período de sesiones.6 de julio de 2005.

⁷⁹ OACNUDH, "Pobreza y Derechos Humanos. Un marco conceptual", 2003.

⁸⁰ Ver Anexo, página 118.

⁸¹ Ver Anexo, página 119.

esta cifra corresponde a: 34% en África, 31% en Asia y 21% en América Latina y el Caribe⁸².

Pero las consecuencias de la mortalidad materna trascienden a la madre. De hecho, se calcula que de los casi 11 millones de niñas y niños que mueren al año en el mundo, 2,7 millones de ellos nacen muertos. Muchas de estas defunciones están relacionadas con el mal estado de salud de la madre y con la falta de cuidados apropiados durante el embarazo, el parto y el puerperio⁸³.

La OMS señala que las enfermedades relacionadas con la reproducción, se han denominado enfermedades del rezago, debido a que se trata de padecimientos prevenibles, incluso con intervenciones de bajo costo y además, porque afectan a poblaciones pobres que tienen problemas de acceso a bienes y servicios básicos.

Siempre que ocurre una pérdida sanguínea, ya sea leve o severa, es indispensable la reposición de líquidos. Por cada 100ml de sangre que se pierden, habrá que reponer 300ml de líquidos. Por vía endovenosa puede administrarse solución Harttman o en caso de no contar con ella, se puede utilizar solución isotónica de cloruro de sodio, o de no contar tampoco con esta última, se puede recurrir a solución glucosada al 5%. También pueden utilizarse soluciones expansoras del plasma, como el polimerizado de gelatina al 4%. Una vez estabilizada la situación, se impone el traslado inmediato de la paciente a un centro de segundo nivel, donde la sangre perdida debería reponerse de inmediato. Puede utilizarse sangre total o concentrados globulares en proporción a la pérdida hemática⁸⁴. Aunque en realidad, es preferible utilizar concentrados eritrocitarios en

⁸² Ver Anexo, página 120.

⁸³ Organización Mundial de la Salud, "Estrategia de salud reproductiva...", op. cit.

⁸⁴ Reyes Zapata, H. y Neri Méndez, C. *Atención obstétrica de emergencias*, en *Mortalidad materna y presupuesto público*, FUNDAR, op .cit.

unidades, ya que la sangre total aporta plasma que no es necesario para una mujer con anemia⁸⁵.

Tal como se señalara, los fluidos de reemplazo se usan para reponer pérdidas anormales de sangre o plasma, manteniendo el volumen del compartimiento vascular, a fin de mantener la oxigenación en los tejidos. En los casos de hemorragia severa, el tratamiento inicial con fluidos de reemplazo, salva la vida de la persona hasta tanto llegue la sangre adecuada para transfundir⁸⁶. Se usan principalmente en tratamiento de pacientes con pérdida sanguínea importante.

En estos casos, se utiliza también el pantalón antichoque⁸⁷, que es un elemento de primeros auxilios que revierte temporalmente el *shock* hipovolémico⁸⁸. El factor tiempo es primordial, con lo cual su utilización se da principalmente durante el traslado de la paciente al hospital. Por supuesto es de gran utilidad en el marco de una emergencia obstétrica por hemorragias, pero se debe tener en cuenta que es sólo una medida temporal, hasta tanto se pueda realizar el tratamiento definitivo (transfusión sanguínea y/o cirugía), o como último recurso, cuando otros métodos hayan fallado⁸⁹.

El sangrado obstétrico puede ser impredecible y masivo. Para ello, cada unidad obstétrica, de acuerdo a las obligaciones que asumen los Estados al ratificar instrumentos jurídicos de DDHH, deben tener un protocolo de manejo actualizado para la hemorragia, y el personal debe estar entrenado, pues su reconocimiento precoz reduce el número de muerte de mujeres. Su vida depende de la respuesta

⁸⁵ Dr. Alain Beauplet.

⁸⁶ WHO: www.who.int/bloodsafety/clinical_use/en/Manual_S.pdf

⁸⁷ Pantalón antichoque: son segmentos articulados de neoprene, que se ajusta con velcro y devuelve la sangre de la parte inferior del cuerpo, a los órganos vitales, lo cual eleva la presión sanguínea y aumenta el ritmo cardíaco.

⁸⁸ La Fundación Mac Arthur desde el año 2003, invirtió 11 millones de dólares en México, India y Nigeria, para la utilización del pantalón antichoque, disponible en: www.macfound.org

⁸⁹ *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynecology*, (2008). *Antishock garment in postpartum haemorrhage*, Vol. 22, N° 6, disponible en: www.sciencedirect.com

rápida del personal médico del centro hospitalario que atiende el parto. Una muestra de la obligación asumida por los Estados se establece en la Recomendación N° 24 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer⁹⁰ (CEDAW), que establece en su punto 26 que los Estados deben garantizar a las mujeres los servicios gratuitos apropiados durante el embarazo, parto y post parto, como así también, una calidad adecuada de atención, con el personal capacitado para este fin. Por supuesto que una calidad adecuada de atención de la salud, incluye sangre disponible para transfusiones en caso de hemorragia durante o después del parto.

Una mujer puede perder hasta 500ml de sangre por minuto, en caso de hemorragia obstétrica. Si se tiene en cuenta que una mujer tiene aproximadamente 5 litros de sangre en circulación, se infiere que si no se actúa con urgencia y profesionalismo, en 10 minutos perderá toda su sangre. Debido a la pérdida de volumen líquido en el cuerpo, los primeros órganos en resentirse son los riñones y se produce una insuficiencia renal aguda que incrementa la mortalidad⁹¹.

Si bien existen varias vías de investigación con algunos avances acerca de la generación de sangre artificial, se está aún muy lejos de lograr esta “fabricación” a escala de las necesidades mundiales. Esto indica que los progresos no tienen ninguna aplicación por el momento, en transfusión sanguínea⁹². Volvemos así, al punto de partida: las personas que precisan una transfusión, necesitan de la solidaridad y responsabilidad social de los donantes voluntarios de sangre. Los Estados deberían incentivar la donación voluntaria de sangre, que asciende al 100% en los países desarrollados, a través del desarrollo de políticas de salud con continuidad en el tiempo. México ha desarrollado algunas iniciativas a través del CNTS, pero hasta el momento las mismas se han limitado a impulsos aislados, en lugar de convertirse en el eje y la estructura de la transfusión sanguínea en el país.

⁹⁰ Ratificada por México en 1982.

⁹¹ WHO, (2006). *Managing postpartum haemorrhage. Education material for teachers of midwifery*, Geneva, disponible en: www.who.int/publications/2006/9241546662_5_eng.pdf

⁹² Dr. Alain Beauplet.

3.3. NIVEL NACIONAL: MÉXICO

3.3.1. PANORAMA GENERAL

De acuerdo a la Secretaría de Salud de México, las principales causas de mortalidad en México en edad productiva (15 a 64 años), son: diabetes, enfermedades crónicas del hígado, enfermedades del corazón, accidentes y tumores malignos. Pero encontramos además, una serie de muertes evitables, es decir, aquellas que dado el nivel de desarrollo de la tecnología médica, no debieran producirse. Algunos ejemplos son apendicitis y complicaciones del embarazo, entre otras. En el caso de estas últimas, existe el nivel médico y tecnológico, para evitar la muerte materna, pero la falta de acceso o de calidad de atención, hacen que esas muertes no se eviten. Entre 2000 y 2004 en México, el 38% de las 2.3 millones de muertes que se presentaron, eran evitables. En las mujeres, las principales causas de muertes evitables son las afecciones originadas en el período peri natal, la cardiopatía, el cáncer de mama, la diabetes y las complicaciones del embarazo, entre otras⁹³.

Cifras oficiales indican que cada año se embarazan en México 2,5 millones de mujeres y nacen 2,1 millones de niñas y niños. En el año 2000, 370.000 mujeres embarazadas fueron atendidas por personal no calificado y murieron por complicaciones del embarazo, parto o puerperio: 1.569 en 2000, 1.242 en 2005 y 1.166 en 2006⁹⁴.

Estas cifras parecen significativamente bajas, si se toma en cuenta el alto índice de pobreza en México⁹⁵, como así también el elevado porcentaje de personas que no tiene acceso a los servicios de salud y si además, consideramos el

⁹³ Programa Nacional de Salud 2007-2012, *op. cit.*

⁹⁴ Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud, México.

⁹⁵ Según el 2º Informe de Gobierno de la Presidencia, Anexo estadístico (pág. 241) con base en las Encuestas Nacionales de Ingresos y Gastos de los Hogares 1992-1006 de INEGI, en México 13,8% de los habitantes vive bajo la línea de pobreza alimentaria, 20,7% debajo de la línea de pobreza de capacidades y 42,6% debajo de la línea de pobreza de patrimonio.

subregistro de la muerte materna, tal como se verá en el apartado 3.4. Así, en México, la distribución de la enfermedad sigue siendo desigual, tanto en grupos sociales como en regiones. De hecho, sólo el 56% de la población tenía acceso a los servicios de salud en 1990; el 47% en 1995 y el 50% en 2001⁹⁶. Según el Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social en México⁹⁷, la población mexicana que cuenta con protección de la salud se distribuye de la siguiente manera: 23% del IMSS, 5% del ISSSTE, 8,9% PEMEX y SEDENA, 2% servicios privados y 11% del Seguro Popular. Esto suma un total de 49,9% de la población que tiene acceso a los servicios de salud. En contraste, el 50,1% de la población no cuenta con protección de su salud, lo cual indica que a ese alto porcentaje de población se le viola el derecho a la salud en México⁹⁸.

Algunas estadísticas oficiales ofrecidas por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud de México⁹⁹, indican que la razón de muerte materna entre 1990 y 2007, ha disminuido en un 40,6%¹⁰⁰. En 2007 en el Distrito Federal, ocurrieron 117 muertes maternas y en Colima 3¹⁰¹. En 2006 la edad de razón de mortalidad materna más bajo, se sitúa en el 42,8, entre 20 y 24 años y la más alta, se sitúa en el 139,8, entre 40 y 44 años¹⁰². De acuerdo a las diversas causas de mortalidad materna en México, entre 1990 y 2006,

⁹⁶ Informe de las Organizaciones de la Sociedad Civil sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales en México (1997-2006).

⁹⁷ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2008.

⁹⁸ Según datos de la CONAPO, algunos indicadores de salud en México muestran las fuertes desigualdades entre las diferentes entidades federativas. Son ejemplo de ello, la esperanza de vida al nacer, cuyo promedio es de 75,3 años (mientras que en el DF 76, en Guerrero es 73); la tasa de mortalidad infantil promedio es de 24,9 en el país (en el DF 19,8 y en Chiapas 31,9); la tasa de mortalidad materna promedio asciende a 4,7 (Baja California 1,9 mientras que en Tlaxcala 8,6) y la tasa de incidencia anual de SIDA en promedio es de 4,8 (mientras en San Luis Potosí es 1, encontramos en Baja California Sur 14).

⁹⁹ www.salud.gob.mx

¹⁰⁰ Ver Anexo, página 121.

¹⁰¹ Ver distribución territorial de mortalidad materna durante 2007 en México en Anexo, página 122.

¹⁰² Ver Anexo, página 123.

aproximadamente entre el 20% y 25%, se produjeron por hemorragia obstétrica¹⁰³. Una vez más, se hace evidente que de haber contado con la sangre disponible para transfusiones, estas muertes se hubieran podido evitar.

La mortalidad materna se concentra en las poblaciones marginadas, tanto urbanas como rurales. Si bien en México se ha reducido, estas muertes deberían evitarse, ampliando el acceso a una atención médica de calidad y con el traslado oportuno, de los casos de embarazo, o trabajo de parto. En 2005 en México, hubo 1.278 muertes maternas y de ese total, 1.242 correspondieron a muertes obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio¹⁰⁴.

El Plan Nacional de Salud 2007-2012 de la Secretaría de Salud, reportó que entre 2000 y 2004, ocurrieron 6.722 muertes maternas en México, de las cuales 62,5%, es decir, 4.204 mujeres, fueron consideradas como muertes evitables. Puntualmente, en algunas entidades federativas, ocurrió un alto porcentaje de muertes maternas evitables: Oaxaca (75,9%), Chiapas (79,3%) y Guerrero (82,7%). En los Estados de Oaxaca, Chiapas, Guerrero, Puebla, Veracruz, Distrito Federal y Estado de México, ocurrieron más del 50% de las muertes totales, en el período mencionado. Entre los espacios geográficos, se destacan aquellos Estados con un mayor porcentaje de población indígena, de pobreza, de dispersión poblacional y de diversas barreras de acceso oportuno a los servicios de salud (ubicación geográfica de los centros de salud, a más de 2 horas de traslado; carencia de servicio las 24 horas y 365 días del año y las dificultades de tratamiento de urgencias obstétricas, entre otras). La accesibilidad geográfica es fundamental para evitar la muerte prematura, por eso se requiere de servicios de salud distribuidos espacialmente de manera tal, que aseguren su accesibilidad. La hemorragia posparto, es una de las causas principales de mortalidad materna que ameritan atención urgente. Se ha determinado que para que una mujer sobreviva a este evento, el servicio donde se proporcione una transfusión sanguínea, debe estar disponible cuanto mucho, a dos horas de distancia. Por ello, la instalación de infraestructura debe ajustarse a estos

¹⁰³ Ver Anexo, página 124.

¹⁰⁴ Programa Nacional de Salud 2007-2012, *op. cit.*

criterios de acceso rápido. Pero no basta con la presencia de puestos de salud a una distancia o un tiempo adecuados, se debe disponer además, de los insumos necesarios, como por ejemplo la sangre, para dar solución a la urgencia médica de la embarazada¹⁰⁵.

Lamentablemente México no cuenta con cifras que indiquen el número de personas que mueren por no acceder a una transfusión sanguínea oportuna y mucho menos, se encuentran cifras que revelen este dato desagregado por mujeres en período de embarazo, parto o puerperio.

Otra de las causas de mortalidad materna en México, es la falta de comunicación y de transporte, además de la incapacidad resolutive de muchas unidades de salud, la burocracia, el maltrato, la discriminación hacia mujeres de escasos recursos, que se agudiza cuando se trata de mujeres indígenas. Esto indica que, detrás de cada muerte materna, hay una acumulación de imposibilidades para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. La familia culpa a la pobreza o a la mala atención de los médicos y éstos a su vez, culpan a la propia mujer, a su familia o a la falta de recursos. Y de este modo, siguen ocurriendo muertes que debieron ser evitadas¹⁰⁶.

Otro tema a tener en cuenta en el marco de la mortalidad materna, es la violencia doméstica, del cual el embarazo no resguarda a las mujeres. Al contrario, constituye un período de alto riesgo. En México, la mayor incidencia de agresión hacia las mujeres ocurre entre los 15 y 29 años y durante el embarazo¹⁰⁷. Respecto a la violencia doméstica en general, existen carencias de información y esta limitación se agudiza al tratarse del caso de mujeres embarazadas. En 1996 se

¹⁰⁵ Comité por una maternidad voluntaria y segura en Chiapas- Red social para disminuir la mortalidad materna en Tanejapa, *op. cit.*

¹⁰⁶ Declaración de México para una maternidad sin riesgos del Comité Promotor por una maternidad sin riesgos en México, 1999.

¹⁰⁷ Elu, M del C. y Santos Pruneda, E. (2000). *Carpeta de apoyo para la atención de los servicios de salud de mujeres embarazadas víctimas de violencia*, Programa Mujer y Salud, Secretaría de Salud, México.

realizó un estudio¹⁰⁸, dirigido específicamente a conocer la violencia doméstica contra mujeres embarazadas en México. En el mismo, se identificó que el 33,5% de las mujeres, había sufrido durante su vida algún tipo de maltrato y 9% durante el embarazo. Se constató que estas mujeres, enfrentan tres veces más complicaciones durante el parto y posparto. De 40 muertes en el Estado de Morelos entre 1996 y 1997, según los certificados de defunción, 10 fueron por causas violentas o desconocidas¹⁰⁹.

En México las mujeres en áreas de alta marginación, tienen 3 veces más riesgo de morir por causas maternas, que las que viven en áreas de baja marginación, lo cual indica una gran inequidad social. La brecha se dispara cuando se trata de población indígena, en comunidades menores a 2.500 habitantes¹¹⁰.

En 1998, se llevó a cabo en la ciudad de México la Segunda Conferencia Nacional sobre Maternidad Sin Riesgos en México, donde participaron organizaciones civiles del sector salud, educativo y desarrollo social, como así también, periodistas, investigadores, legisladores y representantes de agencias de cooperación internacional. México se había sumado al reto surgido de la Conferencia de Nairobi en 1987, a contribuir al abatimiento de la mortalidad materna. En esa Conferencia, se diseñó la Iniciativa para una Maternidad Sin Riesgos, cuyo propósito era disminuir en un 50% para el año 2000 el índice de mortalidad materna.

Tal como se mencionara con anterioridad, en la actualidad la mitad de la población de México carece de acceso efectivo a los servicios de salud, dado que se encuentra excluida de un sistema de protección social, a pesar de la reforma de la LGS del año 2003 que establece el Sistema de Protección Social de Salud (SPSS) y el Seguro Popular (SP), cuyo objetivo es proporcionar una alternativa de protección

¹⁰⁸ Valdez y Sanin, Hospital Civil de Cuernavaca, Morelos, 1996.

¹⁰⁹ Elu, M del C. y Santos Pruneda, E. (2000). *op.cit.*

¹¹⁰ Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, Hacia la prevención de la mortalidad materna- Guía para una estrategia comunitaria. María del Carmen Elu y Elsa Santos Pruneda México, 2006.

social mediante un esquema de aseguramiento para los sectores de la población que no cuentan con acceso a la seguridad social.

El SP pretende garantizar el acceso a la atención materna a todas las mujeres y su catálogo de servicios incluye 20 intervenciones de atención, entre los cuales se encuentran, la N° 11: hemorragia obstétrica puerperial y la N° 12: hemorragia por placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta normoinserta¹¹¹. Esto implicaría que todas aquellas mujeres cubiertas por el SP, deberían tener acceso a transfusiones sanguíneas en caso de hemorragia durante el embarazo, parto o puerperio.

En 2006 FUNDAR realizó en los Estados de Chiapas, Guerrero y Oaxaca, una exploración del Sistema de Protección Social en Salud y de su brazo operativo, el SP¹¹², en la perspectiva de la mortalidad materna, a fin de confirmar si el mismo constituye un cambio positivo en la atención de la salud de la mujer por eventos obstétricos.

En el marco de esa investigación se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos: atención las 24 horas durante 365 días al año, aumento de personal hablante de lengua indígena, disposición de medicamentos y soluciones, medios de transporte para mujeres en situación de urgencia obstétrica y la gratuidad en la atención de las mismas.

Algunas de las conclusiones a las que llega el mencionado estudio, es que el proceso de afiliación del SP no se ha concentrado en los dos primeros deciles de la población, que están establecidos en las zonas de alta o muy alta marginalidad. Esto implica que no se cumple con lo establecido por la LGS de que el SP es para avanzar en la igualdad en el efectivo acceso a la salud. Incluso se ha observado con preocupación el cobro de la atención de urgencias obstétricas a mujeres pobres, aun

¹¹¹ www.seguro-popular.salud.gob.mx

¹¹² Díaz Echeverría, D. *et al* (2006). *Muerte materna y seguro popular*, FUNDAR, *op.cit.*

cuando están inscritas en el SP. Por otro lado, la afiliación al SP en estas tres entidades federativas ha sido sumamente lenta y poco significativa.

Por otro lado, la muerte materna en México tiene rostro indígena, pues las estadísticas señalan que las mujeres originarias presentan un riesgo tres veces mayor de morir por causas relacionadas a la maternidad, si se compara con sus congéneres no indígenas.

El 75% de las muertes maternas fue producto de las complicaciones que se manifiestan en embarazos a término y que estas vidas no se pudieron salvar debido a la existencia de deficiencias en la tecnología médica y de equipamiento, el desabasto de sangre segura, la atención obstétrica no apegada a los protocolos y lineamientos de buenas prácticas, la carencia de insumos básicos para atender hemorragias y la falta de transporte para las mujeres, entre otras razones¹¹³.

De hecho, en el Informe de la Secretaría de Salud 2001-2005, se señala que “de acuerdo con el comportamiento observado en la tasa de mortalidad materna, a menos que se incremente sustancialmente el ritmo de descenso, la meta planteada por los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la ONU, no será alcanzada”.

El mismo estudio de FUNDAR¹¹⁴ manifiesta que la mortalidad materna está sin duda relacionada con la exclusión en salud. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define la exclusión en salud¹¹⁵ como la situación en que un individuo no tiene acceso a los mecanismos que le permitirían dar satisfacción a sus necesidades en salud. Estos mecanismos son los bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de salud, tal como lo disfrutan otras personas. Así, se puede decir que la exclusión en salud es consecuencia de políticas públicas con

¹¹³ Díaz Echeverría, D. *et al.* *Muerte materna y presupuesto público*, *op. cit.*

¹¹⁴ Díaz Echeverría, D. *et al.* *Muerte materna y presupuesto público*, *op. cit.*

¹¹⁵ OPS, (2004). *Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe*, Serie Extensión de protección social en salud, N° 1, Oficina de Gerencia de Programas, Unidad de Políticas y Sistemas de Salud.

orientaciones específicas, lo cual implica la negación del derecho de satisfacer las necesidades de salud de una persona o grupo.

La muerte materna no es accidental, es consecuencia de una serie de relaciones económicas, sociales y culturales, que ubican a las mujeres en situación de desventaja. De hecho, el presupuesto asignado en los niveles federal y estatal a la atención durante el embarazo, parto o puerperio, no aparece visible en los documentos presupuestales¹¹⁶.

Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas¹¹⁷ (UNFPA) y el Programa de Advertencia de Discapacidad y Mortalidad Materna (AMDD, sigla de acuerdo a su nombre en inglés)¹¹⁸ de la Universidad de Columbia en Estados Unidos, que trabaja en más de 50 países en Asia, África y América Latina, es necesario reducir la mortalidad materna, a través de una estrategia: la atención obstétrica de emergencias.

Dado que las emergencias obstétricas se presentan de forma imprevista y aproximadamente, 15% se producen durante el parto y entre 50 y 71% durante el puerperio¹¹⁹, las funciones que se deberían desarrollar durante la emergencia son las siguientes:

- En el primer nivel de salud: administración de antibióticos por vía parenteral, administración de medicamentos oxitócicos por vía parenteral, administración de medicamentos anticonvulsivos por vía parenteral, extracción manual de la placenta, extracción de otros productos retenidos, atención de parto vaginal.

¹¹⁶ Díaz Echeverría, D. *et al.* *Muerte materna y presupuesto público, op.cit.*

¹¹⁷ www.unfpa.org

¹¹⁸ Programa de Advertencia de Discapacidad y Mortalidad Materna de la Universidad de Columbia, financiado entre otros, por la Fundación Bill y Melinda Gates, disponible en: www.amddprogram.org

¹¹⁹ Meléndez Navarro, D. *La atención obstétrica de emergencia: una estrategia viable para disminuir la muerte materna ante las insuficiencias, ineficiencias e inequidades del sistema de salud de Guerrero, en Muerte materna y presupuesto público, op.cit.*

- En el segundo nivel de salud: práctica de operaciones quirúrgicas y realización de transfusiones sanguíneas.

Esta estrategia implica sin duda, la necesidad de contar en el primer nivel de atención de salud, con la infraestructura necesaria y el personal calificado para desarrollar las mencionadas funciones y pueda al mismo tiempo, decidir el traslado a un segundo nivel, cuando la urgencia no pueda ser tratada en el primero.

Es necesario que las mujeres con complicaciones obstétricas reciban atención en el primer nivel, a fin de iniciar el tratamiento oportuno que le permita no llegar a un resultado fatal. Asimismo, los hospitales a los que se refieran las pacientes, deben contar con quirófano, anestesistas, cirujano-obstetra o general y un banco de sangre¹²⁰.

3.3.2. RESPUESTA DEL GOBIERNO MEXICANO AL PROBLEMA

Para el propósito del presente trabajo, se analizará la propuesta de la actual administración mexicana, para hacer frente al problema de la mortalidad materna. Así, las iniciativas del Poder Ejecutivo en la materia son:

- El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, del gobierno de México, en el área de salud, se propuso como Objetivo N° 6: “*Reducir las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades y grupos vulnerables*”. La Estrategia N° 6.1. dice: “*Promover la salud reproductiva y la salud materna y perinatal, ...*” y luego sigue diciendo: “*Los sistemas de salud proveerán una atención adecuada para evitar que los embarazos deriven en complicaciones, enfermedades, discapacidades permanentes o en la muerte de la madre o del niño*”. Esto indica que la mortalidad materna es un verdadero problema en México y que la realidad, probablemente sobrepase las cifras oficialmente declaradas.

¹²⁰ Freyermuth, G. *Políticas internacionales orientadas a abatir la mortalidad materna: atención obstétrica de emergencia vs. Atención calificada del parto. Un análisis de costos para Chiapas, en Muerte Materna y presupuesto público, op. cit.*

- Por otro lado, el Programa Nacional de Salud 2007-2012, en su capítulo III de Objetivos y Estrategias, manifiesta como Objetivo N° 2: *“Reducir las brechas o desigualdades en salud, mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas”*. Y la meta N° 2.1., manifiesta: *“Disminuir a la mitad la razón de mortalidad materna en los 100 municipios con menor Índice de Desarrollo Humano-IDH”*¹²¹.
- Teniendo en cuenta los compromisos adoptados por el Gobierno Federal, la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, de la Secretaría de Salud de México, a través de la Dirección General del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, lanzó el Programa Arranque Parejo en la Vida (APV). El Programa APV dará seguimiento a ciertas metas fundamentales: disminuir en 50% la razón de mortalidad materna en los 100 municipios con el menor IDH; reducir la razón de mortalidad materna, a nivel nacional, en 24% e incrementar a 92% la cobertura de atención del parto, por personal calificado. El objetivo general del Programa APV, consiste en ampliar las capacidades y oportunidades de las mujeres, para ejercer su derecho a cursar un embarazo saludable, un parto seguro y un puerperio sin complicaciones, así como proteger el derecho a la salud del recién nacido. Los objetivos específicos del Programa APV, relacionados con la mortalidad materna son:
 - Garantizar la prestación de servicios de salud oportunos, con calidad y seguridad durante el embarazo, parto, puerperio y en la atención de emergencias obstétricas, a todas las mujeres mexicanas¹²², sin distinción de condición socioeconómica, cultural y social.

¹²¹ A partir del Informe del PNUD acerca del IDH de 2007, la Presidencia de México puso en marcha la Estrategia Integral para el Desarrollo Social donde focalizó los 100 municipios con mayor índice de marginación, para desarrollar acciones concretas en diferentes ámbitos, en particular en Salud, uno de los indicadores de impacto, es la mortalidad materno-infantil. Los 7 Estados donde se encuentran estos 100 municipios son: Chiapas, Durango, Guerrero, Nayarit, Puebla y Veracruz.

¹²² Siendo extranjera viviendo en México y trabajando en el ámbito de los Derechos Humanos, esta categorización no puede dejar de sorprenderme por su calidad excluyente, dado que atañe sólo a las

- Reducir las brechas existentes en las condiciones de salud para las mujeres durante el proceso reproductivo y para las niñas y niños durante los primeros 28 días de edad entre las entidades federativas y municipios con menor IDH.

A pesar del impulso de estos programas, FUNDAR¹²³ manifiesta que la mortalidad materna en México, es uno de los grandes pendientes en salud y el cumplimiento de compromisos internacionales y nacionales, parecen difíciles de lograr. A nivel nacional, un ejemplo de ello fueron las metas fijadas durante el sexenio 2000-2006, a través del Programa Arranque Parejo en la Vida; y a nivel internacional, la tardanza de México en el avance para lograr el Objetivo del Milenio de reducción de la mortalidad materna al año 2015. Esto muestra la importancia de que los Estados ratifiquen los instrumentos internacionales de DDHH, con la intención de dar cumplimiento y México desde hace un par de décadas, se ha puesto al día con estas formalidades. Pero sin duda la intención no es suficiente, sino que se requieren medidas concretas para que esas regulaciones tengan el impacto necesario sobre la población, en este caso, el goce de una maternidad sin riesgos para todas las mujeres que habitan el suelo mexicano.

3.4. NIVEL ESTATAL: CHIAPAS, GUERRERO Y OAXACA

Ya se ha manifestado que las mujeres que residen en zonas marginadas, tienen mayor probabilidad de morir por problemas relacionados al embarazo o el parto. Por eso, es necesario reducir la brecha y desigualdad en salud, en beneficio de las comunidades marginadas. La Secretaría de Salud se propuso como meta, disminuir a la mitad la razón de mortalidad materna en los 100 municipios con menor IDH. También se propuso fortalecer las políticas de salud materna y perinatal, a fin de dar cumplimiento con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, a los que se

“mujeres mexicanas”. Creo se abre una nueva línea de investigación, que no abordaré en este trabajo, por extralimitarse a mi tema concreto.

¹²³ Díaz Echeverría, D. *et al*, (2007). *Muerte materna y seguro popular*, *op.cit.*

comprometiera México oportunamente. Para ello, la intención es de reducir en 24% la mortalidad materna en el país¹²⁴.

Tal como se mencionara con anterioridad, Chiapas, Guerrero y Oaxaca son tres de las nueve entidades federativas, donde se ubican los 100 municipios de mayor índice de marginación y menor IDH de México. Es posible comparar la mortalidad materna en estos tres Estados¹²⁵, donde se observa que el Estado de Guerrero es el que tiene mayor índice y le siguen Chiapas y Oaxaca.

Además de las macro causas de discriminación por género y pobreza ya mencionadas, entre otras causas de mortalidad materna en los municipios con menor IDH, encontramos: que se carece de un diagnóstico específico de salud materna a nivel municipal; hay un acceso limitado de las mujeres a personal calificado y servicios de salud competentes; y nos encontramos además, con una insuficiente capacidad resolutive para la atención de emergencias obstétricas, debido entre otras cosas, a la falta de disponibilidad de sangre¹²⁶. Las parteras empíricas son agentes de salud de incuestionable valía, pero la ausencia en México de la carrera profesional de parteras, es un factor limitante para la salud reproductiva¹²⁷.

Uno de los obstáculos para conocer los datos precisos acerca de la mortalidad materna, es la dinámica del registro de la muerte, en algunas entidades federativas. En general, hay un subregistro de la muerte materna. Por ejemplo, el mal registro de las defunciones maternas para 2001 en Chiapas, fue de 63% respecto al Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI)¹²⁸. En el caso de Oaxaca, el subregistro en ese mismo año fue de 61,9% respecto al INEGI. Esto guarda una relación directamente proporcional con el índice de inequidad. Los principales

¹²⁴ Programa Nacional de Salud 2007-2012, *op. cit.*

¹²⁵ Ver gráfico en Anexo, página 125.

¹²⁶ Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2008), *Retos y Estrategias de intervención en la salud materna y perinatal en México*, México.

¹²⁷ Declaración de México para una maternidad sin riesgos, *op. cit.*

¹²⁸ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática: www.inegi.org.mx

obstáculos para un sistema confiable de registro son varios: baja presencia institucional (servicios de salud y Registro Civil), falta de capacitación del personal, dispersión poblacional y distancia, desconocimiento de la lengua originaria por parte de las instituciones, falta de declaración de muertes por parte de la población, costos del traslado, entre otros. Además, hay que tener en cuenta, los factores relacionados con la dinámica de los funcionarios de los servicios de salud y del Registro Civil, pues la mortalidad materna es percibida como un indicador que tiene implicaciones políticas, lo cual hace que se promueva el ocultamiento de la información. Para mejorar el sistema, se hace necesaria la modernización de los sistemas de registro y su homogeneización en todo el país, además de una capacitación adecuada a los empleados responsables de la tarea y puntualmente, en regiones indígenas, contar con la presencia de personal bilingüe¹²⁹.

3.4.1. ESTADO DE CHIAPAS

Tal como se manifestara, entre las principales causas de mortalidad materna en el Estado de Chiapas, se encuentra la hemorragia (31%)¹³⁰, lo cual nos indica la importancia de contar con la adecuada red de bancos de sangre, servicios de transfusión y puestos de sangrado.

En cuanto al lugar de ocurrencia de la defunción, el 22% se produce en el domicilio, el 11% durante el traslado a un centro de salud y el 67% en un hospital¹³¹. Sin lugar a duda, una de las líneas de intervención que requiere el Estado es el establecimiento de bancos de sangre regionales y además, la instalación de centros de transfusión en las unidades hospitalarias que no dispongan de esos servicios¹³².

¹²⁹ Freyermuth, G. y Sesia, P. (2008). *La dinámica del registro de la muerte materna en Chiapas y Oaxaca: problemas y recomendaciones*, Oaxaca.

¹³⁰ Ver gráfico en Anexo, página 126.

¹³¹ Fuente: Certificados de Defunción de Institutos de Salud, Chiapas.

¹³² Alfaro Macías, O., (2008). *Muerte Materna, diagnóstico epidemiológico y perspectivas*, Dirección de Salud Pública, Estado de Chiapas.

De acuerdo al estudio de FUNDAR¹³³, Chiapas ha disputado los primeros lugares de muerte materna en México. La mayoría de estas mujeres, fallecen durante la maternidad por causa de la pérdida de sangre durante el embarazo, parto o puerperio. Esas muertes hubieran podido evitarse con atención médica oportuna, ya sea la transfusión sanguínea o intervenciones mecánicas o farmacológicas para detener las hemorragias, o el manejo de líquido y expansores de plasma, para reponer el volumen de la sangre perdida. Los expansores de plasma, aumentan el volumen intravascular por períodos más prolongados que las soluciones cristaloides y estos sustitutos de plasma, se encuentran indicados en hipovolemia secundaria a shock, principalmente de origen hemorrágico.

Además, la población sin seguridad social ha registrado hasta quince veces más muertes maternas hospitalarias, en comparación con la población derechohabiente, debido a que la mayoría de las mujeres no son derechohabientes de la seguridad social, mientras que aquellas que cuentan con seguridad social, tienen mayores posibilidades de recibir la atención obstétrica adecuada. Esto da muestra del incumplimiento por parte del Estado a garantizar la seguridad social a todas las personas, independientemente de que trabajen o no. También hay que tener en cuenta las barreras en el acceso a los servicios, que se terminan traduciendo en el retraso de la decisión del traslado a un servicio de urgencia.

En el Estado de Chiapas se han puesto en marcha tres programas, con el fin de reducir la mortalidad materna. Estos son:

- PROGRESA-Oportunidades: data del año 1998 y consiste en una intervención federal, cuyo objetivo es mejorar las condiciones de educación, salud y alimentación de las familias en situación de pobreza extrema. Dentro de los beneficios, las familias afiliadas reciben atención materna.
- Arranque Parejo en la Vida (APV): es también una intervención federal, cuyo objetivo es brindar acceso universal a los servicios de atención materna a todas las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, a fin de disminuir la

¹³³ Díaz Echeverría, D. *et al. Muerte materna y Seguro Popular*, *op. cit.*

mortalidad materna. El programa no ha alcanzado sus metas, pues no ha llegado a atender más de 10% de los partos en la región, y tampoco ha logrado disminuir la muerte materna, sino por el contrario, ésta ha aumentado 23% desde el año 2000.

- Vida Mejor para Mujeres, Niñas y Niños de Chiapas: es un programa del Estado de Chiapas que se puso en marcha en el año 2003 y su objetivo consiste en mejorar las condiciones de vida de las mujeres, niñas y niños, a través de acciones integrales de salud, educación, agua, vivienda y alimento. En términos de salud, consiste en establecer la identificación y seguimiento de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio.

Es importante señalar, que en Chiapas hasta el año 2006, permanecían más de 500 mil familias (casi 3 millones de personas) sin un sistema de protección social. Esto habla a las claras de un alto grado de inequidad en la asignación presupuestal. Por su parte, el ingreso al SP fue lento y tardío, ya que en 2005 menos del 6% de la población sin seguridad social se había afiliado al mismo y en 2006, el 16,2%¹³⁴.

FUNDAR indica también, que ha habido un incremento en algunos recursos de salud: el número de médicos aumentó en 48%, el de enfermeras y enfermeros en 50% y se han incorporado nutricionistas y trabajadores y trabajadoras sociales. Este aumento de recursos humanos se debe al impulso del SP. Además, se cuenta con un vehículo de traslado de urgencias y por su parte el número de ambulancias también se incrementó. En cuanto a la infraestructura, se han incorporado 56 centros de primer nivel y ocho hospitales generales a la red de servicios del SP.

No obstante, luego de la puesta en marcha del SP, persisten serias carencias no menores, como por ejemplo que algunos servicios no disponen de los recursos necesarios para la perfusión de líquidos intravenosos. Estas carencias son sin duda inadmisibles, dado que la hemorragia obstétrica es la principal complicación que conduce a la muerte materna en la región y la principal medida para atender esta urgencia, es perfundir soluciones intravenosas y expansores de plasma, o la

¹³⁴ Díaz Echeverría, D. *et al. Muerte materna y Seguro Popular, op. cit.*

realización de transfusiones sanguíneas. Se carece además, de recursos farmacológicos para la atención de las principales urgencias obstétricas. En 2006, el 67% de los establecimientos no contaba con dichos elementos.

En el contexto indígena, la dimensión cultural es fundamental de tener en cuenta y una condición básica es la comprensión lingüística. El 33% de las unidades del primer nivel, no cuenta con personal que hable la lengua indígena, para brindar un servicio de traducción durante la atención. Otra barrera en la accesibilidad, es la financiera, si se tiene en cuenta que no se garantiza el acceso pleno de las mujeres indígenas a los servicios de atención materna, en particular los de urgencias. En la región de Los Altos, ni siquiera el 10% de los partos son atendidos por el sector salud y menos del 30% de las personas que fallecieron en el año 2001, recibieron atención médica antes de morir¹³⁵.

El mismo artículo de la Dra. Freyermuth indica que en 2005, el SP atendió sólo 916 partos en Chiapas, cifra ínfima si se tiene en cuenta que el Estado cuenta aproximadamente con un millón de mujeres en edad reproductiva. Así, se concluye que la región de Los Altos de Chiapas, que es una zona multiétnica, tiene profundas desigualdades sociales y económicas y tiene un grave rezago de salud. Las mujeres indígenas han padecido múltiples inequidades en salud, las cuales se han traducido en la exclusión de sistemas de protección social, barreras para el acceso a los servicios de salud y una elevada incidencia de la muerte materna. El SP no ha conseguido porcentajes de aseguramiento relevantes en el Estado, pues tal como se mencionara con anterioridad, casi 3 millones de personas no tienen acceso efectivo a la protección social en salud. Las áreas de mayor marginación, las zonas rurales e indígenas no han sido las más beneficiadas por el SP, pues sólo el 10% de los afiliados se encuentran en localidades con 40% de hablantes de lengua indígena y el 17% en áreas rurales.

¹³⁵ Freyermuth, G. *Políticas internacionales orientadas a abatir la mortalidad materna: atención obstétrica de emergencia vs. Atención calificada del parto. Un análisis de costos para Chiapas, en Muerte materna y presupuesto público, FUNDAR, op. cit.*

En cuanto a la organización transfusional, el Estado de Chiapas, que se conforma de 118 municipios y tiene una población de más de 4 millones y medio de habitantes, cuenta con 14 Bancos de Sangre y 55 Servicios de Transfusión Sanguínea en el Sistema Nacional de Salud. Por su parte, el Instituto de Salud del Estado tiene 8 Bancos de Sangre y 1 Servicio de Transfusión. En todos ellos, la infraestructura física, el equipamiento, los recursos humanos, materiales e insumos son limitados. En Chiapas se transfunden más de 30.700 unidades de sangre al año, es decir, 84 por día.

Los requerimientos más frecuentes de sangre, están relacionados con padecimientos quirúrgicos, onco-hematológicos y ginecológicos, donde el indicador de mortalidad materna presenta un alto índice nacional. De hecho, entre 1997 y 2007, la hemorragia representa el 39% de los casos de la mortalidad materna¹³⁶.

El 99% de los donantes de sangre en Chiapas son donantes de reposición, es decir, familiares o amigos de la persona que precisa una transfusión, a pesar de que el donante voluntario es en realidad el pilar de la seguridad transfusional, ya que es un donante totalmente desinteresado y por ende, se inclina a dar toda la información respecto de su salud y hábitos de vida, a fin de proteger al receptor de la sangre. Esta garantía no la brinda ni el donante remunerado, ni el de reposición, pues ambos tienen un interés personal y directo para donar sangre. La identificación de estos donantes sólo se puede realizar en el marco de la entrevista confidencial que precede la extracción de sangre, donde se evalúa la veracidad de sus respuestas.

La población con cobertura en salud, tanto pública como privada, equivale a casi 4 millones y medio de habitantes en el Estado de Chiapas, que son atendidos en 45 hospitales (43 hospitales de segundo nivel de atención y 2 hospitales de tercer nivel)¹³⁷.

¹³⁶ Certificados de defunción IS. SEED. Preliminar a la Semana Epidemiológica N° 22 (al 1 de junio 2007).

¹³⁷ Ver Tabla en Anexo, página 127.

Actualmente existen 14 bancos de sangre en el Estado: 8 pertenecientes al Instituto de Salud, 4 privados y 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Por otro lado, existen 55 servicios de transfusión: 3 del Instituto de Salud, 10 del Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS), 3 del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), 1 del hospital militar, 1 del hospital naval, 2 del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Chiapas (ISSTECH) y 35 privados¹³⁸.

3.4.2. ESTADO DE GUERRERO

En el Estado de Guerrero existe una rica experiencia de las instituciones públicas y las ONGs, abocados a diferentes aspectos que implica la salud reproductiva. Así, se impulsó la Primera Conferencia Estatal por una Maternidad sin Riesgos, para ratificar el compromiso de los diversos actores a mejorar la salud de la mujer guerrerense¹³⁹. En el marco de esa Conferencia, se identificó que uno de los problemas que inciden sobre la salud materna en el Estado, es el acceso a los servicios de salud. Un estudio realizado por UNICEF en la región de la montaña de Guerrero, reporta que sólo 13% de los partos son atendidos por personal profesional y la proporción de mujeres que reciben atención prenatal, es similar o menor. En contraste, en ciudades como Acapulco, la cobertura de atención del parto alcanzado por instituciones hospitalarias, asciende al 90%. Además, hay que tener en cuenta los problemas económicos y políticos que inciden sobre la salud materna, como la pobreza, desnutrición y carencia de medios de comunicación.

Durante el año 2005, se registró en el Estado de Guerrero, un índice de mortalidad de 128,2 defunciones por 100.000 nacidos vivos. En 2006 este índice era de 128 y en 2007, de 104¹⁴⁰. Las principales causas de mortalidad materna en el

¹³⁸ Ver Tabla en Anexo, página 128.

¹³⁹ Declaración de Guerrero para una maternidad sin riesgos, Conferencia Estatal, Acapulco, 25 al 27 de abril de 1995.

¹⁴⁰ Fuente: base de defunciones maternas, Dirección General de Epidemiología, Servicios de Salud.

Estado de Guerrero son: la hemorragia (37%)¹⁴¹, le siguen hipertensión, complicaciones de embarazo y parto, causas obstétricas indirectas, etc. Una vez más, se ve la importancia de contar con un sistema transfusional organizado.

De acuerdo al estudio de FUNDAR, en 2005 murió una mujer cada 4 días en el Estado, por complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio. Guerrero muestra una tendencia a la alza dos veces mayor que el promedio nacional. A pesar de esta urgencia, a excepción de la estrategia Arranque Parejo en la Vida, no existe en el Estado ningún programa dirigido a disminuir la muerte materna.

Hay una baja cobertura en la atención institucional de los partos esperados y además, una baja cobertura del SP en salud materna. Incluso entre los años 2001 y 2005, se evidenció una disminución en la atención del parto en unidades médicas, pasando del 45% al 42%. Particularmente en las regiones indígenas y rurales del Estado, el porcentaje de atención es mucho menor, no pasa el 20%.

Entre 2000 y 2005 se constata en los servicios de salud, una tendencia a la baja a lo largo de una serie de indicadores: disminución en el número de laboratorios clínicos, descenso del número de incubadoras, quirófanos, entre otros. Es incomprensible esta tendencia, considerando que el aumento de la atención del parto en unidades médicas es una de las estrategias recomendadas para disminuir la mortalidad materna. Por otro lado, se registró un aumento de salas de expulsión.

El mismo estudio muestra, que no hay forma de conocer el presupuesto que se destinó en el Estado de Guerrero, para acciones destinadas a dirigir la mortalidad materna. A pesar de haber sido solicitada, se obtuvo como respuesta, que la información no se encontraba disponible.

A continuación, se describen algunos ejemplos del ejercicio del presupuesto en el Estado de Guerrero. En el año 2004 el pago de sueldos representaba el 12%, ya en 2005 el mismo aumentó a 51%. Mientras que el gasto de medicamentos

¹⁴¹ Ver gráfico en Anexo, página 129.

llegaba al 39% en 2004, y en 2006, disminuyó a 5%. En relación al equipo médico, en 2004 el gasto significó 29%, mientras que en 2006 bajó al 1%.

El 90% de los municipios del Estado están clasificados como de muy alto y alto grado de marginación, sin embargo al inicio, el SP no se focalizó en esta población y la exclusión de los marginados y de la población indígena, resultó evidente en el arranque del mismo.

En 2005 el número de familias afiliadas fue de más de 18 mil, lo cual representa más de 60 mil personas y en 2006, esta cifra aumentó a más de 60 mil familias, que representa más de 200 mil personas. A pesar de este aumento, no se alcanzó la meta acumulada prevista, y en 2005, el 74% de la población estatal no contaba con seguridad social. Esto representa más de 2 millones 300 mil personas excluidas del sistema de salud.

Así, se puede concluir, que la muerte materna en Guerrero continúa estando al margen de la respuesta del gobierno federal y estatal. De hecho, no existen indicadores de proceso ni de resultado y además, tal como se manifestara con anterioridad, la atención médica durante la maternidad desde el año 2000, se encuentra en franca disminución en disponibilidad, en particular en las regiones indígenas, como la Montaña y Costa Chica.

El SP no se puede pensar como una propuesta para disminuir la mortalidad materna. De hecho, hasta 2006 se afiliaron 12% de las familias que no tenían seguridad social, y el total de esas familias, corresponde solamente al 23% de indígenas, es decir casi 14 mil personas (el total de habitantes indígenas del Estado de Guerrero es de aproximadamente 520 mil).

En cuanto a las unidades de salud, de los 931 centros, solamente 47 están afiliados al SP, es decir, el 5%. Dichos establecimientos no cumplen con los estándares mínimos para lograr su acreditación. La sola implementación del SP no permite imaginar a mediano plazo, una reducción del número de muertes maternas ocurridas en el Estado, pues se deben tener en cuenta otras cuestiones, como

promover estrategias reales de traslado a las mujeres que requieran atención durante la maternidad, o por ejemplo, que se garantice que el parto, cesárea y las urgencias obstétricas, no se cobren a la población del segundo nivel.

De acuerdo al Dr. David Meléndez Navarro¹⁴², en el Estado de Guerrero existe un desajuste entre las necesidades de salud y los programas, servicios y recursos financieros y humanos disponibles y la atención obstétrica de emergencias no se encuentra disponible en los servicios del primer nivel. De hecho, Guerrero ocupa el penúltimo lugar nacional en el gasto estatal y federal de salud, donde el 98% es aporte federal.

El mismo autor manifiesta, que los servicios básicos para responder a las necesidades de atención durante la maternidad no son costosos, ni exigen una tecnología demasiado compleja, con lo cual, la atención obstétrica de emergencia es una opción viable desde el punto de vista organizacional, operativo, técnico y financiero.

3.4.3. ESTADO DE OAXACA

De acuerdo al Plan Estratégico para la prevención de la muerte materna mediante redes de servicios de salud, de la Secretaría de Salud del Estado de Oaxaca, la mortalidad materna es uno de los indicadores que más preocupan al Gobierno del Estado, pues demuestra un alto grado de inequidad social.

El Estado de Oaxaca tuvo un promedio anual de 75 defunciones entre 2000 y 2005, lo cual indica cifras mayores a la media nacional. Una de las causas más importantes de muerte materna, ha sido la hemorragia obstétrica (35%)¹⁴³.

En el ámbito de la infraestructura, una de las estrategias que el Estado de Oaxaca ha visto como prioritario, es el fortalecimiento de hospitales y centros de

¹⁴² Meléndez Navarro, D. *La atención obstétrica de emergencia...*, en *Muerte materna y presupuesto público*, FUNDAR, op.cit.

¹⁴³ Ver gráfico en Anexo, página 130.

salud para la atención del embarazo, parto, puerperio y sus complicaciones, como así también, el desarrollo de servicios de transfusión.

En Oaxaca entre 1999 y 2003, el 48,6% de las muertes maternas ocurrieron en el hogar y 7,6% en un centro de salud de primer nivel, o en el trayecto a un hospital, mientras que en 2005 38,2% de esas muertes ocurrieron en el hogar y 11,7% en el traslado. Esto da muestra que se trataba de mujeres que vivían en regiones rurales y el 50% vivía en municipios con más de 70% de población indígena.

En 2005, sólo estaban acreditados 56 centros de salud rurales y 16 urbanos de los 735 de todo el Estado y 6 de los 11 hospitales generales. Los hospitales en Oaxaca tienen graves deficiencias en su capacidad para resolver urgencias obstétricas y el 40% de la población no asegurada, tenía que viajar más de dos horas, incluso hasta 16, para llegar al hospital. Por su parte, el SP afilió solamente el 22% de las mujeres en edad fértil en el Estado.

Un tema central a tener en cuenta en el contexto oaxaqueño, es el de la barrera cultural y el hecho de que el sistema de salud no ha logrado atraer a las mujeres indígenas. Una muestra de ello es que entre 1994 y 1997, el 64% de los partos de mujeres indígenas no fue atendido por médicos o enfermeras y en 2003, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva, el 30,7% de los partos no han sido atendidos por personal calificado. Esto indica que los obstáculos culturales impiden que muchas mujeres lleguen a los servicios de salud y algunos de los argumentos más expresados por ellas, es que se sienten maltratadas, no se las trata con dignidad, no son escuchadas, se violan sus derechos reproductivos, se hacen procedimientos que las avergüenza, se las discrimina y esto hace que no sienten confianza para tener su parto en esos centros de salud. Por otra parte, estas mujeres tienen acceso a sus recursos propios: parteras tradicionales que las tratan con dignidad, con lo cual son culturalmente aceptadas por ellas.

Todo esto lleva a concluir que en el Estado, la política de salud no logró disminuir la mortalidad materna entre sus mujeres indígenas. De hecho, entre 2000 y

2005, el 50% de las muertas por maternidad, fueron mujeres indígenas que vivían en municipios que concentran 34% de la población total del Estado y cuya población indígena es superior al 70%. Esto sin duda, habla de altos grados de inequidad, marginalidad y rezago.

El Plan Estatal de Desarrollo Sustentable 2004-2010, tiene como objetivo lograr la cobertura universal real el sistema estatal de salud con servicios de calidad, eficiencia, eficacia, oportunidad y prioridad en la prevención de enfermedades, la regulación y el fomento sanitario. La estrategia consiste en gestionar y asignar mayores recursos federales y estatales para la salud materna, en infraestructura, recursos humanos e insumos.

Un importante número de muertes maternas ocurre, debido a la falta de transporte para la mujer y los demás puntos críticos, están relacionados con la tecnología médica, el acceso a sangre segura para transfusiones y el abastecimiento de insumos básicos¹⁴⁴.

Resulta indispensable el desarrollo de la atención obstétrica de emergencias, ya que en el Estado de Oaxaca en 2003 y 2004, sólo 27% de las mujeres que tuvieron un embarazo de alto riesgo en el primer nivel, recibió atención en un nivel de mayor complejidad. Hay que tener en cuenta también, la distribución de los servicios de salud en las regiones marginadas, para comprender la necesidad de que existan centros de salud en el primer nivel, capaces de estabilizar a las pacientes y trasladarlas en mejores condiciones a un hospital. De ahí que se considera necesario, fortalecer el primer nivel de atención médica. Los costos económicos para ello no son altos, pues no es necesario equipar con quirófanos los servicios de primer nivel, sólo se requiere personal capacitado¹⁴⁵.

¹⁴⁴ Castañeda Pérez, M. *Atención de urgencias obstétricas en clínicas rurales: una propuesta factible, en Muerte materna y presupuesto público*, FUNDAR, *op. cit.*

¹⁴⁵ El artículo contiene un interesante ejercicio de costeo de la atención de urgencias obstétricas que no tomaré en cuenta, pues me extralimito en mi tema de investigación.

CAPÍTULO 4

INSTRUMENTOS JURÍDICOS VULNERADOS POR LA MORTALIDAD MATERNA EN MÉXICO

4.1. INSTRUMENTOS JURÍDICOS INTERNACIONALES

Los derechos reproductivos¹⁴⁶ vulnerados por la mortalidad materna son: el derecho a la vida, que incluye el derecho a no morir por causas evitables relacionadas con el parto y embarazo; el derecho a la salud, que incluye el derecho a la salud reproductiva; y el derecho a la igualdad y a la no discriminación, que incluye el derecho a la no discriminación en la esfera de la vida y salud reproductiva.

Estos derechos están dispuestos en varios instrumentos jurídicos internacionales, lo cual nos lleva a afirmar que los derechos reproductivos, sí están reconocidos internacionalmente y sí son jurídicamente vinculantes.

Las Conferencias e instrumentos jurídicos internacionales que son vulnerados por México, a través de la mortalidad materna, se han agrupado según si son vinculantes o no y de acuerdo a su pertenencia al sistema universal, o al sistema interamericano.

¹⁴⁶ De acuerdo a Alda Facio Montejó, ellos son: derecho a la vida; derecho a la salud; derecho a la libertad, seguridad e integridad personales; derecho a decidir el número e intervalo de hijos; derecho a la intimidad; derecho a la igualdad y a la no discriminación; derecho al matrimonio y a fundar una familia; derecho al empleo y la seguridad social; derecho a la educación; derecho a la información adecuada y oportuna; derecho a modificar las costumbres discriminatorias contra la mujer y derecho a disfrutar del progreso científico.

4.1.1. LEGISLACIÓN VINCULANTE

4.1.1.1. Sistema Universal:

- Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, 1965¹⁴⁷: establece el derecho a la no discriminación en el artículo 2¹⁴⁸ y el derecho a la salud, en su artículo 5.e.iv.¹⁴⁹. En el marco de la Conferencia Contra el Racismo, llevada a cabo en Durban en el año 2001, en su programa de acción, se pide a los Estados parte, que adopten políticas y programas en concertación con mujeres y niñas indígenas, para eliminar todos los obstáculos por razones de género, etnia y raza, haciendo especial mención de su salud mental y física, incluyendo su salud reproductiva.
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 1966¹⁵⁰: establece el derecho a la igualdad y no discriminación en su artículo 2.1.¹⁵¹ y la igualdad de género en el artículo 3¹⁵², como así también, el derecho a la vida en su artículo 6.1.¹⁵³.

¹⁴⁷ Adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General de la ONU, en su Resolución 2106 A (XX), del 21 de diciembre de 1965. Entrada en vigor el 4 de enero de 1969. México la ratificó en 1975.

¹⁴⁸ Art. 2: “Los Estados Partes condenan la discriminación racial y se comprometen a seguir[...] una política encaminada a eliminar la discriminación racial en todas sus formas [...]”.

¹⁴⁹ Art. 5.e.iv: “El derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales”.

¹⁵⁰ Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General de la ONU, en su Resolución 2200 A (XXI), del 16 de diciembre de 1966. Entrada en vigor el 23 de marzo de 1976. México lo ratificó en 1981.

¹⁵¹ Artículo 2.1.: “Cada uno de los Estados Partes en el presente Pacto se compromete a respetar y a garantizar a todos los individuos que se encuentren en su territorio y estén sujetos a su jurisdicción, los derechos reconocidos en el presente Pacto, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social”.

¹⁵² Art. 3º: “Los Estados Partes en el presente Pacto se comprometen a garantizar a hombres y mujeres la igualdad en el goce de todos los derechos civiles y políticos enunciados en el presente Pacto”.

¹⁵³ Art. 6.1.: “El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho estará protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente”.

- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966¹⁵⁴: establece el derecho a la no discriminación en su artículo 2.2.¹⁵⁵, el derecho de igualdad de género en el artículo 3¹⁵⁶ y el derecho a la salud en el artículo 12¹⁵⁷. Asimismo, tal como se señala en el Capítulo I, el Comité DESC, en su Observación General N° 14, establece que los Estados deben crear condiciones que aseguren atención y servicios médicos de calidad, que incluyan servicios de salud sexual y reproductiva y recomienda integrar la perspectiva de género al diseño de políticas y programas de salud. Aclara la misma Observación General, que se deben adoptar medidas para mejorar la salud infantil y materna y en particular, reducir la mortalidad materna.
- La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra las Mujeres (CEDAW)¹⁵⁸, 1979: establece en el artículo 2¹⁵⁹, que los DDHH deben ser garantizados sin discriminación, basándose en el principio de igualdad. Esto implica que los DDHH no son discrecionales y los Estados no pueden justificar su no promoción o protección por motivos económicos,

¹⁵⁴ Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General de la ONU en su Resolución 2200 A (XXI), del 16 de diciembre de 1966. Entró en vigor el 3 de enero de 1976. México lo ratificó en 1981.

¹⁵⁵ Art. 2.2.: “Los Estados Partes en el presente Pacto se comprometen a garantizar el ejercicio de los derechos que en él se enuncian, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social”.

¹⁵⁶ Art. 3º: “Los Estados Partes en el presente Pacto se comprometen a asegurar a los hombres y a las mujeres igual título a gozar de todos los derechos económicos, sociales y culturales enunciados en el presente Pacto”.

¹⁵⁷ Art. 12:1. “Los Estados Partes reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. 2.2.: “Entre las medidas que deberán adoptar [...] figurarán las necesarias para: a) la reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil [...]”. “d) la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”.

¹⁵⁸ Adoptada y abierta a la firma y ratificación, o adhesión, por la Asamblea General de la ONU, en su Resolución 34/180, del 18 de diciembre de 1979. Entrada en vigor el 3 de septiembre de 1981. México ratificó en 1981.

¹⁵⁹ Art. 2: “Los Estados Partes condenan la discriminación contra la mujer en todas sus formas, convienen en seguir [...] una política encaminada a eliminar la discriminación contra la mujer y, con tal objeto [...]”.

religiosos o culturales, entre otros. En su artículo 12¹⁶⁰, establece el derecho a la salud. En la Recomendación General N° 24, que amplía y detalla la interpretación del contenido del artículo 12, el Comité CEDAW exige que los Estados parte, se abstengan de poner trabas a las medidas adoptadas por la mujer, para conseguir sus objetivos en materia de salud. Además, los Estados parte deben garantizar a la mujer servicios apropiados, en relación con el embarazo, el parto y el puerperio, proporcionando servicios gratuitos. Y agrega, que se debe tener especial cuidado en la atención de la mujer en zonas rurales, para poder acceder a servicios médicos adecuados.

- Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes¹⁶¹, 1989: en el artículo 25 aborda el derecho a la salud de los pueblos, a través de la adaptabilidad de los servicios de salud a las condiciones geográficas y culturales de los pueblos y a que se promueva el empleo de esos servicios ofrecidos.
- Convención sobre los Derechos del Niño¹⁶², 1989: establece el derecho a la salud de los niños y las madres, en el artículo 24 inciso d¹⁶³.
- Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares¹⁶⁴, 1990: establece en su artículo

¹⁶⁰ Art. 12.1.: “Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familiar”. Art. 12.2.: “[...] los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia”.

¹⁶¹ Adoptado el 27 de junio de 1989. entrada en vigor el 5 de septiembre de 1991. México ratificó en 1991.

¹⁶² Adoptada el 20 de noviembre de 1989. Entrada en vigor, el 2 de septiembre de 1990. México ratificó el 21 de septiembre de 1990.

¹⁶³ Art. 24 inciso d): “Los Estados parte reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y [...]”. d) “Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal, apropiada a las madres”.

¹⁶⁴ Aprobada por la Asamblea General el 18 de diciembre de 1990. Entró en vigor en el año 2003. México ratificó el 8 de marzo de 1999.

28¹⁶⁵, el derecho a la atención médica de los migrantes y familiares y en su artículo 45 reconoce el acceso a los servicios de salud de los trabajadores migrantes, que hayan satisfecho los requisitos establecidos por el Estado, para la participación en los planes correspondientes.

- Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales¹⁶⁶, 2008: el instrumento le da competencia al Comité del DESC para recibir y examinar comunicaciones presentadas por personas o grupos de personas que se hallen bajo jurisdicción de un Estado parte y que aleguen ser víctimas de una violación de cualquiera de los DESC. El Comité DESC realizaría un dictamen sobre la comunicación, junto con sus recomendaciones, si las hubiere.

4.1.1.2. Sistema Interamericano:

- Convención Americana sobre DDHH, Pacto de San José de Costa Rica, 1969¹⁶⁷: estipula el derecho a la no discriminación en su artículo 1¹⁶⁸, el derecho a la vida en el artículo 4¹⁶⁹, a la integridad física en el artículo 5¹⁷⁰ y los derechos sociales, como es el derecho a la salud, en su artículo 26¹⁷¹.

¹⁶⁵ Art. 28: “Los trabajadores migratorios y sus familiares tendrán derecho a recibir cualquier tipo de atención médica urgente que resulte necesaria para preservar su vida o para evitar daños irreparables a su salud en condiciones de igualdad de trato con los nacionales del Estado de que se trate. Esa atención médica de urgencia no podrá negarse por motivos de irregularidad en lo que respecta a la permanencia o al empleo”.

¹⁶⁶ Adoptado el 10 de diciembre de 2008, por Resolución A/RES/63/117. Su entrada en vigor se dará, tal como lo establece el artículo 18, tres meses después de la fecha de depósito en poder del Secretario General de la ONU, del décimo instrumento de ratificación o de adhesión.

¹⁶⁷ Adoptado el 22 de noviembre de 1969, por la Secretaría General de la OEA. Entrada en vigor el 18 de julio de 1978. México ratificó el 2 de marzo de 1981.

¹⁶⁸ Art. 1º: “Los Estados partes se comprometen a respetar los derechos y libertades...sin discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma [...]”.

¹⁶⁹ Art. 4º: Toda persona tiene el derecho a que se respete su vida [...]”.

¹⁷⁰ Art. 5º: “Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral [...]”.

¹⁷¹ Art. 26: “Los Estados partes se comprometen a adoptar providencias... para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos que se derivan de las normas económicas, sociales [...]”.

- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer- Belem do Para, 1994¹⁷²: establece el derecho a la vida y a la protección de todos los DDHH de las mujeres, en su artículo 4¹⁷³, el derecho a la no discriminación en el artículo 6¹⁷⁴ y el artículo 9¹⁷⁵, que protege a la mujer embarazada de todo tipo de violencia, cuando se encuentra en situación de vulnerabilidad, por ejemplo, cuando está embarazada. No recibir la sangre a tiempo para una transfusión, es sin duda también, un tipo de violencia.

- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre DDHH en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador), 1988¹⁷⁶: los Estados miembros reconocen en el artículo 10¹⁷⁷, la salud como un bien público y así se obligan entre otras cosas, a satisfacer las necesidades de salud reproductiva de los grupos de más alto riesgo y aquellos cuya pobreza los coloca en situación de especial vulnerabilidad.

¹⁷² Aprobada el 6 de septiembre de 1994, por la Secretaría General de la OEA. Entrada en vigor el 3 de mayo de 1995. México la ratificó el 19 de junio de 1998.

¹⁷³ Art. 4º: *“Toda mujer tiene derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos y a las libertades consagradas por los instrumentos regionales e internacionales sobre derechos humanos. Estos derechos comprenden, entre otros: a) el derecho a que se respete su vida, b) el derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral”.*

¹⁷⁴ Art. 6º: *“el derecho de toda mujer a una vida libre de violencia incluye, entre otros: a) el derecho de la mujer a ser libre de toda forma de discriminación”.*

¹⁷⁵ Art. 9: *“[...] los Estados Partes tendrán en cuenta la situación de vulnerabilidad a la violencia que pueda sufrir la mujer en razón de su raza, condición étnica, migrante [...] En igual sentido se considerará a la mujer que es objeto de violencia cuando está embarazada...”.*

¹⁷⁶ Adoptado el 17 de noviembre de 1988, por la Secretaría General de la OEA. Entrada en vigor el 16 de noviembre de 1999. México ratificó el 8 de marzo de 1996.

¹⁷⁷ Art. 10: *“Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social... Los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público [...]”.*

4.1.2. LEGISLACIÓN NO VINCULANTE

4.1.2.1. Sistema Universal:

- Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948¹⁷⁸: establece el derecho de igualdad en su artículo 1º¹⁷⁹, el derecho a la no discriminación en el 2.1.¹⁸⁰, el derecho a la vida en el artículo 3º¹⁸¹ y el derecho a la salud en el artículo 25.1 y 25.2.¹⁸².
- Declaración sobre el Derecho al Desarrollo¹⁸³, 1986: se considera al desarrollo como un derecho humano inalienable y lo define como un proceso global económico, social, cultural y político, que tiende al mejoramiento constante del bienestar de toda la población. Establece además, en su Preámbulo¹⁸⁴ el derecho a la no discriminación y en el artículo 8¹⁸⁵, la necesidad de que los Estados adopten medidas para garantizar a todas las personas la igualdad de

¹⁷⁸ Adoptada y proclamada por la Resolución de la Asamblea General 217 A (iii), del 10 de diciembre de 1948.

¹⁷⁹ Art. 1º: “*Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos [...]*”.

¹⁸⁰ Art. 2.1.: “*toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición*”.

¹⁸¹ Art. 3º: “*Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona*”.

¹⁸² Art. 25.1: “*Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar [...]*”. Art. 25.2. “*La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales [...]*”.

¹⁸³ Adoptada por la Asamblea General de la ONU, en su Resolución 41/128, del 4 de diciembre de 1986.

¹⁸⁴ Preámbulo, párrafo 8º: “*Consciente de la obligación de los Estados, en virtud de la Carta, de promover el respeto universal y la observancia de los derechos humanos y las libertades fundamentales para todos, sin distinción de ninguna clase por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, situación económica, nacimiento u otra condición*”.

¹⁸⁵ Art. 8: 1.: “*Los Estados deben adoptar, en el plano nacional, todas las medidas necesarias para la realización del derecho al desarrollo y garantizarán, entre otras cosas, la igualdad de oportunidades para todos en cuanto al acceso a los recursos básicos, la educación, los servicios de salud, los alimentos, la vivienda, el empleo y la justa distribución de los ingresos. Deben adoptarse medidas eficaces para lograr que la mujer participe activamente en el proceso de desarrollo. Deben hacerse reformas económicas y sociales adecuadas con objeto de erradicar todas las injusticias sociales*”.

oportunidades en el acceso a los recursos básicos, la educación, los servicios de salud, entre otros.

- Conferencia Mundial de DDHH de Viena, 1993: el mismo establece que el principio de universalidad de los DDHH, significa que todos los seres humanos tienen derechos inherentes a su humanidad, por lo tanto, las mujeres están incluidas. Además, surge de ese documento, que los Estados tienen el deber de promover, respetar, proteger y garantizar todos los DDHH de las mujeres, incluyendo los sexuales y reproductivos.
- Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), El Cairo, 1994: es en esta Conferencia donde se acuña el término de *derechos reproductivos*. Los Estados parte reconocen que la salud sexual y reproductiva, es fundamental para las personas y en la misma se sitúa a la mujer, en el centro de un planteamiento integral de la reproducción. Además, se asumió que la salud sexual y reproductiva debía entenderse en el marco de los DDHH, desde una perspectiva de género. Así, el programa de acción de la Conferencia, en su principio N° 8, establece que toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y los Estados deberían adoptar todas las medidas apropiadas, para asegurar el acceso universal a los servicios de atención médica, incluidos los relacionados con la salud reproductiva. Luego, en el capítulo VII, párrafo 7.2, establece que la salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, lo cual indica que debe ser sin riesgos, para lo cual las mujeres deben tener el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud. Más adelante, en el párrafo 7.3., se manifiesta que los derechos reproductivos abarcan ciertos DDHH, que ya están reconocidos en leyes nacionales, en documentos internacionales sobre DDHH y han sido aprobados por consenso internacional.
- Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 1995: se aprobó por consenso, que los DDHH de la mujer, incluyen la salud sexual y reproductiva. Además, se señala que los DDHH reconocidos en instrumentos internacionales, incorporan los derechos reproductivos, lo cual incluye el derecho a no morir por parto o embarazo.

- Objetivos de Desarrollo del Milenio, 2000: en relación al objetivo N° 5, acerca de mejorar la salud materna, entre 2000 y 2004 México disminuyó este indicador en 2,5%. Sin embargo, esta mejora no es suficiente, pues para alcanzar la meta, se requiere reducir la mortalidad materna a un ritmo promedio anual de al menos 6,5%. Algunas de las deficiencias en la atención hospitalaria asociadas con la mortalidad materna en México son: resistencia de los especialistas para trabajar en zonas de bajo desarrollo; provisión insuficiente de líquidos intravenosos; demora en la provisión de expansores de volumen y hemoderivados y un frágil desarrollo de la red roja en todo el país¹⁸⁶.

4.1.2.2. Sistema Interamericano:

- Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre¹⁸⁷: establece el derecho a la vida en su artículo 1¹⁸⁸, el derecho a la igualdad y no discriminación en el artículo 2¹⁸⁹, el derecho de protección a la maternidad y a la infancia en el artículo 7¹⁹⁰ y el derecho a la salud en su artículo 11¹⁹¹.

4.2. INSTRUMENTOS JURÍDICOS NACIONALES

Tal como se mencionara con anterioridad, México cuenta con una serie de instrumentos jurídicos en el ámbito de la salud en general y de la atención materna y transfusión sanguínea en particular, que lo hace responsable de garantizar la

¹⁸⁶ PNUD, "Objetivos de Desarrollo del Milenio en México: información de avance 2006", disponible en: www.undp.org.mx/odm.aspx

¹⁸⁷ Aprobada en la Novena Conferencia Internacional Americana, Bogotá, Colombia, 1948.

¹⁸⁸ Art. 1º: "Todo ser humano tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona".

¹⁸⁹ Art. 2º: "Todas las personas son iguales ante la ley y tienen derechos y deberes consagrados en esta declaración, sin distinción de raza, sexo, idioma, credo ni otra alguna".

¹⁹⁰ Art. 7º: "Toda mujer en estado de gravidez en época de lactancia, así como todo niño, tienen derecho a protección cuidados y ayuda especiales".

¹⁹¹ Art. 11º: "Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad".

universalidad de acceso a los servicios de atención de la salud. Esto incluye a todas las mujeres, independientemente de su condición social y posición económica. Se concluye así, que en términos jurídicos, están dadas las condiciones para que tantas muertes evitables dejen de ocurrir, sin embargo, en la práctica, se sigue vulnerando el derecho a la vida, a la igualdad y no discriminación y a la salud.

En México existen diversos problemas de naturaleza estructural del sistema de salud pública, que provocan violaciones a los DDHH. Algunos de ellos son: la discriminación o exclusión en el acceso a los servicios, negación o postergación de la atención, falta de insumos y equipo y disminución de la calidad de los servicios. Además, las cuotas de recuperación también son un mecanismo de exclusión de la población muy pobre y atenta contra el principio de gratuidad del sistema. Algunos indicadores muestran la insuficiencia de presupuesto y el desmantelamiento de las instalaciones de salud: el indicador de médico por cada mil habitantes ha disminuido a partir de 1995, del mismo modo que las camas censables por cada mil habitantes. La oferta de los servicios de salud en México muestra una gran segmentación, que responde a la desigualdad que prevalece en la sociedad. De hecho, existen servicios privados cuyo nivel tecnológico y de calidad es equiparable a los mejores del mundo y los mejores servicios de salud, tanto públicos como privados, se concentran en las grandes ciudades¹⁹².

Algunos de los obstáculos estructurales que señala el diagnóstico de la OACNUDH de México, se encuentra en la falta de integración operativa y de infraestructura de los servicios de las distintas instituciones públicas, la alta ineficiencia en el uso de los recursos y la discriminación en la atención, sobre todo de la población no derechohabiente. Algunas de las razones es la insuficiencia de recursos del sector salud, cuyo nivel de porcentaje de PIB ubica a México por debajo de gran cantidad de países latinoamericanos y esto lleva a un desmantelamiento de la infraestructura que se deriva del retiro del Estado de diversas responsabilidades y además, la obsolescencia de infraestructura y equipamiento.

¹⁹² OACNUDH de México, "Diagnóstico sobre la situación de los Derechos Humanos en México", México, 2003.

Toda la población es o tiene el potencial de ser usuario de los servicios de salud, sin embargo, hay evidencias de que sus derechos se violan constantemente en México. La principal violación es la falta de atención médica oportuna y eficaz. De hecho, en promedio la población espera más de 4 días para obtener una cita de primer contacto; más de 9 días para poder ver un especialista y 4 días para ingresar a un hospital. La situación se complica debido a la ausencia o mala distribución del personal médico. Otra violación es la accesibilidad física: 18 millones de mexicanos viven en localidades rurales dispersas sin unidades fijas de atención; 100 localidades mayores de 20 mil habitantes, distribuidas en 24 Estados, no cuentan con servicios médicos de segundo nivel y casi 2.000 comunidades en el norte del país están a más de 100 km de distancia de la unidad de segundo nivel más cercana.

Otro problema son los altos costos de atención y se estima que los pacientes cubren el 52% de los gastos en salud de su bolsillo. Así, cada año, casi 3 millones de hogares usan más de la tercera parte de su ingreso disponible para financiar la atención en salud. Se puede esperar que lamentablemente, con la actual crisis mundial, esta situación se degrade aún más.

Las pacientes embarazadas sufren una grave violación de sus derechos, de hecho, sólo 6 de cada 10 partos se atienden en instituciones de salud y más del 20%, se atienden en los hogares. El 25,3% de la población mexicana vive en localidades rurales, donde 44% de los partos son atendidos por parteras tradicionales¹⁹³

4.3. INSTRUMENTOS JURÍDICOS ESTATALES

Al cruzar los instrumentos jurídicos existentes en el ámbito de la salud, atención materna y transfusión sanguínea de los Estados de Chiapas y Oaxaca, con los datos concretos de la realidad de tantas mujeres, se observa que estarían dadas las condiciones para que estos Estados garanticen el derecho a la vida, igualdad y

¹⁹³ OACNUDH de México, “Diagnóstico sobre la situación de los Derechos Humanos en México”, *op. cit.*

no discriminación y a la salud de esas mujeres y sin embargo, en la práctica esto no ocurre.

No se observa lo mismo en el Estado de Guerrero, ya que es importante destacar que en su Ley de Salud, no se encontró un apartado acerca de la disposición de sangre, ni la transfusión sanguínea y tal como se señalara con anterioridad, la misma no cuenta con una perspectiva de género, lo cual hace que de partida, se excluya a las mujeres desde el discurso.

En la normativa vigente de los tres Estados, hay una serie de expresiones de buena voluntad, entre ellas: la prolongación y mejoramiento de la vida humana; la atención médica preferentemente a grupos vulnerables; la promoción de la formación de recursos humanos; el acceso a los servicios de salud permanente de **toda** la población; la disposición de sangre para transfusiones; la universalización y gratuidad de cobertura médica; y la prioridad de la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.

Pero por algunas razones que exceden la información adquirida para esta investigación, no se observa lo dictaminado y encontramos en estas tres entidades federativas, un conjunto de incumplimientos de derechos de las mujeres embarazadas, que llevan a consecuencias dramáticas e irremediables.

CAPÍTULO 5

VENTANAS DE OPORTUNIDAD

5.1. EXIGIBILIDAD Y JUSTICIABILIDAD:

De acuerdo a un documento de la OACNUDH¹⁹⁴, las estrategias dirigidas a lograr una mayor protección de los DESC, deben ser multidimensionales e incluir medidas jurídicas, administrativas, financieras, presupuestarias, educativas y sociales. A pesar de la inclusión de los DESC en tratados jurídicamente vinculantes, en la práctica se pone menos énfasis en la protección jurídica. Esto marca la necesidad de fortalecer la implementación de estos derechos y de traducir en hechos concretos, la afirmación política de la interdependencia de los DDHH, a través de la protección jurídica de los DESC.

De hecho, son fuente de prestaciones impuestas por la ley y de obligaciones jurídicamente vinculantes y es cada vez mayor, su incorporación en las constituciones y leyes nacionales. Pero queda mucho por hacer para garantizar estos derechos de *jure* y de *facto*.

La exigibilidad es un proceso social, político y jurídico, que tiene como objeto el cumplimiento de los derechos, en este caso, los sociales. La tarea de *advocacy*¹⁹⁵ que realiza la sociedad civil en relación con los DDHH, es un modo eficaz de exigibilidad política y social. Esta consiste en la incidencia en políticas públicas, la movilización social y el impulso de leyes. Tal como manifiesta Jon Elster¹⁹⁶, la acción

¹⁹⁴ OACNUDH, "Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los DDHH sobre cuestiones sociales y de derechos humanos", Ginebra, 21 de junio de 2006.

¹⁹⁵ *Advocacy*: del inglés, abogar en defensa de bienes colectivos. Significa el desarrollo de actividades de incidencia en políticas públicas, que son acciones destinadas a lograr cambios en la esfera pública llevadas a cabo por diferentes sectores de la sociedad, para activar derechos y construir una comunidad más inclusiva y equitativa. Las políticas públicas son el conjunto de objetivos y toma de decisiones, que desarrolla un gobierno para dar solución a problemas de los ciudadanos (Foro del Sector Social, "Manual de participación e incidencia para organizaciones de la sociedad civil", Tema Grupo Editorial, Buenos Aires, 2004).

¹⁹⁶ Elster, J. (1991). *El cemento de la sociedad. Las paradojas del orden social*", Barcelona, Gedisa.

colectiva evita la desintegración de la sociedad y algunos ejemplos de acción colectiva son: mantener limpios los lugares públicos, votar, pagar impuestos, donar sangre. El problema de la acción colectiva es la indiferencia, pues el ser humano tiende a desentenderse de todo.

La sociedad civil organizada tiene una fuerza irrefrenable cuando se trata de defender algún derecho que se relaciona con su misión y visión, es decir, el propósito por el cual esas organizaciones fueron creadas. Este anhelo es el elemento constitutivo de la sociedad civil que trabaja en pos de una causa, pues sin el, quedaría vacía de contenido. Es su objeto lo que le da la fuerza, la convicción y la vehemencia.

Según Niklas Luhman¹⁹⁷, los movimientos sociales desarrollan una dinámica de protesta que expresan insatisfacción, ofensas y perjuicios. Si bien no son una oposición política que quisiera asumir el gobierno, se convierten en un desafío para las autoridades, a través de una acción colectiva. Son redes horizontales y creativas, con gran impacto informativo.

Esta sociedad civil organizada, desarrolla lo que se ha dado en llamar “*lobby cívico*”, que representa el esfuerzo o la presión por influir en las ideas o acciones de las y los decisoras/es públicas/os. Este se realiza a través del Poder Legislativo, del Poder Ejecutivo, o del Poder Judicial.

La incidencia en el Poder Legislativo, consiste en la identificación de temas con ausencia de regulación jurídica, para lo cual se hacen propuestas de proyectos de ley, sobre los cuales se desarrolla un seguimiento exhaustivo hasta que se logra la sanción de la misma.

¹⁹⁷ Luhman, N. (1998). *Sociología del riesgo*, Triana Ediciones, México.

La incidencia en el Poder Ejecutivo, se lleva a cabo por medio de la reglamentación de las leyes, la inclusión de la temática en la agenda pública y su implementación, a través de la creación de programas y proyectos a nivel nacional.

La incidencia en el Poder Judicial, consiste en identificar un caso de violación de algún derecho y realizar el correspondiente reclamo ante la justicia. Es importante mencionar un caso emblemático en México, sobre reclamo del derecho a la salud: el juicio de amparo solicitado por la comunidad Mini Numa del Estado de Guerrero, el 9 de noviembre de 2007, por habersele negado el derecho al acceso a la salud. El juez en su sentencia del 11 de julio de 2008, falla a favor de los damnificados y en contra de las autoridades ejecutivas de Guerrero. El caso es representativo de la presión ejercida por la comunidad, al llevarlo a la justicia.

La cohesión social es la capacidad de una sociedad para asegurar el bienestar de todos sus miembros, minimizando las disparidades y evitando la polarización. Una sociedad cohesionada, es una comunidad de individuos libres que se apoyan mutuamente, para perseguir objetivos comunes, a través de medios democráticos¹⁹⁸. Esta visión compartida, permite el establecimiento de consensos sobre las políticas públicas y hace que aumenten las posibilidades de éxito del problema que se aborde.

México cuenta con pocas organizaciones de la sociedad civil, que trabajan por la donación voluntaria de sangre. Una de ellas, quizá la más reconocida, es “Con ganas de vivir Asociación Civil (A.C.)”¹⁹⁹. Su misión es ofrecer al paciente oncológico, la mejor oportunidad y la mejor calidad de vida y uno de sus programas consiste en el reclutamiento de donantes voluntarios de sangre y plaquetas, a fin de asegurar la disponibilidad y el acceso a transfusiones de pacientes que no cuentan con personas en su entorno para este fin. Los donantes son conducidos a los diferentes hospitales y clínicas donde se encuentra el o la paciente necesitado de transfusión.

¹⁹⁸Consejo de Europa, Comité Europeo para la Cohesión Social (www.coe.int).

¹⁹⁹ www.conganas.org.mx

A fin de ilustrar un posible modo de exigibilidad política y social, se puede pensar en un caso concreto a realizarse en torno a la temática de donación voluntaria de sangre, para lograr que haya sangre suficiente para atender las necesidades de las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio. En realidad, la mortalidad materna sería el vector que permitiría que indirectamente se beneficie otra población que precisa una transfusión sanguínea, que tal como se señalara en la Introducción, el universo es amplio. En México se requieren más de 6.000 unidades de sangre por día²⁰⁰ y la modalidad de donación habitual es de reposición. Esta modalidad representa en México el 96% de las donaciones de sangre. En cambio, la modalidad imperante en los países centrales es voluntaria, es decir, que hay una masa crítica que ha tomado conciencia de la necesidad del otro y un par de veces al año, dona sangre por *motu* propio. Esto hace que pacientes y familiares tengan una mejor calidad de vida, ya que se evita la fuerte movilización que requiere conseguir donantes en una emergencia. Por otro lado, aumenta la seguridad transfusional, debido a que la única motivación de estos donantes es el altruismo y no darán información falsa acerca de su estado de salud y finalmente, disminuyen los costos, ya que raramente la sangre proveniente de un donante voluntario es descartada y esto permite un ahorro en términos de material y recursos humanos.

Una posibilidad de incidencia directa, consiste en que la sociedad civil trabaje junto al Estado federal, para lograr que el 100% de las donaciones provengan de donantes voluntarios. Para esto, es necesario generar un cambio en la cultura y la mejor vía es a través de la educación sobre las nuevas generaciones: niñas, niños y jóvenes. Para ello, se puede utilizar la fecha ya existente en que se celebra el día mundial del donante voluntario de sangre, cada 14 de junio, e incluirlo en el calendario escolar, como jornada de reflexión sobre la temática, en los niveles pre-escolar, primario, secundario y preparatorias. Esto permitiría difundir la información cada año entre niños de 5 a 17 años y así, cuando cumplieran 18²⁰¹, pasarían al acto de la donación como un gesto natural. Es necesario realizar un trabajo coordinado

²⁰⁰ Fuente: Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea de México, Secretaría de Salud, 2008.

²⁰¹ 18 años es la edad permitida por ley para poder empezar a donar sangre.

con las legislaturas y las secretarías de educación estatales, para poner en marcha el mismo proceso.

También debe destacarse la importancia de la cooperación internacional, en el marco de la transfusión sanguínea. Esta puede desarrollarse en términos de asistencia técnica, capacitación y financiamiento de acciones y equipamiento. Un ejemplo de ello es la tarea que desarrolla el Establecimiento Francés de Sangre (EFS)²⁰², en diferentes regiones del mundo: África, América Latina, Asia y Europa del Este. En México el EFS inició una cooperación con el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea en el año 2007, en el que se desarrollaron una serie de actividades dirigidas a médicos especialistas, cuyo principio rector fue la donación voluntaria de sangre.

En cuanto a la justiciabilidad, hay que tener en cuenta que todo derecho supone una serie de obligaciones tanto positivas, como negativas, por parte del Estado. Esto significa que incluso los DESC, son susceptibles de tutela judicial. Sin embargo, tal como manifiestan Abramovich y Courtis²⁰³, hay varios obstáculos que ha enfrentado históricamente la exigibilidad judicial de estos derechos.

Algunos de estos obstáculos a tener en cuenta a la hora de considerar el litigio judicial como forma de protección de los DESC, son:

- Problemas de determinación de la conducta debida: significa la falta de especificación concreta del contenido de estos derechos, es decir, que resulta complejo conocer la medida exacta de las prestaciones o abstenciones debidas. Las Observaciones Generales del Comité DESC, suponen la especificación del contenido de los diferentes derechos sociales y estas

²⁰² Establecimiento Francés de Sangre (www.dondusang.net): organismo dependiente del Ministerio de Salud de Francia que posee el monopolio de la sangre en el país y reagrupa todos los Centros de Transfusión Sanguínea de Francia, como estructura nacional única e independiente del medio hospitalario. Su misión consiste en manejar el servicio de transfusión pública, buscando la satisfacción de las necesidades en materia de productos sanguíneos y adaptando la actividad transfusional a las evoluciones médicas, científicas y tecnológicas, respetando los principios éticos.

²⁰³ Abramovich, V. y Courtis, C. *op. cit.*

representan de alguna manera, el núcleo duro del derecho descrito, el cual no puede violarse bajo ningún punto de vista.

- Auto restricción del Poder Judicial frente a cuestiones políticas y técnicas: a la hora de la reparación de una violación de DESC y cuando esta implique poner en juego recursos presupuestarios, los jueces suelen considerar que es competencia de los órganos políticos. Sin embargo, es necesario aclarar que los jueces no sustituyen a los poderes políticos en la elección de una política pública determinada, sino que examinan la idoneidad de las medidas elegidas, para lograr la satisfacción de los derechos.
- Ausencia de mecanismos procesales adecuados para la tutela de los DESC: las acciones judiciales tipificadas por el ordenamiento jurídico, han sido pensadas para la protección de los derechos civiles y políticos y no de los DESC, pues estos últimos están asociados únicamente a acciones positivas del Estado.
- Escasa tradición de control judicial en la materia: este es un obstáculo de índole cultural, no hay tradición de exigencia de estos derechos y existe una suerte de menosprecio a las normas que los instituyen. No olvidemos que en la jerga jurídica, los DESC se denominan derechos de “segunda” generación. Esto provoca una falta de percepción de la violación de los DESC, en términos de violación de derechos por las mismas víctimas y dirigen así su lucha, hacia otras estrategias de reclamo, como la protesta pública y las campañas de divulgación, entre otras.

Pero tal como se mencionara en el Capítulo 1, la Observación General N° 3 del Comité DESC al párrafo 1 del artículo 2 del Pacto²⁰⁴, establece que no sólo se trata de obligaciones de resultado, sino también de obligaciones de comportamiento por parte de los Estados, es decir, de las medidas adoptadas. Si bien el PIDESC contempla una realización progresiva de los derechos y tiene en cuenta las

²⁰⁴ Párrafo 1, artículo 2 PIDESC: “Cada uno de los Estados Parte en el presente Pacto se compromete a adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos”.

restricciones derivadas de la limitación de recursos de los Estados, también impone varias obligaciones con efecto inmediato, como por ejemplo las garantías de no discriminación, para el goce de los DESC. La adopción de medidas deben realizarse en un plazo razonablemente breve, tras la entrada en vigor del Pacto y deben ser concretas y orientadas lo más claramente posible, hacia la satisfacción de las obligaciones.

Al especificar *“todos los medios apropiados”*, se refiere a la adopción de medidas legislativas, aunque por supuesto, estas no agotan las obligaciones de los Estados. Otras medidas apropiadas, son el acceso a recursos judiciales en lo que respecta a los derechos, es decir, que los mismos puedan ser justiciables.

Si bien la plena efectividad de los DESC no podrá lograrse en un breve período de tiempo, los Estados tienen una obligación mínima, de asegurar la satisfacción de por lo menos niveles esenciales de cada uno de los derechos. Esto implica que cada derecho tiene un núcleo básico, que no debe violarse bajo ningún concepto. Es verdad que hay que tener en cuenta las limitaciones de recursos, pero para que los Estados puedan atribuir su falta de cumplimiento de las obligaciones mínimas, a una falta de recursos disponibles, los mismos deben demostrar que ha realizado todo esfuerzo para utilizar todos los recursos que están a su disposición, en un esfuerzo por satisfacer, con carácter prioritario, esas obligaciones mínimas. No obstante, aunque se demuestre que los recursos disponibles son insuficientes, sigue en pie la obligación de que el Estado se empeñe en asegurar el disfrute más amplio posible de esos derechos. Aún en tiempo de limitaciones graves de recursos, se puede y se debe proteger a los miembros vulnerables de la sociedad, mediante la adopción de programas de relativo bajo costo.

Así, la condición de justiciabilidad, requiere identificar las obligaciones mínimas de los Estados, en relación con los DESC. Y una vez exigido judicialmente un derecho, el poder judicial comunicará a los poderes políticos, el incumplimiento de sus obligaciones en materia de derechos sociales y se enfrentará a la correspondiente responsabilidad.

Según los autores, hay dos vías de exigibilidad de los DESC: la directa y la indirecta. La exigibilidad directa implica el reclamo judicial individual o colectivo, donde se demanda la omisión del Estado por no adoptar las medidas a las que se obligó en el PIDESC, como por ejemplo, no asegurar el acceso universal a asistencia médica. Y la justicia va a emplazar al Estado a realizar la conducta debida, que consiste en la reparación a la o las víctimas. Debe considerarse la gravedad e irreversibilidad de la lesión generada, como por ejemplo, la salud, de cuyo goce depende el ejercicio de casi todos los demás derechos.

En cuanto a la exigibilidad indirecta, esta comporta estrategias para proteger un derecho social, forzando su consideración en juicio, a través de varias vías. Se trata de aprovechar las posibilidades de justiciabilidad y los mecanismos de tutela que brindan otros derechos. Algunas de estas vías son:

- Principio de igualdad y prohibición de discriminación: esta obligación de los Estados de prohibir la discriminación, es aplicable en relación a cualquier derecho, incluyendo los DESC. Esto significa que se puede alegar discriminación de una persona o un grupo por ejemplo, en el acceso los servicios de salud.
- Debido proceso: es una crítica de las formas dispuestas por el Estado como condición de su afectación, o de su tutela judicial o administrativa. Esta noción puede ser empleada en cuanto al acceso a la justicia y recursos judiciales, a través de la denuncia de la omisión del Estado de garantizar el acceso a la justicia y los recursos judiciales para la tutela de los DESC. Esta es una obligación de los Estados. Sin embargo uno de los obstáculos centrales es la condición económica y social de los justiciables, en relación a los costos del proceso y la disponibilidad de la defensa pública gratuita para las personas sin recursos, lo cual es esencial para la exigibilidad de los DESC.
- Protección de los DESC a través de los derechos civiles y políticos: dada la interdependencia de los derechos, las violaciones de unos, afectan a los otros. Esta es una estrategia para reformular las obligaciones justiciables del Estado y emplear así, las vías de protección existentes para los derechos civiles y

políticos. Así, se traduce la violación de un DESC, en violaciones a derechos civiles y políticos conexos, cuya justiciabilidad no está puesta en duda. Para ello, resulta conveniente poner énfasis en las obligaciones positivas del Estado en materia de derechos civiles y políticos, como por ejemplo, el derecho a la vida.

Hay un caso de la Corte Suprema de la India²⁰⁵, que ilustra esta estrategia. Se trata acerca de un trabajador rural, que cae desde el tren y sufre serias lesiones en la cabeza, que incluyen hemorragia cerebral. El accidentado es trasladado sucesivamente a ocho instalaciones médicas, donde rechazan su internación hasta que finalmente, lo atienden más de 20 horas después del accidente. La falta de provisión de servicios médicos de urgencia en hospitales estatales, atenta contra el derecho fundamental a la vida de las personas. La Corte afirma que la provisión de instalaciones médicas adecuadas para la población, es una parte esencial de las obligaciones asumidas por el gobierno. El gobierno cumple con su obligación, administrando hospitales y centros de salud, que ofrezcan tratamiento médico a las personas que acudan a dichas instalaciones. La Constitución de la India impone al Estado, la obligación de salvaguardar el derecho a la vida de toda persona. Los hospitales gubernamentales y los médicos, están obligados a extender la asistencia médica para preservar la vida. El fracaso por parte del gobierno, en proveer a tiempo tratamiento médico a una persona que lo necesita, implica una violación a su derecho a la vida, garantizado por la Constitución. Al violarse ese derecho por denegar el tratamiento, el Estado no puede librarse de su responsabilidad por dicha denegación del derecho constitucional. Así, la Corte adopta las siguientes medidas: que deben existir instalaciones adecuadas en los centros de atención primaria para tratamiento primario inmediato; los hospitales deben ser mejorados; se debe establecer el adecuado sistema de ambulancias para transportar a pacientes, entre otras. Y concluye señalando que se requieren recursos económicos, pero proveer servicios médicos

²⁰⁵ Caso Paschim Banga NET Mazdoor Samity vs Estado de Bengal Occidental, Suprema Corte de Justicia, India, 5 de junio de 1996.

adecuados a la población, es una obligación constitucional del Estado, que no puede eludir sus obligaciones alegando limitaciones financieras.

También se puede utilizar el contexto socio-económico en el ejercicio de los derechos civiles y políticos, por ejemplo a través de una estrategia de problematización judicial de las barreras al goce de un derecho civil, derivadas de un contexto económico y social desfavorable.

A los Estados parte del PIDESC les corresponde una serie de medidas a adoptar, para proteger jurídicamente esos derechos y la primera, es su reconocimiento en el derecho interno, a través de la incorporación de las normas internacionales en el ordenamiento jurídico interno, es decir, en la constitución y en la legislación en general. Por otro lado, los Estados deben proveer de recursos judiciales en caso de violación de los DESC, a fin de asegurar la rendición de cuentas y la reparación. También puede tomar la forma de órdenes en las que se declare, que una política o un acto legislativo concreto, es incompatible con las obligaciones del Estado en relación con esos derechos y puede así, exigirles que tome medidas para garantizar que no se vuelva a producir la violación. Así, los tribunales están creando jurisprudencia en relación a los DESC. Pero no debemos olvidar, que los grupos más marginados no siempre están en situación de acceder a la justicia y obtener reparación en los tribunales.

Así, el respeto de los DESC es posible, únicamente si el titular está en condiciones de producir mediante una demanda, el dictado de una sentencia que imponga el cumplimiento de la obligación generada por su derecho.

V. CONCLUSIÓN Y PROPUESTA

Una frase del Dr. Mahmoud Fathalla, ex presidente de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), sintetiza la problemática de la que se ocupa este estudio: *“Las mujeres no se están muriendo a causa de enfermedades incurables, se están muriendo porque en ciertas sociedades aún no se ha decidido que vale la pena salvarles la vida”*.

En pleno siglo XXI, nos encontramos frente a un grave problema de inequidad social, a nivel mundial, producto del rezago, la desidia y el desinterés por parte del poder político.

De las más de 500 mil mujeres que mueren en el mundo al año, a causa de complicaciones del embarazo o del parto, 495 mil, se encuentran en los países en desarrollo y emergentes. Ellas mueren simplemente porque son pobres y por esa razón, no tienen acceso a un servicio de salud, como requiere todo ser humano.

A pesar de contar con los instrumentos jurídicos vinculantes de protección de DDHH a nivel internacional, regional y nacional, en países como México, las mujeres siguen muriendo por causas evitables. Cabe preguntarse si a los gobiernos les interesan esas mujeres. Casi todas son pobres, muchas de ellas indígenas, seguramente desocupadas en su mayoría, migrantes algunas y probablemente, una gran cantidad de ellas son analfabetas. Son muertes silenciosas y de bajo, bajísimo impacto mediático. Esas mujeres no cuentan y el poder las invisibiliza. Además, es casi seguro que esas mujeres no votan...

Obviamente no se trata de una política deliberada de los Estados, para exterminar una franja determinada de la población. Pero lo que está claro, es que dar una solución a estos problemas, a través de la inversión de recursos para que las mujeres dejen de morir por causas evitables, no tiene la rentabilidad política esperada por los gobiernos y a la hora de definir la asignación de las partidas presupuestarias, se priorizan otras temáticas que dan mayor visibilidad y rédito político.

De ahí que nos encontramos frente a un problema que sobrepasa al ámbito de la salud. Nos encontramos frente a un vergonzante problema social, humanitario y de corte netamente político. Pues su solución, surgirá solamente de la política.

La mayor parte de las muertes maternas que ocurren cada año en México, podrían evitarse bajo los estándares técnicos actuales. Pero tal como fuera indicado con anterioridad, una serie de profundas injusticias sociales, económicas, étnicas y de género, dan como resultado una inequidad de proporciones, en la calidad del sistema de salud mexicano. Basta con sólo tener en cuenta la epidemia de influenza A H1N1 que ha golpeado a México recientemente, la cual ha sacado a la luz las profundas deficiencias del sistema de salud pública. De acuerdo a cifras de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), la inversión de México en gasto público en salud asciende al 3% de PIB, mientras que el promedio de los países miembros de la OCDE alcanza el 6,4%. Esto seguramente se debe, entre otras cosas, a la política de privatización del sistema de salud mexicano, iniciado en el sexenio 1982-1988, que reforzó la desigualdad del acceso a los servicios de salud. En este contexto, nos podemos preguntar, si la lucha contra la mortalidad materna es realmente una prioridad para México...

Cabe señalar que al cierre de edición de la presente Tesis, no se logró contar con la respuesta a la Solicitud de Información Pública o de Acceso a Datos, realizada con suficiente antelación, al Instituto Federal de Acceso a la Información Pública (Nº de Folio: 0001200103509). La misma consistía en el envío del Cuadro Básico de Insumos para el primer nivel de salud y el Catálogo de Insumos para el segundo y tercer nivel, tal como lo establece la Ley General de Salud, los cuales son elaborados por el Consejo de Salubridad General de México. Esta información hubiera sido de gran utilidad, para conocer si los mencionados Catálogos incluyen unidades de sangre para transfusiones en los diferentes niveles de salud y poder así, definir si el grado de vulneración de los derechos de las mujeres que mueren por hemorragias durante o después del parto, es aún mayor. En caso de que las unidades de sangre no estén incluidas en esos Catálogos, es tal vez un indicador de insuficiencia de protección a su población, por parte del Estado mexicano.

La solución a este grave problema depende por un lado, de la presión que pueda ejercer la sociedad civil, en términos de exigibilidad y justiciabilidad, para que esto cambie, y por el otro, de la voluntad política del gobierno, para que ponga a disposición de esta causa, todos los recursos necesarios para poner fin a esta tragedia.

Una manera de lograr la justiciabilidad del derecho a una maternidad sin riesgos, es identificar un caso donde se haya violado el derecho a la salud con la muerte de una mujer, que al dar a luz, la falta de capacidad resolutive y de sangre en el servicio de salud, no permitieron el tratamiento exitoso de la hemorragia. El caso se podría llevar a la justicia por vía de un reclamo en tribunales nacionales y en caso de agotamiento de los recursos internos, en tribunales internacionales, por violación al derecho a la vida y por discriminación, ya sea por género o condición económica o social, según aplique. La base del reclamo consistiría en que no se aseguró la satisfacción del nivel esencial del derecho a la salud, lo cual sí es considerado una violación en todos los instrumentos jurídicos ya citados, tanto del sistema universal, del interamericano, como del mexicano. Esto sentaría precedente de acceso a un recurso judicial efectivo y su correspondiente reparación, y al mismo tiempo, establecería jurisprudencia que podría ser utilizada para casos similares en otros países, para exigir la inversión adecuada en transfusión sanguínea, brindando además, garantías de no repetición.

Así, contar con un sistema transfusional organizado y eficaz, capaz de responder a todas las necesidades acuciantes, podría evitar el 25% de la mortalidad materna, aquellas relacionadas con hemorragias. Esto implicaría una fuerte voluntad política por parte de los Estados, para invertir seriamente en transfusión sanguínea y construir un sistema que satisfaga las necesidades tanto cuantitativas, como cualitativas.

Sin embargo, teniendo en cuenta que de acuerdo a cifras oficiales, en México mueren aproximadamente 1.200 mujeres al año²⁰⁶, desde la óptica del poder político y de las y los tomadoras/es de decisiones, una persona podría cuestionar si vale la pena semejante inversión en el sistema transfusional, para salvar la vida de aproximadamente 300 mujeres. En ese caso, habría que preguntarse cuál es el precio de una vida humana, para poder decidir si vale la pena salvarla o no, sabiendo que además, favorecer a las mujeres embarazadas con sangre disponible, beneficiaría a un sinnúmero de hombres, niñas y niños que precisen una transfusión.

Creo importante, tomar conciencia y sumarse al movimiento mundial, conformado por organizaciones de la sociedad civil y militantes de Derechos Humanos, para reclamar a esos Estados por estas muertes, y ver el modo de ejercer la presión necesaria, para combatir esta catastrófica situación.

El proceso para lograr instalar un tema en la agenda pública o para garantizar el goce de los derechos, es sumamente lento y requiere de esfuerzos titánicos de exigibilidad. Pero es sólo a través de estos esfuerzos, aunque a veces sean pequeñas voluntades aisladas y diseminadas por el mundo, que se logran las grandes transformaciones sociales.

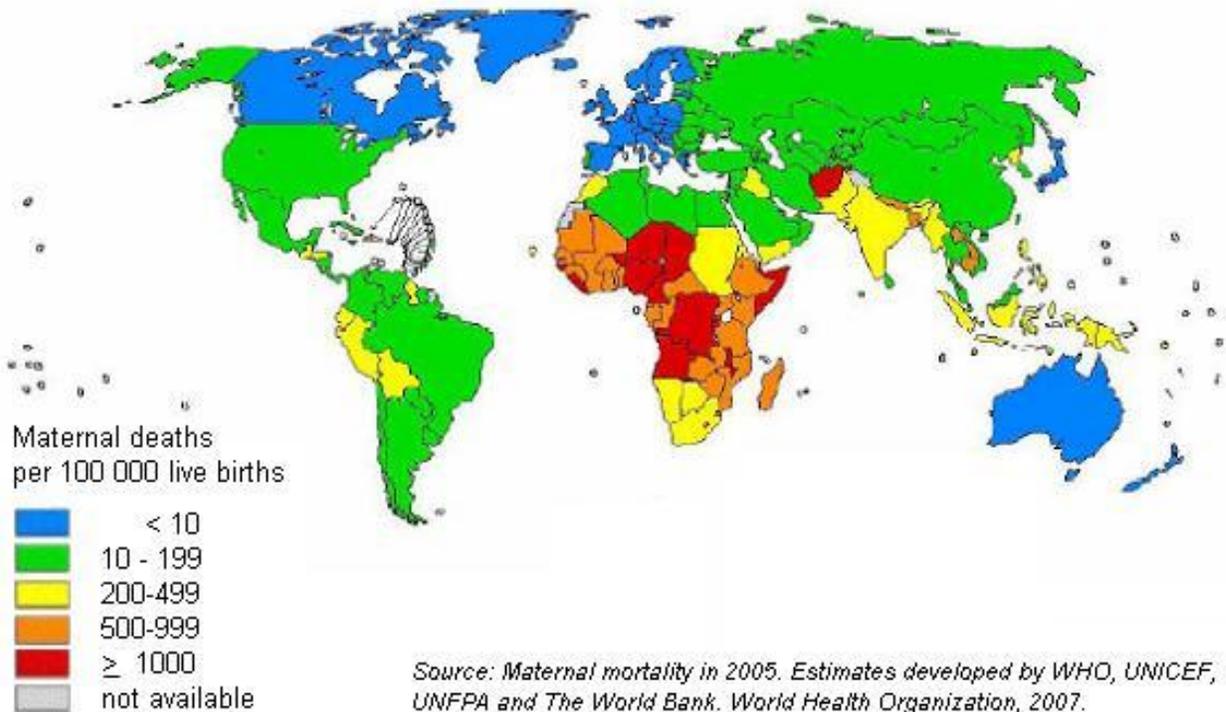
²⁰⁶ No obstante, cabe recordar, tal como se señalara con anterioridad, que un obstáculo para conocer datos precisos acerca de la mortalidad materna en México, es el subregistro existente de esas defunciones.

ANEXO

MORTALIDAD MATERNA A NIVEL GLOBAL EN 2005

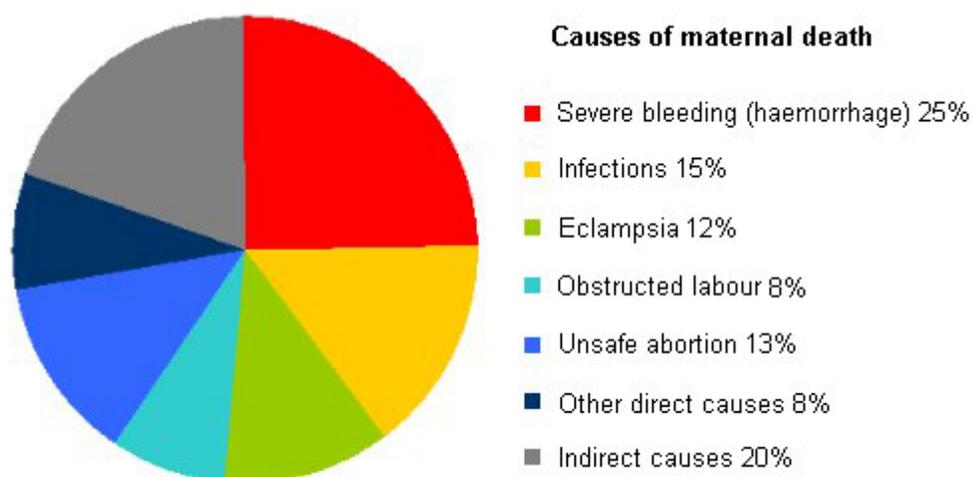
Fuente: OMS, UNICEF, UNFPA Y BANCO MUNDIAL

Maternal mortality ratio, by country, 2005



CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA A NIVEL GLOBAL, 2005

Fuente: OMS, UNICEF, UNFPA Y BANCO MUNDIAL

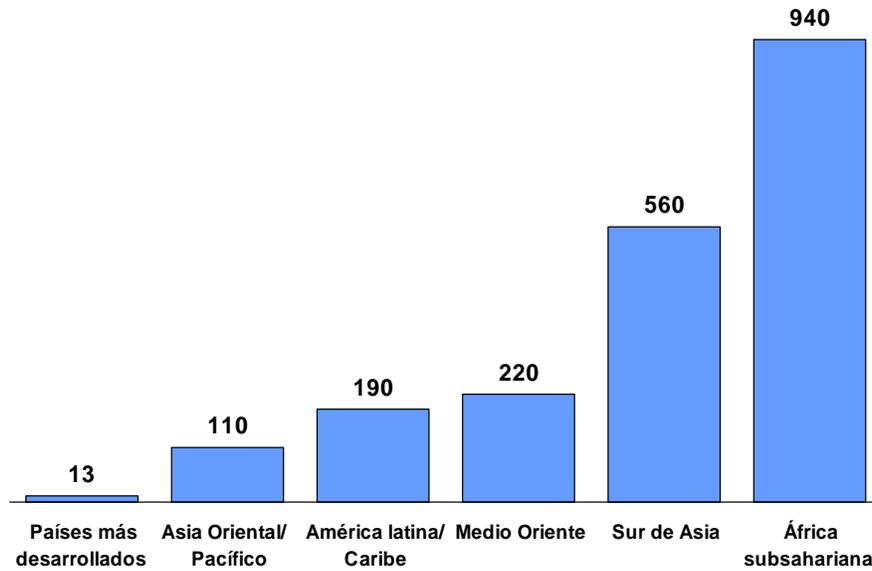


Source: *The World Health Report 2005. Make every mother and child count.* Geneva, World Health Organization, 2005.

Mortalidad materna, por región

Estimaciones para 2000

Muertes relacionadas con el embarazo y el parto por 100.000 nacidos vivos

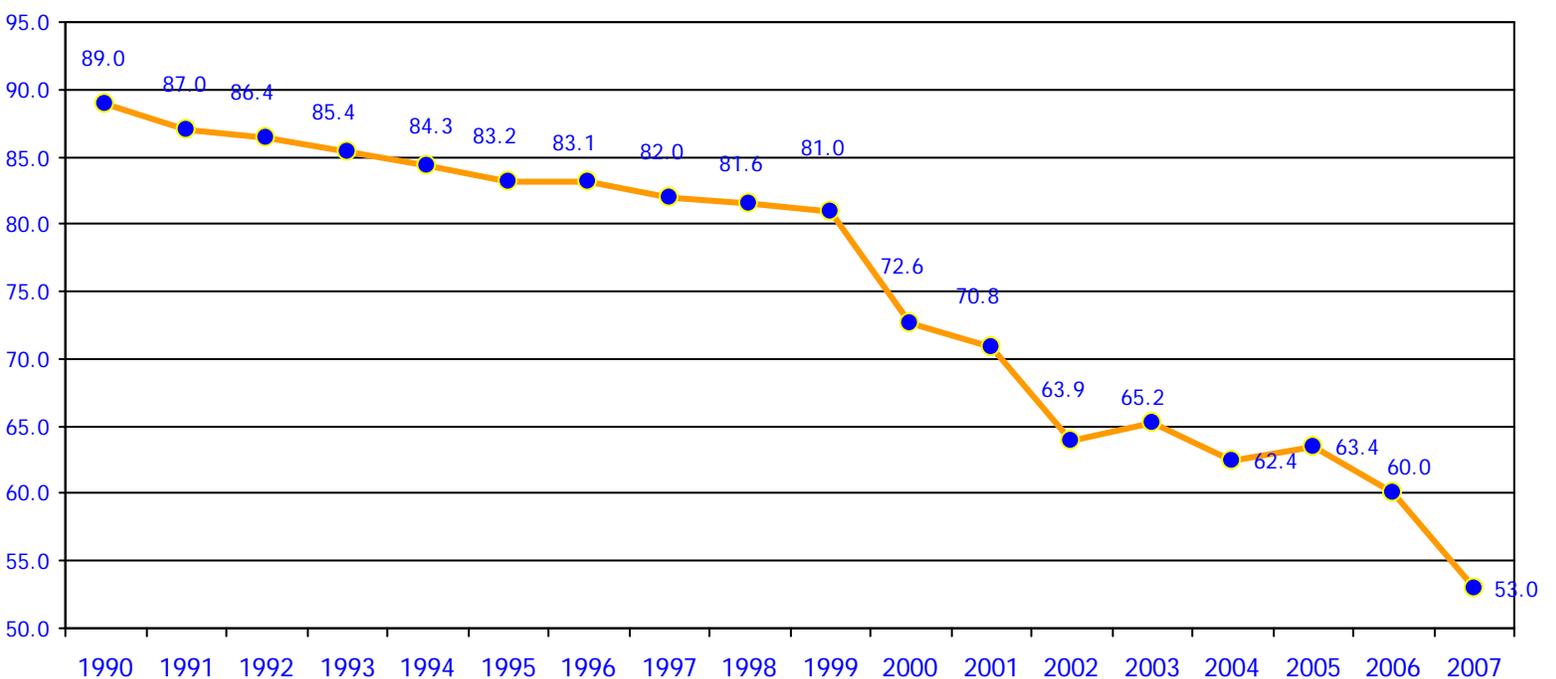


Fuente: OMS, *Mortalidad materna en 2000: estimaciones desarrolladas por la OMS, UNICEF y UNFPA*, 2003.

RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA EN MÉXICO (1990-2007)

La tendencia de la razón de muerte materna, ha tenido un descenso importante a partir del año 2000, ya que durante este periodo su decremento es mayor al 50 por ciento, desde 1990 al 2007.

Fuente: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud de México.



MORTALIDAD MATERNA EN MÉXICO EN 2007

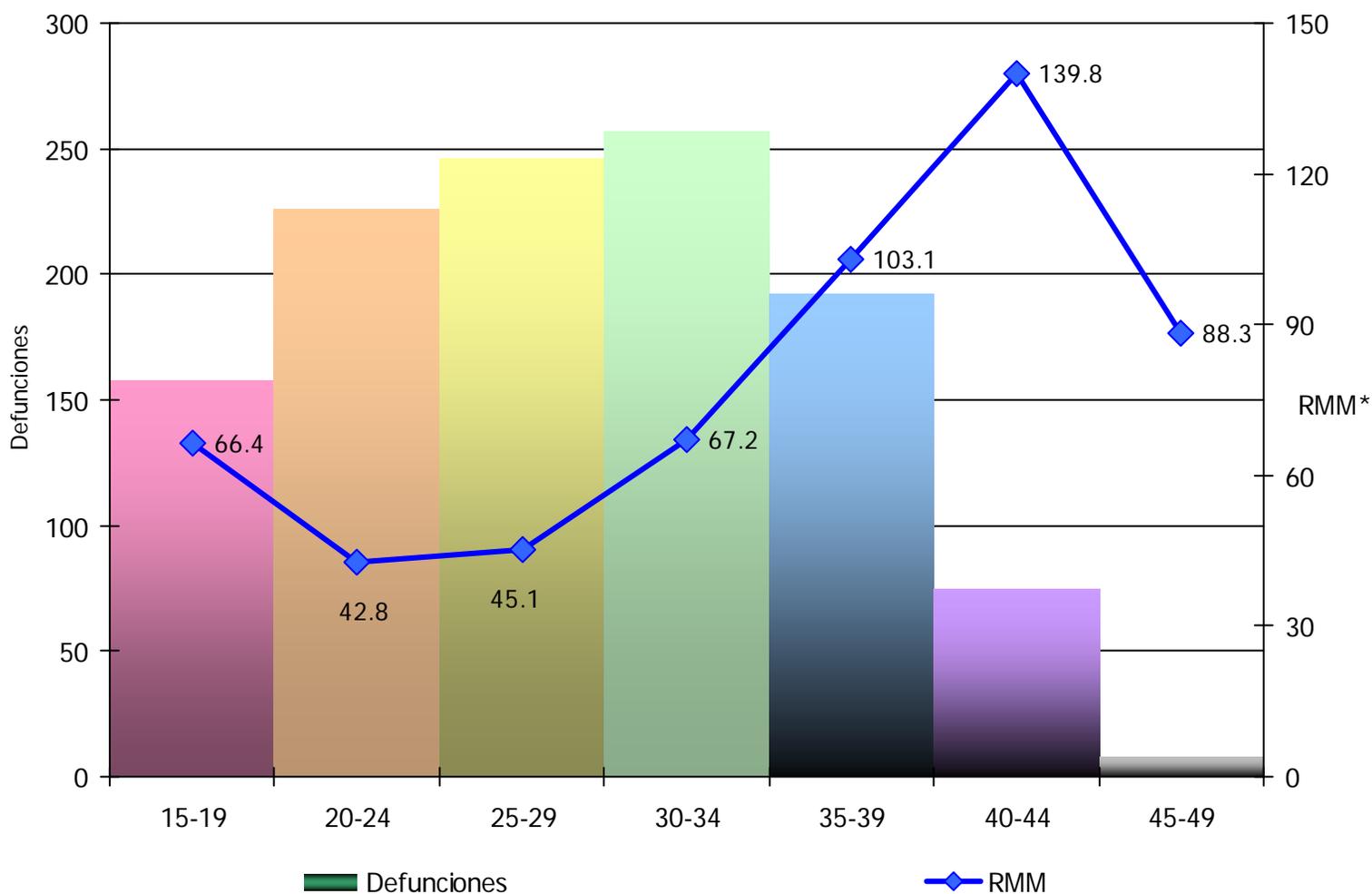
DEFUNCIONES MATERNAS OCURRIDAS EN 2007 NOTIFICADAS
POR LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD*

No. Progresivo	Entidad federativa	Defunciones	% acumulado
1	Distrito Federal	117	10.8
2	México	115	21.4
3	Veracruz	97	30.3
4	Oaxaca	68	36.6
5	Puebla	68	42.8
6	Chiapas	62	48.5
7	Guerrero	62	54.2
8	Chihuahua	55	59.3
9	Jalisco	52	64.1
10	Michoacán	38	67.6
11	Guanajuato	34	70.7
12	Baja California	30	73.5
13	Hidalgo	29	76.2
14	San Luis Potosí	27	78.6
15	Tabasco	23	80.8
16	Tamaulipas	23	82.9
17	Querétaro	22	84.9
18	Sonora	22	86.9
19	Yucatán	21	88.9
20	Sinaloa	18	90.5
21	Coahuila	15	91.9
22	Morelos	15	93.3
23	Quintana Roo	15	94.7
24	Durango	13	95.9
25	Zacatecas	11	96.9
26	Baja California Sur	8	97.6
27	Nayarit	6	98.2
28	Tlaxcala	6	98.7
29	Aguascalientes	4	99.1
30	Nuevo León	4	99.4
31	Campeche	3	99.7
32	Colima	3	100.0
	Nacional	1,086	--

* Corte de Información: 15 de febrero de 2008
Considerando entidad de notificación

DEFUNCIONES Y MORTALIDAD MATERNA POR GRUPOS DE EDAD EN 2006

Fuentes: base de datos defunciones maternas DGIS
Proyecciones de CONAPO, México, 2000-2050



DEFUNCIONES MATERNAS SEGÚN CAUSAS EN MEXICO

1990, 1995, 2000 AL 2006

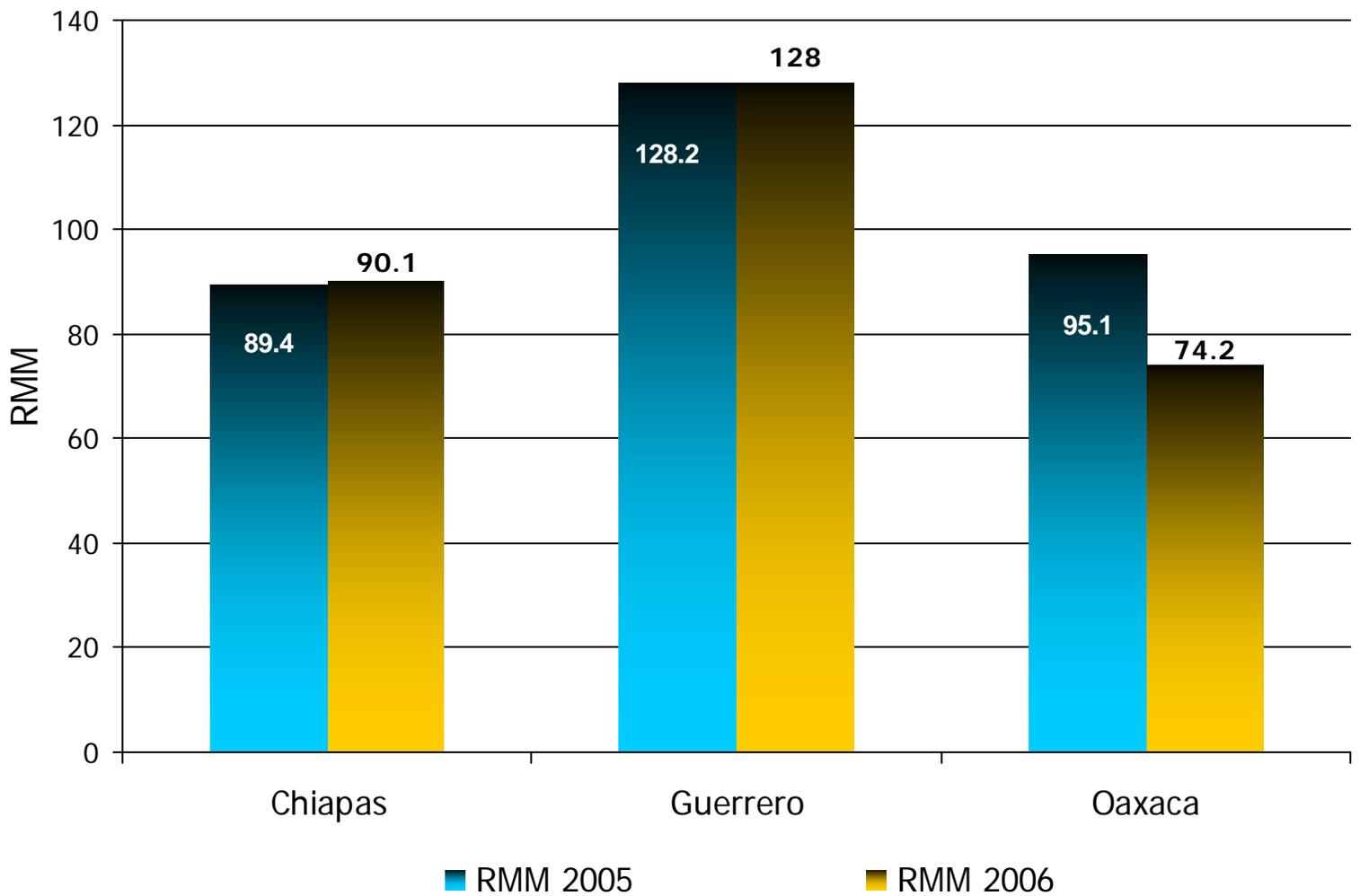
<u>AÑO</u>	<u>1990</u>	<u>1995</u>	<u>2000</u>	<u>2001</u>	<u>2002</u>	<u>2003</u>	<u>2004</u>	<u>2005</u>	<u>2006</u>
<u>TOTAL (1)</u>	<u>2,190</u>	<u>1,977</u>	<u>1,543</u>	<u>1,476</u>	<u>1,309</u>	<u>1,313</u>	<u>1,239</u>	<u>1,242</u>	<u>1,167</u>
<u>Trastornos hipertensivos del embarazo</u>	<u>556</u>	<u>574</u>	<u>543</u>	<u>544</u>	<u>427</u>	<u>412</u>	<u>365</u>	<u>322</u>	<u>344</u>
<u>Hemorragia obstétrica</u>	<u>506</u>	<u>468</u>	<u>297</u>	<u>301</u>	<u>238</u>	<u>344</u>	<u>316</u>	<u>304</u>	<u>258</u>
<u>Otras causas maternas</u>	<u>782</u>	<u>581</u>	<u>378</u>	<u>381</u>	<u>304</u>	<u>243</u>	<u>222</u>	<u>260</u>	<u>226</u>
<u>Causas obstétricas indirectas</u>	<u>58</u>	<u>98</u>	<u>164</u>	<u>125</u>	<u>187</u>	<u>181</u>	<u>193</u>	<u>222</u>	<u>217</u>
<u>Aborto</u>	<u>145</u>	<u>158</u>	<u>104</u>	<u>79</u>	<u>97</u>	<u>86</u>	<u>88</u>	<u>93</u>	<u>94</u>
<u>Infección puerperal</u>	<u>139</u>	<u>79</u>	<u>50</u>	<u>37</u>	<u>52</u>	<u>45</u>	<u>43</u>	<u>30</u>	<u>28</u>
<u>Parto obstruido</u>	<u>34</u>	<u>19</u>	<u>7</u>	<u>9</u>	<u>4</u>	<u>2</u>	<u>12</u>	<u>--</u>	<u>--</u>

Fuente: SSA Dirección General de Información en Salud/Inf. 30/06/ 2006

RAZON DE MUERTE MATERNA EN CHIAPAS, GUERRERO Y OAXACA

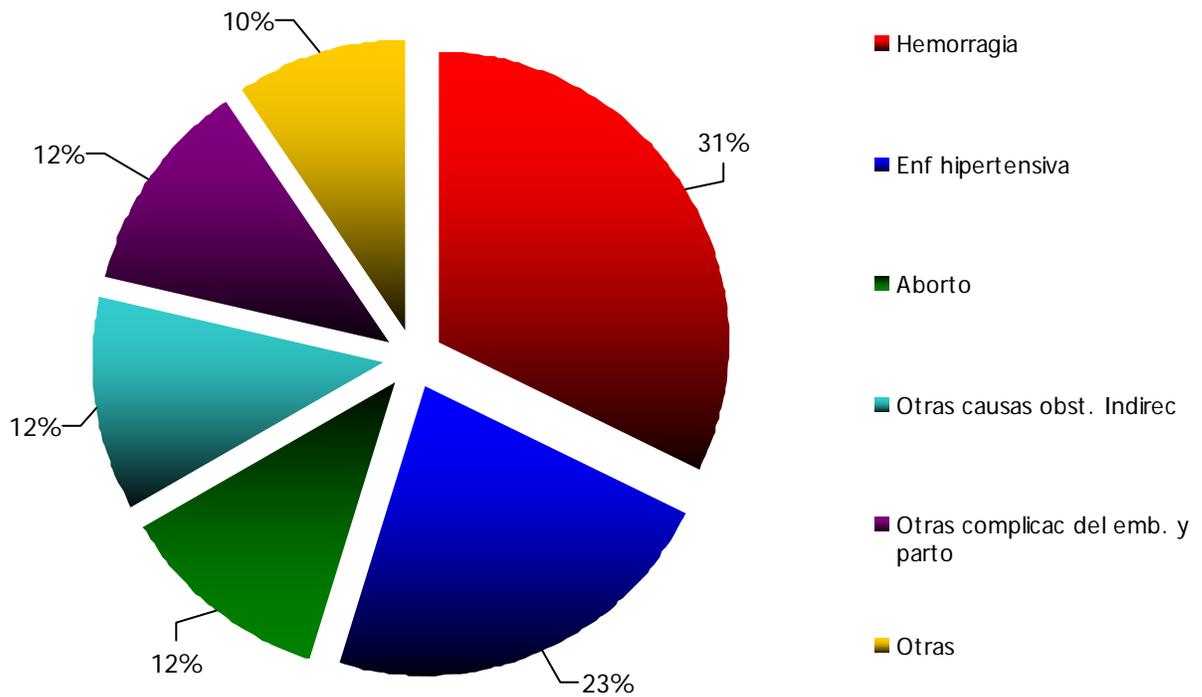
2005-2006

Fuentes: 2005 INEGI, 2006 DGIS/ SSA
Proyecciones de la población de México 2005-2006



PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA EN CHIAPAS, 2006

Fuente: INEGI



SERVICIOS DE SALUD EN EL ESTADO DE CHIAPAS²⁰⁷

<i>J. S.</i>	<i>Municipio</i>	<i>No.</i>	<i>Localidad</i>	<i>Tipo de Unidad</i>
JURISDICCIÓN SANITARIA I TUXTLA GUTIÉRREZ				
I	TUXTLA GUTIÉRREZ	1	TUXTLA GUTIÉRREZ	HOSPITAL GENERAL REGIONAL
	TECPATAN	2	TECPATAN	CENTRO DE SALUD CON HOSPITALIZACIÓN
	VILLA DE ACALA	3	VILLA DE ACALA	HOSPITAL INTEGRAL
	COPAINALA	4	COPAINALA	CENTRO DE SALUD CON HOSPITALIZACIÓN
	CINTALAPA	5	CINTALAPA	HOSPITAL INTEGRAL
	TECPATAN	6	RAUDALES MALPASO	CENTRO DE SALUD CON HOSPITALIZACIÓN
JURISDICCIÓN SANITARIA II SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS				
II	SANCRISTOBAL	7	SANCRISTOBAL	HOSPITAL GENERAL
	CHENALHO	8	YABTECLUM	CENTRO DE SALUD CON HOSPITALIZACIÓN
	CHANAL	9	CHANAL	CENTRO DE SALUD CON HOSPITALIZACIÓN
	OXCHUC	10	OXCHUC	CENTRO DE SALUD CON HOSPITALIZACIÓN
	CHAMULA	11	CHAMULA	CENTRO DE SALUD CON HOSPITALIZACIÓN
	CHALCHIHUITAN	12	CHALCHIHUITAN	HOSPITAL BÁSICO COMUNITARIO
	LARRAINZAR	13	LARRAINZAR	HOSPITAL BÁSICO COMUNITARIO
JURISDICCIÓN SANITARIA III COMITÁN				
III	COMITAN	14	COMITAN	HOSPITAL GENERAL
	FRA. COMALAPA	15	FRA. COMALAPA	CENTRO DE SALUD CON HOSPITALIZACIÓN
	MARGARITAS	16	MARGARITAS	HOSPITAL INTEGRAL
	MARGARITAS	17	AMPARO AGUA TINTA	CENTRO DE SALUD CON HOSPITALIZACIÓN
JURISDICCIÓN SANITARIA IV VILLAFLORES				
IV	VILLAFLORES	18	VILLAFLORES	HOSPITAL GENERAL
	ANGEL A. CORZO	19	JALTENANGO DE LA PAZ	HOSPITAL INTEGRAL
	LA CONCORDIA	20	LA CONCORDIA	CENTRO DE SALUD CON HOSPITALIZACIÓN
	VILLACORZO	21	REVOLUCIÓN MEXICANA	HOSPITAL BÁSICO COMUNITARIO
JURISDICCIÓN SANITARIA V PICHUCALCO				
V	PICHUCALCO	22	PICHUCALCO	HOSPITAL GENERAL
	PUEB. NVO. SOLIST.	23	PUEB. NVO. SOLIST.	CENTRO DE SALUD CON HOSPITALIZACIÓN
	REFORMA	24	REFORMA	CENTRO DE SALUD CON HOSPITALIZACIÓN
	SIMOJOVEL	25	SIMOJOVEL	CENTRO DE SALUD CON HOSPITALIZACIÓN
	TAPILULA	26	TAPILULA	HOSPITAL BÁSICO COMUNITARIO
JURISDICCIÓN SANITARIA VI PALENQUE				
VI	PALENQUE	27	PALENQUE	HOSPITAL GENERAL
	YAJALON	28	YAJALON	HOSPITAL GENERAL
	TILA	29	TILA	HOSPITAL INTEGRAL
	CATAZAJA	30	PLAYAS DE CATAZAJA	CENTRO DE SALUD CON HOSPITALIZACIÓN
	SALTO DE AGUA	31	SALTO DE AGUA	CENTRO DE SALUD CON HOSPITALIZACIÓN
	OCOSINGO	32	SANTO DOMINGO	HOSPITAL BÁSICO COMUNITARIO
	OCOSINGO	33	NUEVA PALESTINA	CENTRO DE SALUD CON HOSPITALIZACIÓN
JURISDICCIÓN SANITARIA VII TAPACHULA				
VII	TAPACHULA	34	TAPACHULA	HOSPITAL GENERAL
	HUIXTLA	35	HUIXTLA	HOSPITAL GENERAL
	ESCUINTLA	36	ESCUINTLA	CENTRO DE SALUD CON HOSPITALIZACIÓN
JURISDICCIÓN SANITARIA VIII TONALA				
VIII	TONALA	37	TONALA	HOSPITAL GENERAL
	ARRIAGA	38	ARRIAGA	HOSPITAL GENERAL
	PIJIJAPAN	39	PIJIJAPAN	CENTRO DE SALUD CON HOSPITALIZACIÓN
JURISDICCIÓN SANITARIA IX OCOSINGO				
IX	OCOSINGO	40	OCOSINGO	CENTRO DE SALUD CON HOSPITALIZACIÓN
	OCOSINGO	41	SAN QUINTIN	CENTRO DE SALUD CON HOSPITALIZACIÓN
JURISDICCIÓN SANITARIA X MOTOZINTLA				
X	SILTEPEC	42	SILTEPEC	CENTRO DE SALUD CON HOSPITALIZACIÓN
	EL PROVENIR	43	EL PORVENIR	HOSPITAL BÁSICO COMUNITARIO

SERVICIOS DE SANGRE EN CHIAPAS²⁰⁸

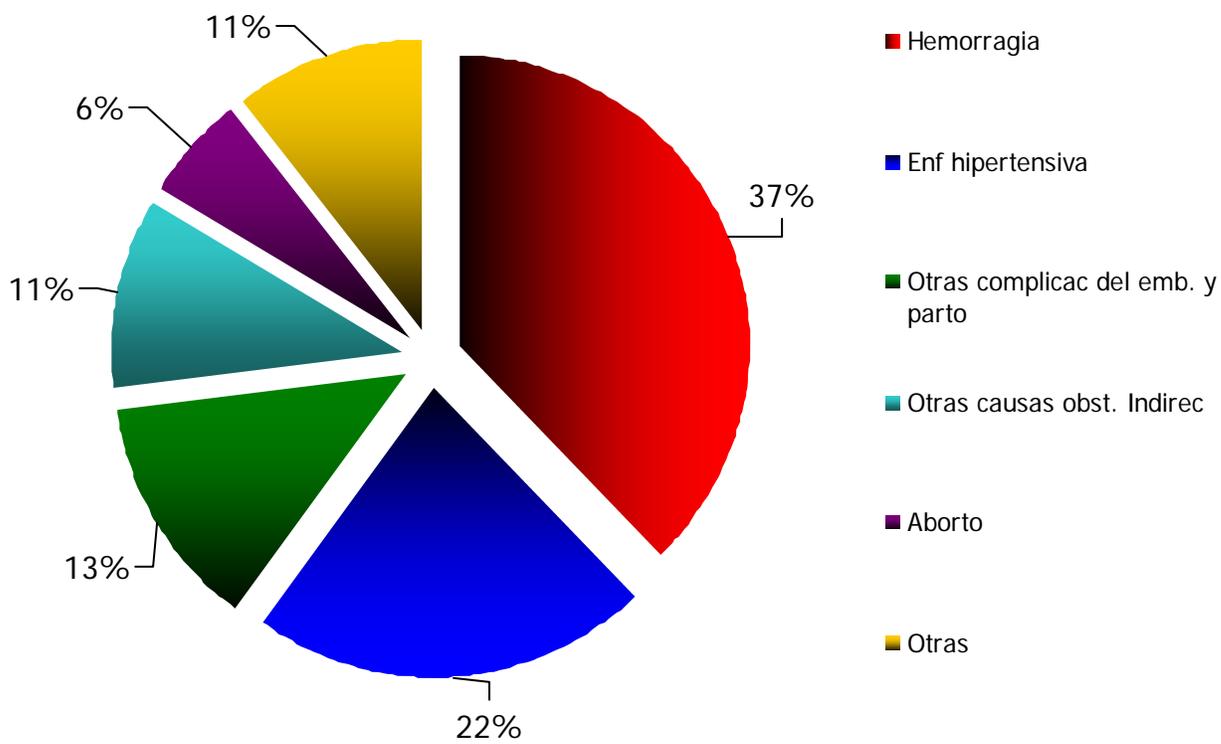
Ubicación de los servicios de sangre en Chiapas																		
Municipio	SSA		IMSS		ISSSTE		PEMEX		NAVAL		MILITAR		ISSTECH		PRIVADOS		TOTAL CHIAPAS	
	BS	ST	BS	ST	BS	ST	BS	ST	BS	ST	BS	ST	BS	ST	BS	ST	BS	ST
Altamirano				1											1	0	2	
Bochil				1												0	1	
Cintalapa																0	0	
Comitán de Domínguez	1					1										1	1	
Mapastepec				1												0	1	
Margaritas, Las		0														0	0	
Motozintla				1												0	1	
Nicolás Ruíz																0	0	
Ocosingo	0			1												0	1	
Ocozacoautla de Espinosa				1												0	1	
Palenque	1														1	1	1	
Pantepec																0	0	
Pichucalco		1											1			0	2	
San Cristóbal de las Casas	1			1											1	1	2	
Tapachula	1		1			1									2	7	4	8
Tonalá	1															1	0	
Tuxtla Gutiérrez	1	1	1			1					1		1	2	25	4	29	
Venustiano Carranza				1												0	1	
Villaflores	1														2	1	2	
Yajalón	1															1	0	
Benemérito de las Américas				1												0	1	
Maravilla Tenejapa				1												0	1	
Ángel A. Corzo		0																
Arriaga		0																
Catazajá		0																
Chalchihuitán		0																
Chamula		0																
Chanal		0																
Chenalho		0																
Cintalapa		0																
Comitán		0																
Copainalá		0																
El Provenir		0																
Escuintla		0																
Fra. Comalapa		0																
Huixtla		0																
La Concordia		0																
Larrainzar		0																
Amparo Aguatinta		0																
San Quintín		0																
Santo Domingo		0																
Nva Palestina		0																
Oxchuc		0																
Pijijiapan		0																
Pueb. Nvo. Solist.		0																
Reforma		0																
Salto De Agua		0																
Siltepec		0																
Simojovel		0																
Tapilula		0																
Tecpatán		0																
Tecpatán		0																
Tila		0																
Villa De Acala		0																
Villacorzo		0																
Total	8	2	2	10	0	3	0	0	0	0	0	1	0	2	4	37	14	55
TOTAL SERVICIOS DE SANGRE																	69	

²⁰⁸ Informes de Ingresos y Egresos de Unidades de sangre y hemocomponentes

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA

EN GUERRERO, 2006

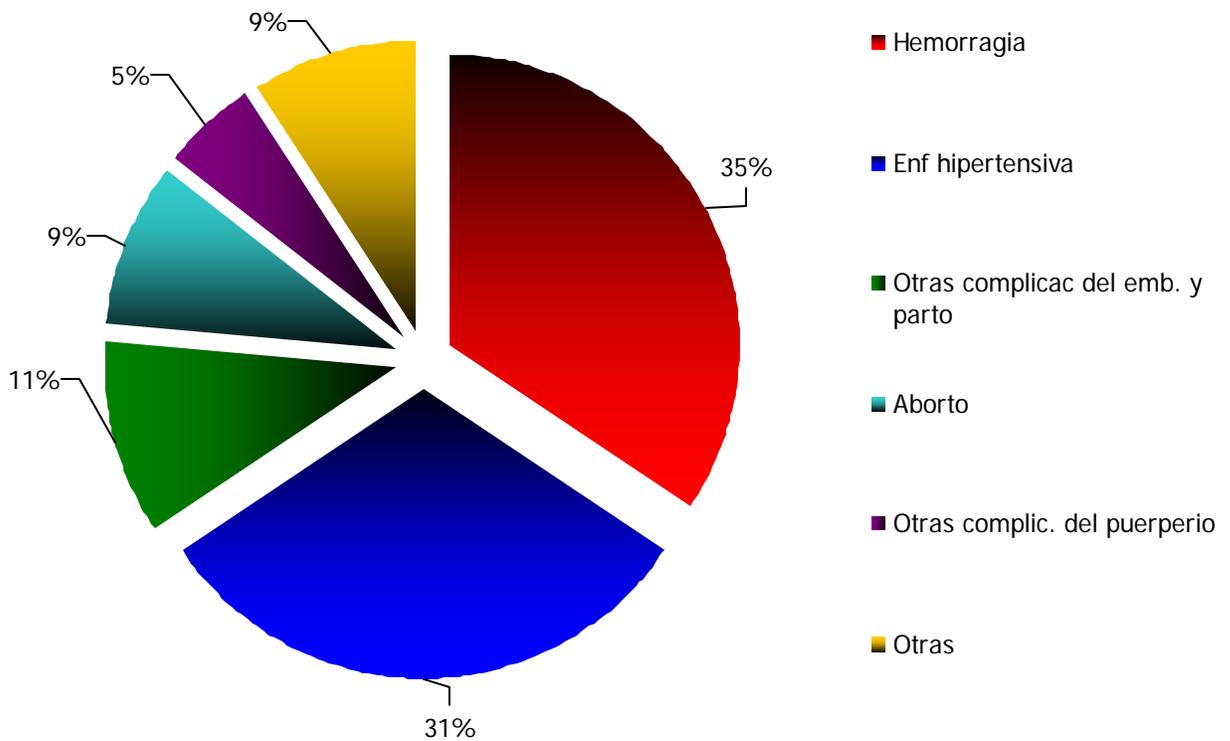
Fuente: INEGI



PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA

EN OAXACA, 2006

Fuente: INEGI



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abramovich, V. y Courtis, C. (2002). *Los derechos sociales como derechos exigibles*, Madrid, Editorial Trotta.

Beauplet, A. (2008). *Cohesión social, esperanza de vida y transfusión sanguínea*. IV Foro Internacional sobre seguridad sanguínea en México, Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea.

Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynecology (2008). *Antishock garment in postpartum haemorrhage*, Vol. 22, Nº 6.

Carbonell M. (2003). *El federalismo en México: principios generales y distribución de competencias*, Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, México.

Carbonell M. (2006). *Los derechos fundamentales en México*, México, Editorial Porrúa.

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2008). *Retos y estrategias de intervención en la salud materna y perinatal en México*, presentación power point.

Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea (2008). *La sistematización de la organización de los servicios de sangre*, Secretaría de Salud, México.

Comité por una maternidad voluntaria y segura en Chiapas- Red social para disminuir la mortalidad materna en Tanejapa (2008). *Retos para disminuir la mortalidad materna. Puntos estratégicos para la acción*, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2008). *Informe de evaluación de la política de desarrollo social en México*. Ciudad de México.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (2007), Editorial SISTA, Ciudad de México.

Díaz Echeverría, D. *et al.* (2007). *Muerte materna y seguro popular*, FUNDAR Centro de Análisis e Investigación A.C., México.

Díaz Echeverría, D. *et al.* (2006). *Muerte materna y presupuesto público*, FUNDAR, Centro de Análisis e Investigación A.C., México.

Elu, M. del C. y Santos Pruneda, E. (2000). *Carpeta de apoyo para la atención de los servicios de salud de mujeres embarazadas víctimas de violencia*, Programa Mujer y Salud, Secretaría de Salud, México.

Elú M. del C. y Santos Pruneda E. (2006), Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México (2006). *Hacia la prevención de la mortalidad materna- Guía para una estrategia comunitaria*, México.

Elster, J. (1991). *El cemento de la sociedad. Las paradojas del orden social*, Barcelona, Gedisa..

Facio Montejo, A. (2006). *Los derechos reproductivos son Derechos Humanos*, versión Internet.

Foro del Sector Social (2004). *Manual de participación e incidencia para organizaciones de la sociedad civil*, Tema Grupo Editorial, Buenos Aires.

Freyermuth, G. y Sesia, P. (2008). *La dinámica del registro de la muerte materna en Chiapas y Oaxaca: problemas y recomendaciones*, Oaxaca.

Grupo Interagencial de Género- ONU (2008). *Género y los Objetivos de Desarrollo del Milenio*, Ginebra.

Luhman, N. (1998). *Sociología del riesgo*, México, Triana Ediciones.

Macías Alfaro, O. (2008). *Muerte Materna, diagnóstico epidemiológico y perspectivas*, Dirección de Salud Pública, Estado de Chiapas.

Neelam, D. (2004). *Health. Universal access to safe blood transfusion*”, World Health Organization Geneva.

Oficina Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos de México (2003). *Diagnóstico sobre la situación de los Derechos Humanos en México*, México.

Oficina Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos de México (sin año). *El derecho a una vida libre de discriminación y violencia: mujeres indígenas de Chiapas, Guerrero y Oaxaca*, México.

Oficina Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2006). *Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los DDHH sobre cuestiones sociales y de derechos humano*”, Ginebra.

Oficina Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos, (2003). *Pobreza y Derechos Humanos. Un marco conceptual*.

Oficina Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos y Organización Mundial de la Salud, (2008). *The right to health*, Geneva.

Ojeda N. et al. (1999). *Género, familia y conceptualización de la salud reproductiva en México*, El Colegio de la Frontera Norte, Departamento de Estudios de Población, Programa de Salud Reproductiva y Población, Tijuana, Baja California, México.

Organización Panamericana de la Salud, (2004). *Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe*, Serie Extensión de protección social en salud, N° 1, Oficina de Gerencia de Programas, Unidad de Políticas y Sistemas de Salud.

Organización Mundial de la Salud, (2004). *Estrategia de salud reproductiva para acelerar el avance hacia la consecución de los objetivos y las metas internacionales de desarrollo*, Ginebra, 57º Asamblea Mundial de la Salud (WHA).

Organización Mundial de la Salud, (2001). *El uso clínico de la sangre en medicina general, obstetricia, pediatría y neonatología, cirugía y anestesia, trauma y quemaduras*, Ginebra.

Programa Nacional de Salud 2007-2012, Secretaría de Salud, México.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, (2006). *Objetivos de Desarrollo del Milenio en México: información de avance 2006*.

Ramos, S. (2006). *La sociología y la medicina: ¿por qué, para qué y cómo construir puentes?*, Buenos Aires, Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).

World Health Organization, (2006). "Managing postpartum haemorrhage. Education material for teachers of midwifery", Geneva.

Instrumentos jurídicos internacionales:

Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, OEA, 1948.

Declaración Universal de los Derechos Humanos, ONU, 1948.

Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas Formas de Discriminación Racial, ONU, 1965.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ONU, 1966 y sus Observaciones Generales N° 3, 14, 28.

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, ONU, 1966 y su Observación General N° 6.

Convención Americana sobre Derechos Humanos, OEA, 1969.

Declaración de Alma-Ata, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, 1978.

Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer- CEDAW, ONU, 1979. Recomendación General N° 24.

Declaración sobre Derecho al Desarrollo, ONU, 1986.

Protocolo Adicional a la Convención Americana Sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo De San Salvador", OEA, 1988.

Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes, 1989.

Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares²⁰⁹, 1990

Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer, OEA, 1994.

Protocolo Facultativo al Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ONU, 2008.

Conferencias Internacionales:

Conferencia Mundial de Derechos Humanos, Viena, 1993.

Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, 1994.

Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 1995.

Objetivos de Desarrollo del Milenio, ONU, 2000.

²⁰⁹ Aprobada por la Asamblea General el 18 de diciembre de 1990. Entró en vigor en el año 2003. México ratificó el 8 de marzo de 1999.

Instrumentos jurídicos nacionales:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Ley General de Salud.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos.

Norma Oficial Mexicana para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos (NOM-003-SSA2-1993).

Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio (NOM-007-SSA2-1993).

Ley de Salud del Estado de Chiapas.

Ley de Salud del Estado de Guerrero.

Ley de Salud del Estado de Oaxaca.

Sitios de Internet:

Con Ganas de Vivir A.C. (www.conganas.org.mx)

Consejo de Europa (www.ec.europ.eu)

Establecimiento Francés de Sangre (www.dondusang.net)

Fondo de Población de Naciones Unidas (www.unfpa.org)

Fundación Mac Arthur (www.macfound.org)

Haute Autorité en Santé (www.has.sante.fr)

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (www.inegi.org.mx)

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE)
(www.oecd.org)

Organización Mundial de la Salud: OMS, OPS y WHO (www.who.int www.ops.int
www.ops.org)

Organización de las Naciones Unidas (www.onu.org)

Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos
(www.hchr.org)

Organización de los Estados Americanos (www.oas.org)

Pharmaceutical Inspection Co-operation (www.picscheme.org)

Programa de Advertencia de Discapacidad y Mortalidad Materna
(www.amddprogram.org)

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (www.undp.org)

Seguro Popular (www.seguro-popular.salud.gob.mx)