

Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (CERD)

Informe alternativo sobre la situación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres indígenas en México

Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C.¹

I. Introducción

México es un país con una amplia diversidad racial. A partir de la Encuesta Intercensal 2015, la población indígena en el país asciende a 12 millones 25 mil 947 personas, que constituye 10.1% de la población total. Entre ellos, 6 millones 146 mil 479 son mujeres (51.1%). A pesar de que existe presencia de población indígena en todas las entidades del país, más de 75% se concentra en ocho estados: Oaxaca (14.4%), Chiapas (14.2%), Veracruz (9.2%), México (9.1%), Puebla (9.1%), Yucatán (8.8%), Guerrero (5.7%) e Hidalgo (5%).²

Al día de hoy, en México no existen condiciones que permitan a las mujeres decidir sobre su vida reproductiva y esta situación afecta de manera particular a quienes, de por sí, viven condiciones múltiples de discriminación, como a las niñas y mujeres indígenas.

II. Consejería para personas indígenas

El acceso sin discriminación a información y servicios de anticoncepción para personas indígenas representa un reto fundamental del Estado mexicano en materia de derechos humanos. Las mujeres indígenas en México han enfrentado históricamente violaciones graves y sistemáticas a sus derechos reproductivos que van desde esterilizaciones forzadas, hasta malos tratos en servicios de salud y falta de acceso a información y servicios de salud en su idioma y con una perspectiva intercultural.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014, 54% de las mujeres indígenas en edad reproductiva fueron madres durante su adolescencia, porcentaje superior a quienes no hablan una lengua indígena (45.9%). Respecto al uso de anticonceptivos por parte de las adolescentes sexualmente activas, se tiene que seis de cada diez hablantes de alguna lengua indígena no usan métodos anticonceptivos.³ Por su parte, la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2016 (ENDIREH) reportó que 20.08% de las adolescentes que se identifican como indígenas afirman haber tenido al menos un embarazo; cifra mayor a 16.15% de sus pares que no se identifican como tales.

¹ El Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C. (GIRE) es una organización feminista que trabaja por la justicia reproductiva a partir de seis temas prioritarios: el acceso al aborto legal y seguro, la muerte materna, la violencia obstétrica, la anticoncepción, las técnicas de reproducción asistida y la conciliación de la vida laboral con la vida personal.

² Mujeres indígenas, datos estadísticos en el México actual; Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas, disponible en <https://www.gob.mx/inpi/es/articulos/mujeres-indigenas-datos-estadisticos-en-el-mexico-actual?idiom=es>

³ INEGI, ENADID 2014, disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2014/>

El Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (CERD) resaltó en su informe a México en 2012 la necesidad de contar con intérpretes para garantizar pleno acceso a los servicios de salud por parte de los pueblos indígenas.⁴ Sin embargo, de la información obtenida por GIRE a través de solicitudes de acceso a la información gubernamental a instituciones de salud se advierte que, a nivel federal, ninguna institución de salud reportó contar con personal capacitado para dar consejería sobre salud reproductiva y métodos anticonceptivos en los idiomas locales diferentes al español.

Destaca la respuesta emitida por el Hospital de la Mujer quien reportó que, al no contar con personal que hable lenguas indígenas o intérpretes capacitados en el tema, solicitan que las mujeres acudan acompañadas de un familiar que hable español, a quien se le otorga la información. De forma similar, el IMSS informó que la consejería en planificación familiar en las unidades médicas del Régimen Ordinario se realiza en español, y localmente se apoyan en las personas acompañantes de las usuarias para la interpretación o traducción.⁵

Esta situación evidencia un problema grave en los servicios de salud públicos, que trasladan su responsabilidad a las usuarias y sus familias, en lugar de garantizar un acceso libre de discriminación a estos servicios, que es obligación del Estado.

A nivel local, 16 entidades federativas reportaron no contar con intérpretes para brindar consejería e información anticonceptiva en lenguas indígenas. Llama la atención que los servicios de salud de Zacatecas respondieran que no requieren de intérpretes puesto que en esa entidad no existen grupos indígenas, a pesar de que, de acuerdo con información del INEGI, 7.61% de su población se considera como tal.⁶ Otros casos que destacan son los estados de Guerrero y Oaxaca, ambos con una alta proporción de población indígena: el primero no cuenta con personal capacitado para atender a personas en lenguas distintas al español, y el segundo no reporta la información solicitada.

Ahora bien, las 15 entidades federativas que afirmaron contar con intérpretes en sus centros de salud no proporcionaron información acerca del número, su capacitación ni las lenguas que hablan, por lo que resulta imposible inferir si son suficientes para atender la demanda de las personas que pudieran requerir estos servicios.⁷

⁴ ONU, Observaciones finales del Comité para la Eliminación de Discriminación Racial* CERD/C/MEX/CO/16-17 (9 de marzo, 2012), párrafo 19, disponible en: https://www2.ohchr.org/english/bodies/cerd/docs/CERD.C.MEX.CO.16-17_sp.pdf

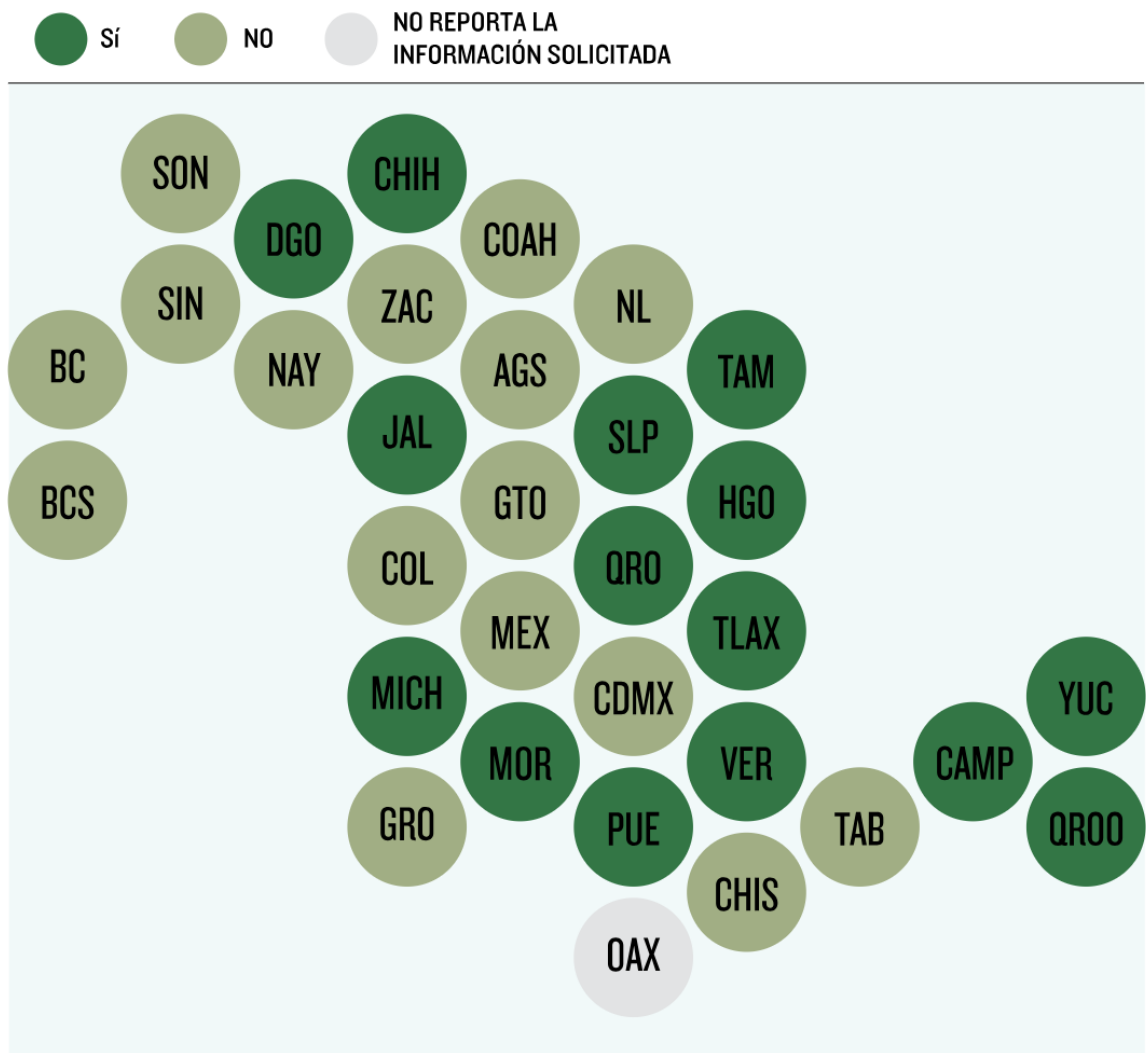
⁵ GIRE, *La Pieza Faltante. Justicia Reproductiva*, 2018, p. 31, disponible en: <https://justiciareproductiva.gire.org.mx/assets/pdf/JusticiaReproductiva.pdf>

⁶ INEGI, Panorama Sociodemográfico de Zacatecas, 2015. Disponible en: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/inter_censal/panorama/702825082444.pdf

⁷ GIRE, *La pieza faltante. Justicia reproductiva, op. cit.*, p. 31.

INTÉRPRETES PARA BRINDAR CONSEJERÍA SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LENGUAS INDÍGENAS

SECRETARÍAS DE SALUD LOCALES



Fuente: Elaboración de GIRE con base en solicitudes de acceso a la información pública.

8

III. Violencia obstétrica

De acuerdo con la ENDIREH 2016, en México, de 8.7 millones de mujeres que tuvieron al menos un parto entre 2011 y 2016, 33.4% refirieron haber sufrido malos tratos por parte de

⁸ GIRE, *La pieza faltante, Justicia reproductiva, op. cit.*, p. 32.

quienes las atendieron; 26% de ellas son hablantes de un idioma indígena o se identifican como indígenas.

La violencia obstétrica es un problema de justicia y derechos humanos que requiere acciones que transformen de manera sistemática la forma en la que se concibe la atención en salud hacia las mujeres. Si bien en México existen ciertos avances en materia legislativa sobre el tema, como el reconocimiento del concepto de violencia obstétrica en la mayoría de los marcos normativos locales, aún se requieren estrategias y mecanismos que permitan difundir de manera amplia y constante esta problemática desde una perspectiva de derechos humanos, como una política permanente y no como una acción coyuntural.

El caso de Irma sirve para visibilizar la violencia obstétrica que sufren las mujeres indígenas en este país, que tiene sus raíces en la crisis que atraviesa nuestro sistema de salud, incapaz de garantizar y ofrecer servicios de salud sexual y reproductiva eficientes, sensibles, oportunos y sin discriminación a las mujeres.

Irma

Oaxaca, 2013

Irma es de origen mazateco y vive en condiciones económicas precarias. Al acudir al Centro de Salud de San Felipe Jalapa de Díaz, en Oaxaca, personal de enfermería le indicó que saliera a caminar con la certeza de que aún faltaba mucho tiempo para que naciera su bebé. Mientras caminaba en el patio del hospital, a Irma se le rompió la fuente y, momentos después, nació su hijo, sin asistencia ni atención médica alguna.

La imagen de Irma pariendo en el patio del hospital fue captada y publicada en medios de comunicación masiva, derivado de lo cual la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) inició una queja de oficio. Así, el 29 de enero de 2014, la CNDH emitió la Recomendación 1/2014 en la que determinó que existieron violaciones a los derechos humanos de Irma y de su hijo, atribuibles al Gobierno del estado de Oaxaca, por la negación de la atención médica adecuada. A partir de que GIRE tomó el caso, el Gobierno de Oaxaca mostró buena voluntad política para cumplir la recomendación. En marzo de 2014, Irma, el Gobierno de Oaxaca y GIRE como representante legal de Irma firmaron un convenio en el que se establecieron obligaciones para el Estado que incluyen el seguimiento a los procedimientos penales y administrativo iniciados como consecuencia de la negación de servicios de salud y garantías de no repetición.

Hasta la fecha las condiciones físicas del Centro de Salud siguen siendo inadecuadas. GIRE continúa realizando gestiones para asegurar el cumplimiento del convenio a cabalidad, por parte del Gobierno de Oaxaca y, con ello, garantizar el acceso a la justicia para Irma y su hijo.

Para ello, es necesario que se diseñen e implementen políticas públicas que busquen erradicar y prevenir acciones u omisiones que constituyen violencia obstétrica, con un enfoque de género e interculturalidad. Entre las acciones urgentes en este sentido destaca la necesidad de priorizar la atención del parto de bajo riesgo en el primer nivel de atención y mejorar el equipamiento e

infraestructura hospitalaria, con prioridad en zonas alejadas y de marginación social e institucionalizar la formación del personal de salud que interviene en el cuidado de las mujeres durante la atención de sus embarazos, partos y puerperios.

IV. Muerte materna en México

En México, entre 1990 y 2013, fallecieron 2 mil 186 mujeres por causas obstétricas prevenibles. En 2015, 778 mujeres fallecieron por estas causas, lo que corresponde a una Razón de Muerte Materna de 36.4, muy por encima de la meta establecida en los Objetivos del Milenio, 15 años atrás. Para 2016, esta cifra se redujo a 774 y, en 2017, a 722.⁹

A pesar de que el número de muertes maternas parece disminuir año con año, esta reducción ha sido insuficiente y refleja las grandes desigualdades persistentes en el país. Las fallas estructurales en el sistema de salud tienen un impacto particular para las mujeres de comunidades indígenas, quienes con frecuencia deben realizar largos traslados a centros de salud que suelen estar en malas condiciones, sin personal médico de base ni intérpretes de lenguas locales distintas al español y con actitudes discriminatorias por parte del personal.¹⁰

En 2015, 6% de la población mexicana eran mujeres indígenas. Sin embargo, 11.2% del total de muertes maternas en el país en ese año corresponden a esta población. Esto revela que la muerte materna afecta de manera desproporcionada a este grupo poblacional.¹¹ El CERD señaló en su informe a México en 2012 su preocupación por las elevadas cifras de mortalidad materna relacionadas con población indígena y recomendó al Estado generar datos claros sobre la mortalidad materna en comunidades indígenas.¹²

Las historias de Anita y de Gelleli ejemplifican la gravedad de las violaciones a derechos humanos en los casos de muerte materna —en particular para las mujeres indígenas—, así como los obstáculos para acceder a la justicia que enfrentan sus familias, que en la mayoría de los casos deben esperar largos procesos antes de obtener algún tipo de resolución por parte de una autoridad.

**ANITA
PUEBLA, 2018**

Anita era una niña indígena que vivía a orillas de la carretera, a 20 minutos del centro de Huehuetla, Puebla. Estudiaba el bachillerato y trabajaba en una papelería que pertenece a sus padrinos. Su padre murió cinco meses antes de los hechos y, en la actualidad, son sus hermanos quienes mantienen la casa económicamente.

⁹ GIRE, *51% Una agenda para la igualdad*, p. 22, disponible en: <https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2018/05/51-Una-agenda-para-la-igualdad.pdf>

¹⁰ GIRE, *La pieza faltante. Justicia reproductiva*, op. cit., p. 117.

¹¹ Observatorio de Muerte Materna, *Numeralia 2015*.

¹² ONU, *Observaciones finales del Comité para la Eliminación de Discriminación Racial** CERD/C/MEX/CO/16-17 (9 de marzo, 2012), párrafo 19.

A los 16 años, Anita se embarazó. Cerca de las 37 semanas de gestación empezó a sentir contracciones y acudió, acompañada de Rosa, su madre, al Hospital Comunitario de Huehuetla. Cuando llegó al hospital la médica que la atendió le dijo que aún faltaba mucho para que pariera y que regresara en la tarde para una segunda revisión. Anita y su mamá se fueron a su casa y en la tarde volvieron al hospital, donde la doctora volvió a decirle que faltaba mucho y que se saliera a caminar.

Anita ingresó al hospital hacia las 10 de la noche. La doctora la revisó y le dijo que todo estaba bien. Sin embargo, una hora más tarde, Anita mandó llamar a su mamá y le dijo que se sentía muy mal y que prefería que la trasladaran al Hospital de Ixtepec para que le realizarán una cesárea, como le habían indicado durante su control prenatal, debido a su corta edad. Su mamá habló con la doctora para solicitar el traslado, pero ésta respondió, molesta, que Anita no era médica y que no podía decidir; que el parto sería vaginal. Hacia las 4 de la mañana, la ingresaron a la sala de expulsión, y una hora después, la médica llamó a Rosa para que entrara a verla. Anita estaba inconsciente y había mucha sangre en el piso, en la ropa de la doctora y de la enfermera. Rosa limpió a Anita y le pidió a la doctora que ya no la lastimaran. La doctora y la enfermera empezaron a hacerse señas y le dijeron que se saliera.

Nadie dio información a la familia sobre el estado de salud de Anita sino hasta las 8 de la mañana, cuando la médica salió a informarles que había fallecido, que no habían extraído al producto porque se dieron cuenta de que Anita “no lo quería” y que ella “no había puesto voluntad” para que el parto evolucionara de manera satisfactoria.

Rosa no firmó los documentos del hospital por la entrega del cuerpo porque era necesario averiguar lo que había ocurrido. Entonces se presentó con ellos personal de la Jurisdicción Sanitaria de Zacatlán, quienes aseguraron que el personal médico había realizado su labor correctamente. Más tarde también se presentó personal de la Fiscalía General del Estado de Puebla solicitando que la familia autorizara el traslado del cuerpo a Zacatlán.

La familia enterró a Anita y a su bebé el 6 de agosto de 2018. GIRE conoció el caso a través del padrino de Anita y acompaña a la familia en su búsqueda de justicia.

GELLELI OAXACA, 2018

Gelleli era una mujer mazateca que vivía en Jalapa de Díaz, Oaxaca. A los 24 años cursaba su segundo embarazo, el cual había transcurrido sin complicaciones.

Al sentir malestar durante la semana 40 de embarazo, Gelleli, acompañada de Martín, su pareja, acudió a la Casa de Salud. Ahí les indicaron que requería atención médica urgente, por lo cual debían acudir al Hospital General de Tuxtepec. Tuvieron que buscar ayuda para trasladarse debido a que la Casa de Salud del municipio no contaba con ambulancia.

Gelleli llegó al Hospital de Tuxtepec a las 6 de la tarde, pero la atendieron hasta las 8 de la mañana del día siguiente. A partir de entonces no le proporcionaron información a su pareja sino hasta varias horas después, cuando le informaron que realizarían una segunda operación porque en la cesárea le habían perforado una arteria, y tenía una hemorragia interna. En ese momento, sin explicarle más, le hicieron firmar una hoja de consentimiento informado, a pesar de que él no sabe leer ni escribir en español. Le manifestaron que, de no firmar, Gelleli moriría. No volvieron a informarle acerca del estado que guardaba la salud de su pareja durante todo el día.

La mañana siguiente le informaron que Gelleli necesitaba ser intervenida otra vez debido a que la hemorragia no cedía. La operación implicaba una alta posibilidad de que ella muriera en la sala de operaciones y, en caso de sobrevivir, no había garantía de mejoría. Tras discutirlo, Martín y la familia

de Gelleli decidieron negarse a que se realizara el procedimiento. Al día siguiente, personal del Hospital les informó de su fallecimiento.

El caso es acompañado por GIRE y actualmente está en trámite ante la Defensoría de los Derechos Humanos del Pueblo de Oaxaca. Su familia lleva más de un año esperando justicia y urge una reparación integral.

De emitirse una Recomendación se espera que consideren como medidas de reparación integral la imposición de las sanciones correspondientes; una disculpa pública por parte del Hospital; la garantía de atención médica, psicológica, legal y social para la familia de Gelleli; garantías de no repetición que contemplen programas de sensibilización del personal, la aplicación de la normatividad vigente y el adecuado equipamiento del Hospital General de Tuxtepec, así como una compensación económica para la familia de Gelleli por los gastos que tuvieron que realizar ante su pérdida, entre otras cosas.

A pesar de las acciones que el Estado mexicano ha realizado para mejorar la calidad de la atención obstétrica e informado ante el CERD,¹³ éstas resultan insuficientes para garantizar los derechos humanos a los que está obligado el Estado, en particular con relación a poblaciones que viven en condiciones de vulnerabilidad y enfrentan discriminaciones múltiples, como las niñas y mujeres indígenas, las poblaciones afrodescendientes, así como personas migrantes y solicitantes de asilo, entre otras.

V. Recomendaciones al Estado

EJECUTIVOS LOCALES Y FEDERAL (INSTITUCIONES DE SALUD)

- Asegurar la inclusión de servicios de consejería amigables en las unidades de primer nivel de atención, bajo un marco de derechos humanos, con perspectiva de género e interculturalidad.
- Garantizar la disponibilidad de servicios de intérpretes en los servicios de salud, en todos los niveles de atención.
- Garantizar el acceso universal a los servicios de salud obstétrica, en particular durante el trabajo de parto, asegurando el cumplimiento del Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica y el “rechazo cero” a mujeres con emergencias obstétricas.
- Consolidar la atención de los servicios de primer nivel fortaleciendo la atención del parto de bajo riesgo para disminuir la saturación de los servicios de segundo y tercer nivel y asegurar la referencia oportuna a dichos servicios para la resolución de urgencias obstétricas.

¹³ Examen de los informes presentados por los Estados partes en virtud del artículo 9 de la Convención, CERD/C/ME/18-21, (25 de agosto, 2017) párrafos 150-155, https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CERD%2FC%2FMEX%2F18-21&Lang=es

- Institucionalizar la capacitación del personal de salud que interviene en la atención obstétrica y evaluar el impacto de dichas acciones.
- Certificar con regularidad las capacidades técnicas del personal de salud.
- Fortalecer las acciones de formación y acreditación de parteras y enfermeras obstétricas, para incorporarlas de manera progresiva a los servicios de salud.
- Vigilar la implementación de la NOM 007 en materia de atención del embarazo, parto y puerperio.

INSTITUCIONES PÚBLICAS DE EDUCACIÓN SUPERIOR FORMADORAS DE MÉDICOS CIRUJANOS, ESPECIALISTAS EN GINECOBSTETRICIA Y ENFERMERÍA

- Replantear la formación profesional del personal médico y de enfermería para concebir la atención de las mujeres durante el embarazo, parto y posparto con perspectiva de género e interculturalidad.