Omisión e indiferencia. Derechos reproductivos en México

Aborto/Anticoncepción/Mortalidad materna/Violencia obstétrica/
Vida laboral y reproductiva/Reproducción asistida

2ª parte

Desde el año 1991, el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) ha centrado su trabajo y esfuerzos en “promover y defender derechos reproductivos de las mujeres en el marco de los derechos humanos”,¹ por lo que se ha constituido como un referente en la discusión y el posicionamiento social de esta temática, al incidir en el avance de “leyes y políticas públicas sobre aborto en México, así como el acceso a servicios de salud de calidad”.¹

Para ampliar la influencia de GIRE y otras asociaciones civiles unidas por el interés en el tema de los derechos reproductivos, en el año 2000 se constituyó la Alianza Nacional por el Derecho a Decidir (ANDAR) y, en el marco de ésta, ocho años después se creó la Red Nacional de Abogadas y Abogados por la Defensa de la Reproducción Elegida (Radar 4º), con el objetivo de monitorear y registrar el ejercicio de los derechos reproductivos de las y los ciudadanos en los estados de México.

En continuidad con sus constantes esfuerzos, en el año 2013 GIRE, en colaboración con Radar 4º, presentó el informe *Omisión e indiferencia. Derechos reproductivos en México*, el cual se enfoca en seis temas: aborto, anticoncepción, mortalidad materna, violencia obstétrica, vida laboral y reproductiva y reproducción asistida. Los tres primeros fueron abordados en nuestro número anterior, por lo que en esta ocasión presentamos la segunda parte de esta reseña, en la que especialistas en cada materia nos ofrecen su opinión sobre este documento, que constituye una aportación importante en el análisis de los derechos reproductivos en México.

Patricia Karina Vergara Sánchez

Licenciada en Ciencias de la Comunicación, UNAM
Diplomado Latinoamericano para Mujeres Dirigentes y
para la Formación de Nuevos Cuadros,
Conferencia Permanente de Partidos Políticos
de América Latina y el Caribe
Maestra en Estudios de la Mujer, UAM-X

Violencia obstétrica

La violencia es el uso excesivo de la fuerza o del poder. Cuando las mujeres recurren a los servicios de salud tanto públicos como privados en busca de atención obstétrica,ⁱ es decir durante sus embarazos, partos y/o en el puerperio, surge una relación en la que el poder lo detentan las instituciones de salud y las personas encargadas de brindar la atención, pues son quienes cuentan con los instrumentos, la infraestructura, con muchos de los saberes necesarios y el reconocimiento social para prestar dichos servicios. En cambio, para las mujeres, estos son periodos de vulnerabilidad en los que acuden a esas instancias en busca de cuidados. En esta

relación desigual se puede presentar la violencia obstétrica, la cual “es una forma específica de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, incluyendo los derechos a la igualdad, a la no discriminación, a la información, la integridad, la salud y la autonomía reproductiva”.¹

La violencia obstétrica incluye regaños, burlas, ironías, insultos, amenazas, humillaciones, manipulación de la información y negación del tratamiento, así como aplazamiento de la atención médica urgente, indiferencia, imposición de medidas sin consultar ni informar a las pacientes sobre las decisiones que se

ⁱ De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2010, siete de cada diez mexicanas de más de 15 años han tenido al menos una hija o hijo vivo, lo que indica que 71.6% de la población femenina con vida reproductiva en México ha necesitado atención médica durante el periodo de embarazo, parto y puerperio.¹

toman en el curso del trabajo de parto, utilizarlas para la enseñanza y las prácticas de las y los estudiantes de medicina sin respeto a su dignidad, tergiversando el dolor durante el trabajo de parto como si fuera un castigo y hasta el daño deliberado a la salud y la vida de las afectadas.

Esta violencia se manifiesta de forma física cuando se realizan prácticas invasivas en las mujeres, les indican una medicación que no está justificada por su estado de salud o no se respetan los tiempos ni las posibilidades biológicas de sus cuerpos y del proceso propio del parto. Algunas prácticas frecuentes son: episiotomía innecesaria, rasurado, enema, uso irrestricto de oxitocina, analgesia y anestesia, obligación de parir en posición supina y realización de cesáreas sin plena justificación médica. Otra arista de la violencia obstétrica es la psicológica, que incluye “el trato deshumanizado, grosero, discriminación, humillación”.¹

Algunos casos de violencia obstétrica revelan estrategias abusivas, como forzar la autorización de las mujeres para esterilizarlas o colocarles un dispositivo intrauterino durante el trabajo de parto, cuando sus condiciones emocionales y físicas las ponen en una situación de vulnerabilidad.ⁱⁱ

De acuerdo con el informe de GIRE, no existen estudios cuantitativos que permitan dimensionar el problema de la violencia obstétrica en México. En este sentido, diversas investigaciones académicas con enfoques cualitativos centradas en testimonios de mujeres, resaltan las modalidades específicas que componen el maltrato y el abuso, coincidentes con las prácticas físicas y psicológicas de violencia obstétrica enunciadas con anterioridad.

Este maltrato y/o abuso difícilmente es señalado o denunciado, pues cuando no ocurre un daño visible en la salud física de las afectadas las instituciones, el personal de salud médico y obstétrico, así como las mujeres y sus familiares, naturalizan la violencia y la asimilan como “lo normal, lo esperable”. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 señala que México ocupa el cuarto lugar a nivel mundial en la práctica de cesáreas sin indicación médica, lo que se considera violencia obstétrica.

La información obtenida por GIRE muestra que los hospitales de la Secretaría de Salud (SSA) que atienden a población no asegurada y concentran el mayor número de partos atendidos durante los años 2009, 2010 y 2011, mantienen un índice más bajo

de cesáreas (25.6% en promedio) en comparación con los hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) que concentran menos de la mitad de la población atendida en esos años y mantienen altos promedios en la práctica de cesáreas: 51% y 40%, respectivamente. Esta alta incidencia no presenta tendencia a disminuir y en Aguascalientes y Chiapas se duplicó el número de intervenciones quirúrgicas en el transcurso de un año.

A solicitud expresa de GIRE para obtener información sobre el número de quejas, recomendaciones emitidas, aceptadas y cumplidas respecto a malos tratos y negligencia médica en la atención gineco-obstétrica a nivel federal, la SSA y el IMSS informaron que no cuentan con datos estadísticos al respecto ni con el detalle de las quejas. Por su parte, el ISSSTE reportó que en el periodo 2009-2012 recibió 122 inconformidades por estas situaciones de violencia contra mujeres en el marco de esta atención.

Por otro lado, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) informó que entre los años 2009 y 2011 se concluyeron 17 investigaciones sobre quejas en casos de atención ginecológica y obstétrica, en los que se observó evidencia de mala práctica y/o maltrato hacia las mujeres.

La Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) recibió 122 quejas relacionadas con malos tratos y/o negligencia médica durante la atención del embarazo, parto y puerperio en el periodo que abarca los años 2009 a 2012, a partir de las que se emitieron cuatro recomendaciones, tres de las cuales fueron aceptadas y dos de ellas se cumplieron de forma parcial. Esta institución no proporcionó información sobre lo sucedido con las más de 100 quejas restantes, por lo que se ignora si hubo seguimiento o si existió algún tipo de acuerdo.

Por lo anterior, GIRE subraya que estas cifras podrían ser la punta del iceberg si se considera que, en la mayoría de las ocasiones, no existe denuncia o los hechos no son identificados como actos de violencia obstétrica.

Para elaborar el diagnóstico sobre la situación en las entidades federativas, GIRE solicitó información a las instancias correspondientes y advirtió la discordancia entre las respuestas recibidas de parte de la SSA –federal y estatal–, así como de las comisiones de derechos humanos locales, entre las cuales 21 respondieron, pero sólo la Comisión de Derechos

ⁱⁱ En relación con este tema, GIRE plantea: “Esto es una constante que se ha observado sobre todo en población indígena. Lo anterior tiene una base cultural y sociológica que asocia los cuerpos de las mujeres pobres e indígenas con una amenaza para la salud pública y, por ello, enlazan la esterilización y el control de la fecundidad de este grupo específico de mujeres con los beneficios de programas sociales”.¹

Humanos del Distrito Federal (CDHDF) proporcionó detalles sobre el contenido de las dos recomendaciones emitidas y aceptadas sobre el tema.

En este sentido, la Recomendación 02/2009 de la CDHDF se refiere a siete quejas presentadas entre los años 2007 y 2008, que incluyen los casos de 11 usuarias atendidas en la red de hospitales de la Secretaría de Salud de dicha entidad federativa, de las cuales siete tuvieron consecuencias graves —muerte de la mujer, del producto del embarazo o de ambos— debido a negligencia médica, deficiencias en la disponibilidad de recursos materiales, falta de personal médico y por omitir la información de salud proporcionada a las mujeres para que dieran su consentimiento informado.

Respecto a los recursos jurídicos, GIRE señala que en México los diversos tipos y modalidades de violencia contra las mujeres se contemplan en la Ley General y en las leyes locales de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, que regulan las políticas públicas en la materia. Además, sólo los estados de Chiapas, Guanajuato, Durango y Veracruz cuentan con una definición de violencia obstétrica en sus legislaciones; el Código Penal de Veracruz sí la tipifica y, sin ser muy clara al respecto, la ley del Distrito Federal contempla la violencia contra los derechos reproductivos.

Si bien hay ciertas conductas que deberían estar codificadas en el derecho penal, en particular la esterilización forzada, GIRE cuestiona su utilización como herramienta propicia para erradicar la violencia obstétrica. En este sentido, propone que antes de criminalizar, se apliquen medidas administrativas y de política pública que refuercen el marco normativo y de derechos humanos.

Además, es conveniente recordar que nuestro país cuenta con la Norma Oficial Mexicana de Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido (NOM-007-SSA2-1993), publicada en el año 2005, que pretende disminuir los daños obstétricos y los riesgos para la salud de las mujeres y de sus hijas e hijos. Esta norma pone énfasis en la realización de actividades preventivas de riesgos durante el embarazo, así como en racionalizar ciertas prácticas que se llevan a cabo de forma rutinaria y que aumentan los riesgos o son innecesarias. También se plantea la importancia de fortalecer la calidad y calidez de los servicios de atención médica obstétrica.

La Ley General de Salud y algunas leyes locales prohíben la esterilización forzada. Además, el Código Penal Federal la tipifica como delito de “esterilidad provocada sin el consentimiento”, que aparece en el capítulo de delitos contra los derechos

reproductivos e impone entre cuatro y siete años de prisión a la persona responsable, así como hasta 70 días de multa, reparación de los daños y perjuicios ocasionados y ordena la suspensión del empleo o profesión por un plazo igual a la pena de prisión impuesta o incluso la inhabilitación definitiva. En los códigos penales de ocho estados también está tipificado el delito de esterilización forzada y los términos son similares a los contenidos en el Código Federal.

De esta forma, es preocupante que los códigos penales de la mayoría de las entidades federativas no contemplen la violencia obstétrica como delito, pues atenta de manera grave contra la integridad personal, la autonomía reproductiva y la salud de las personas. Por otra parte, en los ámbitos federal y local, la CONAMED y las secretarías de salud argumentaron que carecen de facultades para aplicar medidas disciplinarias o punitivas. En suma, no existen personas sancionadas por este tipo de falta.

Desde marzo de 2012, Veracruz es la única entidad que tipifica la violencia obstétrica como delito y no hay registro de hechos relacionados. Lo anterior evidencia que existe un tipo penal de violencia obstétrica que plantea desafíos en su persecución y que no está siendo aplicado. En primera instancia, porque es una violación a los derechos humanos que pone en riesgo la salud y la vida de las mujeres y del producto de sus embarazos. Además, afecta el tejido social al naturalizar las prácticas de violencia que permean otros ámbitos de las relaciones institucionales, laborales y personales.

Al tener su origen en la matriz de género, la violencia obstétrica perpetúa y es perpetuada por un ejercicio enquistado de discriminación hacia las mujeres, que no les reconoce los saberes sobre sus propios cuerpos ni la libre autonomía y decisión sobre éstos ni sobre su sexualidad, sus elecciones de maternidad y su vida en general.

La continuidad de esta violencia se teje en problemas estructurales y económicos nacionales y locales, con deficiencias en el sistema de salud en general, en cuanto a recursos materiales y humanos para brindar atención, así como en la falta de sensibilización en equidad de género desde las y los trabajadores en la salud, lo que se suma a fenómenos locales y situaciones de riesgo con relación a la vulnerabilidad de derechos que están vinculados con situaciones de clase, edad o grupos sociales específicos.

Como se puede observar, la violencia obstétrica implica un abordaje complejo; sin embargo, es preciso visibilizarla y desnaturalizarla para facilitar y fortalecer vías de denuncia, así como exigir el cumplimiento de los criterios emitidos por la

Organización Mundial de la Salud (OMS), referentes a prácticas no invasivas, acompañamiento y difusión de las conveniencias de los partos humanizados y el respeto impostergable de los derechos humanos de las mujeres que requieren atención obstétrica. Es el momento de crear prácticas de atención que generen procesos en los cuales las mujeres embarazadas, las que están pariendo o las que han parido, sean reconocidas y respetadas en toda su dimensión humana: en su dignidad, su cuerpo, sus emociones y sus necesidades.

Mtra. Alejandra Oyosa Romero

Licenciada en Ciencias de la Comunicación, UNAM
Maestra en Estudios de la Mujer, UAM-X

Vida laboral y reproductiva

El trabajo es un concepto mercantilista y androcéntrico que se ha debatido en distintos ámbitos y épocas. Hasta la primera mitad del siglo XX, la economía lo consideró como un término neutral, pues sólo tomaba en cuenta que fuera productivo, remunerado y mercantil. En la década de 1960, los feminismos colocaron en la discusión la invisibilidad y exclusión del trabajo doméstico y de cuidado. Lo anterior implicó pensar en el trabajo que realizan las mujeres desde una doble dimensión: doméstico/extradoméstico, asalariado/no asalariado, productivo/reproductivo, entre otros.

En general, las mujeres que tienen un empleo remunerado también llevan a cabo labores domésticas, esto se ha denominado doble jornada o doble presencia. Esta interrelación entre trabajo doméstico/extradomésticoⁱⁱⁱ permite observar la dependencia entre ambos y las desigualdades que afectan a las mujeres en uno y otro ámbito. Además, es indispensable reconocer que no hay una línea que los disocie, sino un tránsito cotidiano que da forma a la vida de las mujeres.

La división sexual del trabajo dio origen al reparto de tareas y espacios para mujeres y hombres, asignaciones que varían entre una sociedad y otra, al igual que lo que es y ha sido considerado masculino y femenino.² Así, el trabajo asalariado y remunerado se vincula con la separación de actividades socialmente asignadas a cada sexo, respecto a las ocupaciones aceptadas y los espacios de trabajo permitidos con base en el sexo como dimensión biológica, y el género como construcción social de relaciones.

Los mercados de trabajo, incluyendo el de México, están contruidos con bases androcéntricas; es decir, en torno al hombre y sus necesidades, por lo que no se consideran las particularidades de la incorporación de las mujeres, como las derivadas de la obligatoriedad del trabajo doméstico y de cuidado de niñas y niños y personas enfermas o mayores. Esto implica desigualdades en diversos ámbitos y dimensiones,

como las relativas a la normatividad y legislación en materia laboral y de seguridad social, temas en los que se centra este informe, enfocándose de manera particular en los derechos vinculados con la protección a la maternidad.

GIRE y Radar 4º exponen que la legislación mexicana contempla la protección a la maternidad libre y voluntaria en el artículo 4º constitucional, mientras que en el artículo 123 se establecen diversos derechos para las madres trabajadoras, como licencias por maternidad, descansos para la lactancia, evitar actividades peligrosas y el beneficio de ciertas prestaciones sociales.³ Además, la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Violencia contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés) establece que los Estados deben aplicar medidas apropiadas para proteger la maternidad y garantizar una mayor corresponsabilidad por parte de mujeres y hombres en el trabajo doméstico y de cuidado.

Por su parte, la Organización Internacional del Trabajo (OIT), considera estándares y garantías para la protección de la maternidad,³ en específico en los convenios 183 y 156, como la licencia de maternidad de al menos 14 semanas. Sin embargo, México no ha ratificado ninguno de estos convenios, por lo que esta licencia tiene una duración menor al estándar internacional propuesto por la OIT.

En el panorama nacional, a pesar de la existencia de los instrumentos internacionales mencionados y de la legislación en la materia, en la práctica cotidiana este marco legal no se cumple, como lo demuestran las cifras del año 2009 ofrecidas en el informe de GIRE y retomadas del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), que indican que 45.7% de las mujeres trabajadoras no tuvieron acceso a incapacidad o licencia médica después del parto, cifra que se incrementa a 67.1% si se incluyen los casos de complicaciones en el embarazo o aborto.³

ⁱⁱⁱ En esta reseña se acudirá a este término para aludir al binomio derivado de las actividades realizadas por las mujeres dentro del denominado trabajo reproductivo y de cuidado, y que llevan a cabo de forma simultánea con una actividad laboral remunerada. Sin embargo, se reconoce que el principal criterio para dividir los ámbitos del trabajo es su mercantilización y la supuesta utilidad y productividad de uno –el extradoméstico– versus la obligatoriedad y la no productividad del otro –el doméstico y de cuidado–.

A lo anterior se suma la discriminación que se ejerce hacia las mujeres en el empleo, en particular cuando se les exige la prueba de embarazo para concretar su contratación o cuando se practica el hostigamiento laboral y los despidos injustificados debidos al ejercicio de la maternidad.

El marco normativo analizado en Omisión e indiferencia se refiere a la protección de la maternidad en el ámbito laboral y de seguridad social establecida en instrumentos legales, como la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley Federal del Trabajo, la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, la Ley del Seguro Social, la Ley del ISSSTE y también incluye la reforma laboral del año 2012.

En general, no se observan diferencias importantes en los rubros de trabajo, licencias de maternidad, periodo de lactancia y prestaciones. Sin embargo, en materia de estancias infantiles sólo la Ley del Seguro Social considera este derecho para los padres, siempre y cuando sean viudos o divorciados y mientras no contraigan nuevo matrimonio ni se unan en concubinato.

Estas condiciones son preocupantes, pues reproducen los estereotipos de género y la división sexual del trabajo, que considera como obligación primordial de las mujeres el cuidado y la crianza, mientras que encasilla a los hombres como proveedores de sus familias, lo que es contrario a la búsqueda de la corresponsabilidad de unas y otros en el trabajo doméstico y de cuidado. Además, se generan desigualdades en los ámbitos laboral y del hogar, con excesiva carga de trabajo para las mujeres y la imposibilidad de que los hombres se involucren en la crianza de sus hijas e hijos.

En cuanto a la reforma a la Ley Federal del Trabajo del año 2012, este informe destaca la explícita prohibición de discriminar por género, estado civil o cualquier otro criterio, así como de la obligación de presentar certificados de ingravidez para ingresar, permanecer o ascender en el empleo.³ También se subrayan los cambios en materia de licencias de maternidad, las cuales son más flexibles –aunque no se aumenta el periodo ni se cumple con los estándares internacionales– y se consideran para los casos de adopción.

A pesar de lo anterior, la reforma laboral de 2012 insiste en reproducir los estereotipos de género y, aunque contempla las licencias por paternidad, éstas son limitadas a cinco días laborales y no constituyen un apoyo importante para las madres, en quienes se sigue depositando la obligación del cuidado y la crianza de hijas e hijos.

En resumen, no hay modificaciones sociales de fondo y se da continuidad a la división sexual del trabajo como fundamento de las normas y leyes en materia

laboral. Además, se perpetúa un mercado de trabajo androcéntrico y legislaciones sexistas que conducen a desigualdades e inequidades que impiden la conciliación, para mujeres y hombres, del trabajo extradoméstico/productivo con el doméstico/no productivo.

En este informe, GIRE y Radar 4º colocan su mirada en los vacíos y deficiencias de la normativa laboral mexicana; enfatizan que la falta de afiliación en los esquemas de seguridad social constituye un problema estructural debido a que, de acuerdo con datos del INEGI, casi 50% de las trabajadoras no cuentan con ningún esquema de afiliación y carecen de acceso a licencias de maternidad, guarderías y otros servicios de protección que les permitirían disminuir la carga de trabajo de la doble jornada que enfrentan de forma cotidiana.

Este último aspecto se vincula con los procesos de flexibilización y precarización del empleo. En el primer caso, se relaciona con las llamadas *formas atípicas del empleo*^{iv} temporal, a domicilio, de medio tiempo, subcontratado, por honorarios o por proyecto; las cuales, por lo general, impiden construir trayectorias estables y de larga duración, lo que ocasiona un entorno inestable, fragmentado, inseguro y cambiante. En el segundo caso, los cambios en las relaciones laborales incluyen salarios cada vez más bajos que no corresponden con el crecimiento inflacionario de la economía, así como la eliminación de las prestaciones sociales, lo que incide en condiciones laborales precarias. Esta situación empeora con una reforma laboral que institucionaliza estas dos características.

Además, se ha documentado que tales condiciones son generalizadas, pero sus consecuencias y efectos tienen mayor impacto para las mujeres, quienes aumentan su carga de trabajo –doméstico y extradoméstico– al establecer estrategias de sobrevivencia familiar que se traducen en más actividades para subsanar las necesidades económicas y de cuidado de sus familias.^{4,5,6}

GIRE y Radar 4º ponen en discusión el tema de las licencias de maternidad y paternidad. Respecto a las primeras, insisten en que la legislación nacional no está armonizada con los estándares internacionales y que el Estado Mexicano no acata las recomendaciones de la OIT, en particular la del año 2000, para aumentar el periodo de las mismas, que continúa siendo de 12 semanas. En cuanto a las segundas, reconoce que los cinco días establecidos son insuficientes y no permiten la corresponsabilidad paterna en las tareas de cuidado y crianza de hijas e hijos.

La lactancia materna es otro tema en el que hace énfasis este informe, pues su legislación es inoperable en la práctica ante la carencia de regulación para el

^{iv} Que en el contexto actual, dentro de una economía neoliberal y globalizada, han dejado de ser atípicas para convertirse cada vez más en frecuentes y comunes en las trayectorias laborales de mujeres y hombres.

establecimiento de cuartos destinados a esta actividad y mecanismos que hagan posible el cumplimiento de la normatividad existente.

Respecto a las estancias infantiles, las 11 174 reportadas en este informe —y pertenecientes al IMSS, al ISSSTE y a la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL)— son insuficientes para la demanda.^v Lo anterior permite reflexionar sobre la cantidad de niñas y niños que asisten a guarderías privadas y/o están al cuidado de sus madres o demás familiares, mujeres en la mayoría de los casos.

Este informe sostiene que existe una absoluta impunidad hacia las prácticas de discriminación laboral que viven las embarazadas, lo cual se demuestra con el reducido número de denuncias por despido asociado con el embarazo y la falta de información sobre quejas (por exigirles certificados de ingravidez), ya sea porque no son registradas o porque no existan tales denuncias. Es un secreto a voces que este tipo de discriminación sucede de forma cotidiana y la legislación es insuficiente para cambiar esta realidad, pues se trata de prácticas comunes en el mercado de trabajo de nuestro país.

En conjunto, las situaciones enmarcadas en este capítulo muestran que aún subsisten las desigualdades e inequidades entre mujeres y hombres en el ámbito del trabajo extradoméstico y remunerado, y cómo México no proporciona protección a la maternidad ni construye un modelo de corresponsabilidad en el cuidado y crianza de hijas e hijos, para mujeres y hombres, que permita la conciliación de los ámbitos doméstico y extradoméstico para unas y otros.

Mtra. Sara Chávez Ruiz

Licenciada en Antropología Social, ENAH
Maestra en Estudios de la Mujer, UAM-X

En el presente capítulo se retoma la definición de infertilidad de la OMS, que la describe como la incapacidad de lograr un embarazo después de 12 meses o más de relaciones sexuales no protegidas, situación que hasta el año 2010 había afectado a 48.5 millones de mujeres a nivel mundial.⁷

De acuerdo con este informe, en México la infertilidad es un problema de salud pública. Según cifras del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), en los últimos años más de 25 mil personas han recibido algún tipo de atención por infertilidad en el

Para concluir, respecto a las recomendaciones realizadas en este informe, las cuales se centran en reformas a la Ley Federal del Trabajo, en la ampliación de la licencia de maternidad a 16 semanas, en el incremento en el número de días de la licencia de paternidad, hasta lograr una corresponsabilidad real de ambos; en la flexibilización de los horarios de trabajo, en la modificación de las disposiciones relacionadas con las estancias infantiles, con acceso para mujeres y hombres, sin restricción alguna, y en la constitución de un sistema de seguridad social universal para trabajadoras y trabajadores,³ me permito añadir el siguiente cuestionamiento: ¿cómo resolver la situación de las mujeres que no acceden a ningún sistema o prestación social que les permita enfrentar el embarazo y la maternidad? Analizar y resolver esto resulta fundamental si se considera que se incrementan las personas que carecen de estas prestaciones en un entorno laboral en el que impera la flexibilización y precarización del trabajo y al tomar en cuenta que no hay estrategias en política pública que proporcionen atención médica y acceso a estancias infantiles para todas las mexicanas que lo requieren.

Tales medidas son fundamentales para cambiar una realidad que lacera la dignidad de miles de mexicanas, que fomenta y perpetúa las desigualdades e inequidades no sólo derivadas del sexo y el género, sino también de otras coordenadas que es necesario tomar en cuenta como la edad, la clase social o la etnia. El objetivo último es evitar que sucedan situaciones como la vivida por María Elena López Bretón, el caso emblemático que exponen GIRE y Radar 4º en este informe.

Reproducción
asistida

sistema público de salud y un alto porcentaje de ellas son mujeres. Así, es pertinente preguntarse si esta incidencia se asocia con una mayor solicitud de estos servicios de salud por parte de ellas, dado que se les responsabiliza de manera inmediata cuando la pareja presenta dificultades para embarazarse o cuando el impedimento deriva de un problema biológico en este segmento de la población.

En este sentido, me parece que dadas las características del contexto cultural patriarcal vigente en nuestro país, existe la tendencia a “culpar” a las mujeres de ser las

^v Es importante acotar que este informe no incluye otro tipo de estancias infantiles que existen en nuestro país, por lo que es factible cuestionar si hay un subregistro de éstas, como el caso de aquellas proporcionadas a trabajadoras de los gobiernos de las entidades federativas y otras vinculadas con algunos sindicatos, como el de educación.

causantes de los padecimientos físicos, emocionales y psicológicos que las aquejan, por lo que un acercamiento con perspectiva de género es de vital importancia para brindar una atención alineada a los más altos estándares de calidad y con pleno respeto a los derechos humanos, en particular los de las mujeres. Lo anterior implica adecuar la atención a las necesidades específicas de las personas que buscan acceder a los servicios de reproducción humana asistida.

A partir de la década de los años 70 se ha buscado contrarrestar esta problemática al aplicar técnicas de reproducción asistida (TRA)^{vi} para ayudar a quienes no han logrado un embarazo y desean tener descendencia.⁷ Sin embargo, considero que el camino recién ha comenzado, pues son grandes los vacíos en materia de regulación de estos servicios y es enorme el peso de estereotipos, patrones culturales y prácticas discriminatorias que limitan o impiden que toda persona que lo solicite, acceda a dichos servicios.

De igual manera, este informe señala que fundar una familia y decidir sobre el número de hijas e hijos que se desea tener, así como su espaciamiento, son derechos consagrados en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, pero por lo general, los servicios de planificación familiar están orientados hacia la anticoncepción y relegan a un segundo plano la información, la atención y las condiciones que hacen posible la reproducción humana asistida. El acceso a éstos implica el ejercicio de otros derechos plasmados en nuestra Constitución como a la igualdad, a la no discriminación, a la autonomía reproductiva, a la salud y el derecho a beneficiarse del progreso tecnológico.

De acuerdo con GIRE y Radar 4º, en la actualidad en nuestro país operan 52 centros autorizados para llevar a cabo técnicas de reproducción asistida; sin embargo, falta una regulación específica, pues la mayoría de los establecimientos prestan este servicio conforme a la que aplican todas las instituciones de salud. En este sentido, es vital atender los vacíos legales en la materia, con el fin de evitar prácticas discriminatorias, abusivas e ilegales hacia las personas que buscan beneficiarse de las TRA.

Un acierto de este informe es ofrecer de manera concisa el panorama estadístico y legislativo sobre el tema. El documento enfatiza la necesidad de establecer un marco normativo para el acceso y otorgamiento de los servicios de reproducción humana asistida como una responsabilidad directa del gobierno federal y de la SSA, a través de la Ley General de Salud que fija las bases para su regulación. En los últimos años se han

presentado al menos ocho iniciativas que proponen reformar ésta, así como crear la de Reproducción Humana Asistida y la Ley de Subrogación Gestacional.

El marco normativo brinda elementos suficientes para reconocer el reto de lograr que las disposiciones regulatorias no violen los derechos humanos, como ha sucedido con la mayoría de las propuestas presentadas, pues han sido elaboradas a partir de las nociones del ideal de familia, de pareja heterosexual y de considerar al embrión como sujeto jurídico con derechos. En este sentido y según este informe, se puede afirmar que la propuesta presentada ante el Congreso de la Unión en julio del año 2011, es una de las más respetuosas de los derechos humanos, en tanto se refiere a personas y no a parejas beneficiarias de las TRA y contempla la criopreservación de material genético.

Tal como apuntan GIRE y Radar 4º, aunque es responsabilidad del gobierno federal reglamentar los servicios de la reproducción humana asistida; respecto a la gestación subrogada existe la posibilidad de que algunos de sus aspectos sean regulados desde el ámbito local.

Asimismo, este análisis plantea que a pesar de que la gestación subrogada ha sido tema de debate a nivel nacional e internacional, no se ha elaborado una normativa modelo que incluya aspectos médicos y jurídicos que constituyan el punto de partida de regulaciones más detalladas. Considero fundamental que dicha normatividad sea adecuada culturalmente con las especificidades de cada entidad federativa, pues de otra forma se corre el riesgo de constituir una legislación retrógrada que sea un fracaso, como ocurre con los programas y proyectos diseñados y planeados sin tener idea clara de las necesidades particulares y de las características de las poblaciones a las que van dirigidos.

Del incipiente avance para regular la gestación subrogada, GIRE revela que en nuestro país el único estado que tiene una legislación parcial es Tabasco, en el artículo 92 de su Código Civil. Por otro lado, en el Distrito Federal, Guerrero y Puebla se han presentado iniciativas a los congresos locales. Considero necesario reflexionar en torno a las razones por las que el Distrito Federal, una de las ciudades a la vanguardia en materia de respeto a los derechos humanos, aún se encuentra "en pañales" en la tarea de regular la reproducción humana asistida.

Un aspecto clave se desprende del conjunto de iniciativas retomadas en este informe, pues evidencian

^{vi} Dichas técnicas incluyen: la manipulación de ovocitos, espermatozoides o embriones humanos para el establecimiento de un embarazo; la inseminación intrauterina, intracervical o intravaginal, con semen de la pareja o un donante; la fecundación *in vitro* (FIV) y la transferencia de embriones; la transferencia intratubárica de gametos, de cigotos o de embriones; la criopreservación y donación de ovocitos y embriones y el útero subrogado.¹⁰

la urgente necesidad de definir los criterios para designar a las personas beneficiarias de los procedimientos en TRA y otros temas asociados, como el uso del término autorización, las prohibiciones y los casos que se cataloguen como delito. Por ejemplo, el artículo 92 del Código Civil para el estado de Tabasco, hace la distinción entre madre gestante sustituta (mujer que lleva el embarazo a término y proporciona el componente para la gestación, mas no el componente genético) y madre subrogada (mujer que lleva el embarazo a término y proporciona el componente para la gestación y el componente genético).

Uno de los principales problemas al regular la reproducción asistida es que en las iniciativas presentadas a los congresos locales y en las legislaciones que ya consideran algún tipo de normatividad en la materia, siguen existiendo vacíos legales que repercuten en la violación de derechos humanos de las mujeres gestantes y de las personas que solicitan los servicios.

La principal virtud de este informe es su planteamiento sobre las consideraciones que no deben obviar quienes legislan al momento de elaborar, discutir y aprobar cualquier iniciativa que pretenda regular los servicios de reproducción humana asistida. Así, señala que una normativa integral capaz de brindar certeza jurídica y congruente, con pleno respeto a los derechos humanos, deberá considerar lo siguiente:

- Garantizar a la población el acceso a los servicios de reproducción humana asistida, independientemente de las razones que tengan para emplearlos, y con pleno respeto a los derechos humanos según lo establecido en la Constitución, así como en los tratados internacionales ratificados por nuestro país.
- Reconocer que un embrión u óvulo fertilizado no puede ser considerado como sujeto jurídico de derecho.
- No excluir de los servicios de reproducción humana asistida a personas que no cumplen con el modelo de familia tradicional, como las parejas del mismo sexo o personas solteras.
- Prohibir el tráfico de óvulos fertilizados o sin fertilizar.
- No sustentarse en creencias morales o principios religiosos.
- Se requiere claridad y respeto de las competencias que tendrán tanto la federación como las autoridades locales.

Es claro que en materia de regulación humana asistida el camino comienza y, en este sentido, el informe elaborado por GIRE aporta un conjunto de propuestas necesarias, útiles, vigentes y acertadas en torno

al tema. Lo anterior fundamenta el respeto a los principios y derechos humanos que nos guían y cobijan como sociedad democrática en desarrollo.

Referencias bibliográficas

- 1 Violencia obstétrica. En: Tamés R, directora. Omisión e indiferencia. Derechos reproductivos en México. Aborto/Anticoncepción/Mortalidad materna/Violencia obstétrica/Vida laboral y reproductiva/Reproducción asistida. México: GIRE; 2013. p. 119-147.
- 2 Mead, M. Sexo y temperamento. Buenos Aires: Paidós; 1961.
- 3 Vida laboral y reproductiva. En: Tamés R, directora. Omisión e indiferencia. Derechos reproductivos en México. Aborto/Anticoncepción/Mortalidad materna/Violencia obstétrica/Vida laboral y reproductiva/Reproducción asistida. México: GIRE; 2013. p. 148-164.
- 4 América Latina Genera y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Trabajo y economía. Globalización, desarrollo y género [Monografía en Internet]. Panamá: América Latina Genera, gestión del conocimiento para la igualdad de Género; c2006-2011 [citado 2013 Sept 23] [aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.americalatinalgenera.org/es/index.php?option=comcontent&view=article&id=219&Itemid=158>
- 5 Gamboa M, D'Angelo A y Kries S. Flexibilización del mercado laboral en Nicaragua. Una aproximación a su medición y un aporte al debate sobre sus implicaciones de género. Nicaragua: UNIFEM; 2007.
- 6 Vargas V. Los feminismos latinoamericanos y sus disputas por una globalización alternativa. En: Mato D, coordinador. Políticas de identidades y diferencias sociales en tiempos de globalización. Venezuela: FACES-UCV; 2003. p. 193-217.
- 7 Tamés R, directora. Reproducción asistida. En: Omisión e indiferencia. Derechos reproductivos en México. Aborto/Anticoncepción/Mortalidad materna/Violencia obstétrica/Vida laboral y reproductiva/Reproducción asistida. México: GIRE; 2013. p. 165-177.