

MAESTRÍA EN ESTUDIOS DE LA MUJER

T
230

TESIS QUE PRESENTA:

MARÍA DE LA CONCEPCIÓN VALLARTA VÁZQUEZ

**EL CONSENTIMIENTO INFORMADO: UN DERECHO
REPRODUCTIVO EN MÉXICO**

Asesora de tesis: Mtra. Ma. de los Angeles Garduño

Universidad Autónoma Metropolitana

Plantel Xochimilco

Marzo del 2001

84403

INDICE

Introducción	p. 4
Capítulo I: Marco Teórico	p. 10
I.1 Cuerpo, reproducción y poder	p. 10
I.2 Los derechos reproductivos	p. 14
I.2.1 El conflicto entre las políticas de población y los derechos reproductivos	p. 22
I.2.2. Investigaciones anteriores sobre derechos reproductivos	p. 27
I.3 El consentimiento informado	p. 29
Capítulo II: Marco jurídico del consentimiento informado	p. 36
II.1 Contexto Internacional	p. 36
II.2 Contexto Nacional	p. 42
Capítulo III: Bases jurídicas para interponer una demanda por presunta violación a derechos reproductivos y vías de denuncia	p. 50
III.1 Juicios y vía	p. 51
III.1.1 Denuncia por la vía penal	p. 51
III.1.2 Denuncia por la vía civil	p. 55
III.2 Bases jurídicas para interponer una queja por presunta violación al consentimiento informado en distintas instancias de queja	p. 59
III.2.1 Marco Jurídico de la Comisión Nacional de Derechos Humanos	p. 60
III.2.1.1 Motivo de Creación de la Comisión Nacional de Derechos Humanos	p. 60
III.2.1.2 Organización de la CNDH	p. 61
III.2.1.3 Competencia de la CNDH	p. 62
III.2.1.4 Facultades de la CNDH	p. 63
III.2.1.5 Procedimiento de presentación de quejas ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos	p. 64
III.3 Marco Jurídico de la CONAMED	p. 69

III.3.1 Motivo de creación de la CONAMED	p. 69
III.3.2 Organización de la CONAMED	p. 70
III.3.2.1 Competencia de la CONAMED	p. 71
III.3.2.2 Procedimiento de presentación de quejas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico	p. 72
Capítulo IV: Identificación de quejas presentadas	p. 76
IV.1 Informe de las Quejas Presentadas ante el Tribunal para la Defensa de los Derechos Reproductivos	p. 76
IV.2 Quejas presentadas ante la CNDH en materia de prescripción de métodos anticonceptivos	p. 79
IV.3 Quejas recibidas por la Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente del IMSS	P.83
CAPÍTULO V: TESTIMONIOS	P. 89
V.1 Las mujeres que no denunciaron	p. 89
V.1.1 Los relatos de los hechos	p. 90
V.1.2 Análisis de los tres casos	p. 92
V.2 Las mujeres que sí denunciaron	p. 97
V.2.1 Los relatos de los hechos	p. 98
V.2.2 Análisis de los procesos según la entrevista al abogado responsable	p. 100
Conclusiones	p. 105
Bibliografía	p. 108
Anexo: entrevistas	p. 111

INTRODUCCIÓN

En el siglo XVIII nació el concepto de derechos humanos como el conjunto de derechos que tienen todas las personas frente al Estado. En el siglo XX, con la creación de la Organización de las Naciones Unidas, después de la Segunda Guerra Mundial, se fueron ampliando cada vez más el conjunto de derechos reconocidos como derechos humanos por los países miembros y quedaron plasmados en diferentes instrumentos declaratorios. Entre estos derechos se encuentra el derecho a decidir cuántos hijos tener y cuándo tenerlos. A pesar de que este derecho fue reconocido desde 1968 en Teherán, hasta el día de hoy sigue causando mucha polémica. Incluso en la última reunión de Naciones Unidas para evaluar los logros obtenidos desde la Conferencia Mundial de la Mujer de Beijing en 1995, no se pudo lograr un consenso respecto a la definición del conjunto de derechos llamados reproductivos y sexuales.

¿Porqué resulta tan difícil aceptar que las personas tienen derecho a regular su propia fecundidad? En mi opinión esto se debe a que la reproducción ocurre en el cuerpo de la mujer y en la cultura patriarcal en la que vivimos, es un hecho que los hombres y el Estado quieren mantener el control sobre el cuerpo de las mujeres y muy particularmente sobre su capacidad de reproducirse.

Desde que trabajé en mi tesis de licenciatura sobre el marco jurídico internacional de los derechos humanos de la mujer me surgió la inquietud de investigar porqué se les da menos importancia a los derechos humanos que atañen específicamente a la mujer. La oportunidad surgió en 1998 cuando en el Consejo Nacional de Población donde estaba yo trabajando como asesora me pidieron que realizara una

investigación, junto con otra investigadora, sobre las quejas presentadas por violación al consentimiento informado. Esa investigación concluyó en 1999 pero me dejó la inquietud de seguir estudiando este fenómeno por mi cuenta. Por mi formación de licenciada en derecho me interesó especialmente el aspecto jurídico del problema.

Si hiciéramos una búsqueda hemerográfica, sin duda encontraríamos casos de imposición forzada de métodos anticonceptivos. Es algo que todos hemos escuchado alguna vez y se tiene la idea de que es una práctica común en nuestro país aunque puede resultar difícil a veces probarlo. La manera más segura de probar que existen estos casos es referimos a las quejas que se han presentado ante las diferentes instancias de resolución de quejas y ver cómo se resuelven pero antes de eso tendríamos que estar seguros de que la imposición forzada de métodos anticonceptivos efectivamente es una violación a un derecho humano o cuando menos un ilícito reconocido como tal en nuestras leyes.

No obstante que México ha participado en todas las reuniones internacionales relacionadas con los Derechos Humanos, de Población y sobre la Mujer y que la Constitución Política ha reconocido varios de estos derechos, en el campo de los Derechos Humanos es bien conocida la poca importancia que se le ha dado a algunos Derechos Humanos respecto a otros, y éste es el caso de los Derechos Reproductivos ante otros Derechos Humanos de "incuestionable valor" como el derecho a la libertad y a la seguridad de las personas. Por otra parte, la ausencia de una cultura jurídica en México, aunada a las prácticas y conductas de discriminación a la mujer en general y al poder que tienen y ejercen los agentes institucionales (en especial los médicos y los encargados de la impartición de

justicia) provoca que los Derechos Reproductivos sean fácilmente violados y que estas violaciones queden impunes por varias razones, entre las que se encuentra el que no son denunciadas porque la víctima no sabe que es sujeto de derechos y que fue violentada en ellos, o porque ignora cómo y dónde presentar la denuncia, o bien porque sabe (por experiencia propia o por la de alguna persona que le haya platicado) que va a ser maltratada y violentada por los representantes de las instancias que paradójicamente tendrían que protegerla, o porque sabe que es infructuoso iniciar un juicio contra autoridades porque en su mayoría se pierden los juicios entablados. Lo grave de la impunidad a la violencia a los derechos de las mujeres es que no solamente menoscaba el Estado de Derecho y su capacidad ciudadana, sino que refuerza patrones ancestrales de cultura patriarcal de devaluación y autodevaluación en detrimento de su dignidad humana y de su incorporación al desarrollo y a las demás esferas de la vida en igualdad de condiciones que los varones, además de que alienta y refuerza las prácticas violatorias de los derechos reproductivos por parte de los agentes institucionales que tradicionalmente las realizan.

Aunque no se sabe la magnitud del problema, son varias las evidencias de violación a los derechos reproductivos: por una parte, tanto las instituciones encargadas de prestar los servicios para facilitar el ejercicio de algunos de los derechos reproductivos como las instituciones encargadas de la impartición de justicia y de las violaciones a los derechos humanos han aceptado su existencia; y por la otra parte, los organismos no gubernamentales relacionadas con los derechos humanos y los que están luchando por lograr el pleno ejercicio de los derechos de las mujeres y apoyando las denuncias a las violaciones de los

derechos reproductivos y sexuales y de violencia en general, han documentado, denunciado y/o apoyado violaciones a los citados derechos. No obstante, estas ONGs no han estudiado ni documentado de manera sistemática los casos de denuncia y los procedimientos jurídicos seguidos, así como los resultados de las denuncias e incluso las mismas instancias de denuncias, con el fin de fortalecer la capacidad en la toma de decisiones de la mujer y en el ejercicio y defensa de los derechos de la mujer.

Las preguntas que pretendemos responder con esta investigación son las siguientes: ¿Cuáles son los derechos reproductivos en México? ¿Cuáles son sus medios de defensa? ¿En qué consiste el consentimiento informado? ¿Qué acciones llevan a cabo las mujeres para hacer valer sus derechos? y, finalmente, ¿Cómo se resuelven los casos de violación a los derechos reproductivos?

Esta investigación se va a centrar en el uso forzado de anticonceptivos, que es una forma de violación a un derecho reproductivo: el consentimiento informado. Partimos del supuesto de que no existe un adecuado seguimiento de estos casos de violación por lo que no sabemos cómo son sancionados los responsables y si se da algún tipo de reparación del daño. Para conocer mejor cómo se sustenta el consentimiento informado como un derecho reproductivo en México, en un primer momento plantearemos el marco teórico y jurídico de los derechos reproductivos en nuestro país y posteriormente haremos un análisis de las entrevistas que realizaremos a tres mujeres que sufrieron una violación al consentimiento informado y no denunciaron y de una entrevista al abogado que está llevando dos juicios por imposición forzada de dispositivo intrauterino.

Como se mencionó anteriormente, esta investigación es principalmente jurídica por lo que después de dar un breve resumen de las principales teorías en torno a los derechos reproductivos en un primer capítulo, me centraré más en la recopilación de información sobre la definición del consentimiento informado en nuestras leyes, las instancias de denuncia existentes, las quejas presentadas ante estas instancias y el conocimiento de estos derechos e instancias según la información obtenida mediante una encuesta telefónica sobre el tema.

En un tercer capítulo haré un análisis de las entrevistas realizadas a las mujeres que no denunciaron y al abogado defensor de las que sí denunciaron. El objetivo de incluir estas entrevistas es el de dar un ejemplo de cómo perciben las mujeres sus derechos y la violación al consentimiento informado y de ver cómo se desarrolla actualmente un juicio por violación al consentimiento informado. Las mujeres elegidas para dar su testimonio sobre la imposición forzada de métodos anticonceptivos son mujeres con alto grado de escolaridad que sin embargo no denunciaron los hechos. Aunque la muestra es demasiado pequeña para ser significativa en cuanto a resultados, creo que es un buen indicio de lo que puede estar sucediendo en nuestro país, ya que si las mujeres más privilegiadas sufren estas violaciones y no denuncian es muy probable que las que tienen menos educación y recursos económicos tampoco estarán conscientes de la violación que están sufriendo y tampoco sabrán a donde acudir.

Lo que pretendo demostrar con esta investigación es que a pesar de que el consentimiento informado es un derecho de las mujeres mexicanas, es un derecho poco conocido, fácilmente violado y con muy pocas posibilidades de ser defendido

tanto por lagunas legales como por la poca eficacia de las instancias de denuncia existentes y la ineficiencia del sistema judicial.

Capítulo I: Marco teórico

Antes de abordar el tema del consentimiento informado en los servicios de planificación familiar como un derecho reproductivo, es necesario definir el marco teórico en el cual voy a desarrollar la investigación. Al hablar de derechos reproductivos me estoy refiriendo a un hecho biológico que tiene lugar en el cuerpo de la mujer: la concepción; por consiguiente, considero que éstos son derechos que las mujeres tenemos sobre nuestro cuerpo.

En la primera parte de este capítulo estudiaré brevemente los conceptos de cuerpo, reproducción y poder que considero como un punto de partida para la discusión sobre los derechos reproductivos que abordaré en una segunda parte. Para finalizar, presentaré un estudio del concepto de “consentimiento informado” como es utilizado actualmente en los servicios de planificación familiar.

I.1 Cuerpo, reproducción y poder

Cuando Simone de Beauvoir se pregunta en su obra *Le deuxième sexe* ¿qué es una mujer? La primera respuesta que propone es desde el punto de vista biológico y cita a los amantes de las fórmulas sencillas: ella es una matriz, un ovario; ella es una hembra: esta palabra basta para definirla.¹ (*traducción mía*)

La autora nos habla de la reproducción y de la función de los sexos en este proceso. Nos recuerda que a pesar de que en algunas sociedades primitivas se desconocía la participación del hombre en la concepción, desde la antigüedad y hasta el siglo XIX se manejaba entre los científicos la idea de que el hombre

¹ Simone de Beauvoir *Le deuxième sexe*, I Les faits et les mythes, Gallimard, Paris, 1976, p. 35.

aportaba la sustancia activa de la fecundación (el esperma) mientras que la mujer desempeñaba un papel solamente pasivo (la gestación).²

La relación con el cuerpo fue analizada en términos de vivencia subjetiva por el filósofo Gabriel Marcel quien decía que la invasión irresistible del cuerpo sobre uno mismo era el fundamento de nuestra condición de hombre y de criatura.³ Aída Aisenson considera el cuerpo como “el centro ordenador de la totalidad de la experiencia” respecto del cual no se puede establecer una distinción. Además, esta autora opina que el cuerpo es el centro mismo del universo personal y que gracias al cuerpo somos también dueños de nuestra propia historia con lo cual queda claro que no acepta la dicotomía cuerpo/espíritu.⁴

A pesar de que esta corriente de pensamiento plantea que somos nuestro cuerpo y que no se puede deslindar subjetividad y cuerpo, encontramos que existen muchos casos en que los cuerpos de unos son manipulados por otros como objetos externos a sí mismos y a los demás. Un ejemplo de esto lo encontramos en el argumento del determinismo biológico que entre otras cosas pretende explicar el dominio de los hombres sobre las mujeres en función de que el cuerpo femenino es similar a la tierra que se cultiva, o sea objeto de control social e individual. Así las diferencias biológicas básicas entre los sexos se convierten en el argumento de la inmutabilidad y de la supremacía social del varón. En este contexto, “la demanda

² Idem, pp. 35-50.

³ Aída Aisenson Kogan. Cuerpo y persona: filosofía y psicología del cuerpo vivido, Fondo de Cultura Económica, México, 1981, p. 17.

⁴ Idem, p. 20.

de igualdad de las mujeres está injustificada porque la dominación masculina se ha ido estructurando en nuestros genes durante generaciones de evolución”⁵.

En particular, en el fenómeno de la reproducción donde la participación femenina es evidente, los hombres han pretendido y logrado en muchos casos adjudicarse un papel protagónico. Podemos constatar que para someter a las mujeres eficazmente los hombres han tenido que apropiarse de sus cuerpos, de su función reproductora y que éste fenómeno todavía se da en nuestra época aunque quizás de forma más sutil.

La maternidad, que está íntimamente relacionada con la conyugalidad en nuestra sociedad, parece ser el destino de toda mujer. Marcela Lagarde afirma que “Ser madre y ser esposa consiste para las mujeres en vivir de acuerdo con las normas que expresan su ser –para y de- otros, realizar actividades de reproducción y tener relaciones de servidumbre voluntaria, tanto del deber encarnado en los otros, como con el poder en sus más variadas manifestaciones.”⁶ Aquí encontramos dos premisas fundamentales de la condición de la mujer: es la encargada de la reproducción siendo la única que puede llevar a cabo en su cuerpo la gestación de nuevos seres, y a la vez está sometida al poder del varón, sea éste esposo, padre, hermano o cualquier otro, pariente o no, que por el hecho de ser hombre tendrá poder sobre la mujer, sobre su cuerpo y sobre su capacidad reproductiva.

Como veremos más adelante, esta situación puede ser especialmente difícil para una mujer que está a punto de dar a luz, cuando se da cuenta que no tiene control

⁵ Lewontin R.C., Rose y L.J. Kamin. No está en los genes: racismo, genética e ideología. Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, CRITICA, Grijalbo, México 1991, p. 36.

sobre lo que está pasando con su cuerpo como nuestra entrevistada Marta que se reprocha no haber dicho en el momento en que le hacen la salpingoclasia postcesárea: "Oiga no, momento, ¿porqué van a decidir por mí en este momento en que yo ni siquiera estoy en condiciones de decidir?"

Este poder, como se desarrollará más adelante, se ejerce también a través de las instituciones gubernamentales que en particular, ejerciendo el control desde las políticas de población, determinan cuántos hijos deben tener las mujeres, llegando al nivel de los médicos que pueden imponer a las mujeres un método anticonceptivo para el control de su fecundidad en acuerdo y para cumplir con metas impuestas.

Esta situación es una de las caras de la reducción del cuerpo femenino a objeto de la maternidad. Citando una vez más a Marcela Lagarde, "En la feminidad destinada, las mujeres sólo existen maternalmente, y sólo pueden realizar su existencia maternal a partir de su especialización política como entes inferiorizados en la opresión, dependientes vitales y servidoras voluntarias de quienes realizan el dominio y dirigen la sociedad."⁷ De esta manera las mujeres ven su fecundidad enajenada y a la vez, lo que les da más poder es lo que se les quita, es decir, el cuerpo, la maternidad y la conyugalidad.⁸

Cabe señalar que la imposición de métodos anticonceptivos es sólo una manera posible de controlar el cuerpo y la fecundidad de las mujeres. De igual importancia y gravedad es la maternidad forzada, ya sea por violación, por coerción de parte

⁶ Marcela Lagarde, Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas, México, UNAM, 1997, p. 363.

⁷ Idem, p. 365

del marido o la comunidad, por ignorancia de que existen otras alternativas, por difícil acceso a los métodos de planificación familiar o por la ilegalidad de la interrupción del embarazo. Pero en esta investigación, nos centraremos en el análisis del uso forzado de métodos de planificación familiar, sin profundizar más en las otras formas de control de los cuerpos de las mujeres.

A pesar de que las mujeres en muchas ocasiones no ejercemos el poder sobre nuestros cuerpos en relación con la procreación, es importante señalar que ya existe un conjunto de derechos, llamados derechos reproductivos que nos otorgan, aunque sea “en el papel” la facultad de decidir si, cuándo y con qué frecuencia deseamos tener hijos.

1.2 Los derechos reproductivos

El concepto de decisión libre y responsable acerca del número y espaciamiento de los hijos a tener fue declarado, por primera vez, un derecho humano en 1968, en el artículo 16 de la Proclamación de Teherán, y subsecuentemente fue ratificado en 1969 por la Declaración de Progreso Social y Desarrollo (artículos 4 y 22) así como por otros instrumentos declaratorios.⁹ Se considera como un derecho humano desde el momento en que el Estado se responsabiliza por *garantizar* su protección. En 1974 nuestro país firmó la Proclamación de Teherán, y se comprometió a elevarlo a nivel de garantía constitucional. En 1972 por primera vez México hizo una declaración oficial de carácter no poblacionista en una tribuna pública (Tercera

⁸ *Ibidem*, p. 418.

⁹ Alejandro Cervantes Carson, “De mujeres, médicos y burócratas: políticas de población y derechos humanos en México” en Ética y Salud Reproductiva, Gloria Careaga Pérez, Juan

Reunión de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo en Santiago de Chile)¹⁰ para llegar a la introducción de los derechos reproductivos en las leyes mexicanas.

En su campaña presidencial, el Lic. Luis Echeverría se manifestó con la consigna “gobernar es poblar”, pero como mencionamos hubo un cambio radical y en la Tercera Reunión de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo en Santiago de Chile, el delegado mexicano expresó la conveniencia de un crecimiento demográfico más lento que favoreciera el desarrollo del país¹¹ iniciándose el abandono de la política pronatalista.

En sus inicios, las actividades en el campo de la planificación familiar fueron realizadas por instituciones privadas. La primera institución pública que trabajó en la investigación y en la prestación de servicios de planificación familiar fue el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, en 1968 atendiendo la incipiente demanda de métodos anticonceptivos.¹²

Las dependencias del sector salud (SSA, ISSSTE e IMSS) iniciaron la prestación de servicios de planificación familiar, a través del programa “Operación Paternidad Responsable”. Los objetivos que dieron origen a los programas de PF de entonces son básicamente los mismos que prevalecen en la actualidad: coadyuvar a la disminución de los niveles de fecundidad con pleno respeto por la decisión y

Guillermo Figueroa, y María Consuelo Mejía (compiladores), PUEG, Programa Universitario de Investigación en Salud, Grupo editorial Miguel Ángel Porrúa, México, 1998.

¹⁰ Montserrat Lines, Libre elección o fecundidad controlada, INAH, México, 1989, p. 11.

¹¹ Idem, p.11

¹² Yolanda Palma y Gabriela Rivera, “La planificación familiar en México” en Langer A., K., Tolbert (editoras). Mujer, sexualidad y salud reproductiva en México. México, The Population Council/Edamex. 1996, p. 154.

dignidad de las parejas; contribuir a mejorar la salud materna e infantil y ayudar a reducir el número de embarazos no deseados, evitando así la práctica del aborto.¹³

Los servicios de planificación familiar adquirieron formalidad jurídica en 1973, año en que se aprueba la Ley General de Población en cuyo artículo tercero se asienta la responsabilidad oficial de brindar a la población, a través del sector educativo y sanitario, los medios para decidir el número y espaciamiento de los hijos.

Finalmente, en 1974 la planificación familiar se convirtió en una garantía constitucional asentada en el artículo cuarto de la Constitución que reza así: "El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia. Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos"¹⁴. Con esto, México, junto con Yugoslavia y la República Popular de China son los tres únicos países del mundo en los que la planificación familiar constituye un derecho constitucional en esa época.¹⁵

La noción contemporánea de derechos reproductivos ganó fuerza en el movimiento feminista mundial a mediados de la década de 1980, después de la sesión del Tribunal Internacional de Salud y Derechos Reproductivos que tuvo lugar en Amsterdam en 1984.¹⁶

El tema de los derechos reproductivos ha ganado actualidad en un intento de reconceptualizar e integrar una serie de derechos en torno a la reproducción y que

¹³ Idem, p. 155.

¹⁴ Actualmente este artículo ha sufrido varias modificaciones pero el principio del derecho a decidir sobre el número de hijos sigue inalterado en el párrafo 3 del art. 4 constitucional.

Montserrat ¹⁵ Lines, Op. Cit., p. 12

han sido reconocidos, a través del tiempo, como medios encaminados a lograr el bienestar reproductivo como un elemento para alcanzar el progreso social y elevar el nivel de vida de las personas, en un contexto de libertad.

De tal forma que los derechos sobre la libre elección de tener o no tener hijos; de cuándo tenerlos y en qué intervalos; de ejercer una sexualidad plena y sin temor a contraer enfermedades de transmisión sexual; de obtener educación e información sobre el propio cuerpo, la reproducción y los diversos métodos anticonceptivos; a obtener los servicios de salud y de planificación familiar, etc., son derechos que facilitan el ejercicio de una procreación libre, responsable e informada y a la salud reproductiva.

En México la discusión conceptual respecto a los derechos reproductivos se presenta en varios aspectos: sobre los derechos a ser incluidos en esta temática, sobre la definición de los mismos, sobre los sujetos de estos derechos y el posible conflicto de derechos que se pudiera presentar, sobre la obligación del estado de garantizar el ejercicio, tutela y respeto de estos derechos, y sobre la posibilidad real que, por un lado, tiene el individuo para ejercer esos derechos y por el otro, tiene el Estado de facilitar su ejercicio y de sancionar su violación, entre otros.

En el presente trabajo sólo haremos una breve revisión a la discusión sobre el contenido de los derechos para más adelante señalar las posibilidades jurídicas que el individuo tiene para demandar la violación a algunos de estos derechos y el

¹⁶ Lucila Scavone, "Anticoncepción, aborto y tecnologías conceptivas" en Género y salud reproductiva en América Latina, Lucila Scavone(comp.) Libro Universitario Regional, Costa Rica, 1999, p. 38.

Estado tiene para sancionar a los servidores públicos en aras de garantizar el ejercicio de estos derechos a la población.

Podemos ver que a nivel teórico se ha llegado más lejos que las leyes actuales, para Juan Guillermo Figueroa, los contenidos temáticos de los derechos reproductivos son los siguientes: el número de hijos, el ejercicio de la sexualidad, las responsabilidades del cuidado de los hijos, la posibilidad de interrumpir un embarazo cuando no se desea el producto del mismo, el acceso a los medios para influir sobre la reproducción y para tomar decisiones, por ejemplo, la información necesaria sobre sexualidad y reproducción, los medios para regular la propia fecundidad, los servicios de calidad ligados con dicha información y con las opciones para controlar la propia fecundidad, pero sobre todo el respeto a las decisiones de las personas en el nivel de las relaciones de pareja, de las relaciones institucionales y de las relaciones sociales.¹⁷

Para Alejandro Cervantes, el derecho reproductivo (nótese el singular), "es por naturaleza un derecho multidimensional" que involucra más de un momento y más de una decisión. Para él, el contenido temático del derecho reproductivo consiste en: la decisión de tener un hijo, la decisión de cuando tener un hijo y, la decisión del tipo de anticonceptivo a utilizar o medio para regular la fecundidad, según se plantea en La Proclamación de Teherán. Resulta muy interesante el planteamiento que hace de la titularidad de este derecho humano en el que nos señala que "la tendencia parece perfilarse más hacia una titularidad que tenga como referencia a las personas directamente concernientes en las decisiones con respecto a la

fecundidad, es decir, en primera instancia a la mujer y después a la pareja o, en todo caso a cualquier otra persona que la propia mujer reconozca como directamente vinculada a tal proceso.”¹⁸

Desde un punto de vista feminista, Marta Lamas concibe los derechos reproductivos como la prevención de enfermedades, discapacidades o muertes asociadas con la sexualidad y la reproducción, la posibilidad de tener criaturas sanas y deseadas, lo cual implica poder regular la propia fertilidad sin riesgos y con eficiencia, la posibilidad de elegir cuando reproducirse, poder recurrir a intervenciones médicas y a la fecundación asistida artificialmente, y a la interrupción de un embarazo si éste no es deseado.¹⁹ Aunque no lo dice explícitamente, considera que los derechos reproductivos son principalmente ejercidos por las mujeres y resulta evidente el enfoque hacia la salud reproductiva como parte integral de los derechos reproductivos. Basado en esta perspectiva, se considera que cuando se daña la salud reproductiva de una persona, se le está violando un derecho reproductivo, es decir, un derecho humano.

Otra feminista, Teresita de Barbieri, limita el contenido de los derechos reproductivos a su definición constitucional, es decir, el derecho a la libre determinación sobre el número y espaciamiento de los hijos, así como el acceso a

¹⁷ Juan Guillermo Figueroa Perea, “Aproximaciones al estudio de los derechos reproductivos”, en Reflexiones, México D.F., Año 1, núm. 8, octubre 1995, p. 3.

¹⁸ Alejandro Cervantes Carson, “México: Políticas de Población, Derecho Humanos y Democratización de los Espacios Sociales”, en Ética y Salud Reproductiva, Gloria Careaga Pérez, Juan Guillermo Figueroa, y María Consuelo Mejía (compiladores), PUEG, Programa Universitario de Investigación en Salud, Grupo editorial Miguel Angel Porrúa, México, 1998.

¹⁹ Marta Lamas, “¿Qué se requiere para la defensa de los derechos reproductivos?”, Nuevas estrategias para abordar el tema de los derechos reproductivos, GIRE, México D.F., noviembre, 1995, p. 5.

la información y asesoramiento al respecto.²⁰ Sin embargo, en otro artículo la autora nos dice que la “*expresión derechos reproductivos* no hace referencia a un código o una declaración expresa. Señala más bien, un estado de preocupación compartido ante la evidencia de prácticas sociales diversas, planes y políticas estatales, internacionales y de organismos privados que se perciben contrarias a las normas universales que definen las categorías persona y ciudadano/a en las sociedades de hoy”.²¹ Esta autora considera que a pesar de que la reproducción es una decisión personal que requiere del acuerdo tanto del varón como de la mujer, dado que es en el cuerpo femenino que se da casi todo el proceso de reproducción y que además las mujeres son las principales encargadas del cuidado de los hijos, ellas deberían contar con prerrogativas mayores para decidir si ejercen o no su capacidad reproductiva, con quién, cuándo y cómo.²²

Finalmente, Alicia Elena Pérez Duarte y Noroña, desde su perspectiva de abogada feminista, nos dice que los derechos reproductivos contienen, entre otros, “el derecho a una paternidad y maternidad libre, responsable e informada, el derecho sobre el propio cuerpo, el derecho a la atención materno-infantil y el derecho a formar una familia todos ellos interdependientes y complementarios de un derecho a la vida además de ser atributos de la persona humana”.²³

Para efectos de nuestro tema de investigación que se centra en el posible conflicto entre las políticas de población y los derechos reproductivos, retomamos la

²⁰ Teresita de Barbieri, “Derechos humanos de las mujeres y políticas de población. Una relación compleja” en Segunda Reunión Nacional de Investigación Demográfica, mimeo.

²¹ Teresita de Barbieri, “Cambio sociodemográfico, políticas de población y derechos reproductivos en México” en Derechos Reproductivos de las Mujeres: Un debate sobre justicia social en México, Adriana Ortiz-Ortega (comp.), UAM-Xochimilco, Edamex, México, 1999. Pp. 101-102.

definición de derechos reproductivos, que se encuentra de manera explícita en las leyes mexicanas, es decir, el derecho a decidir cuántos hijos tener y cuándo tenerlos, el derecho a decidir sobre el uso y tipo de método anticonceptivo que vamos a utilizar, si es que se decide usar algún método y también tomaremos en cuenta la garantía constitucional del derecho a la protección de la salud (art. 4 constitucional, párrafos 3 y 4). La razón por la cual decidimos delimitar el concepto de derechos reproductivos al que se encuentra explícitamente en las leyes mexicanas, es que el objetivo de la investigación es estudiar la defensa de los derechos reproductivos en México y para ello es necesario atenemos a lo que por ley se puede defender, aunque a nivel teórico se pueda extender el concepto para abarcar otros derechos como los que mencionamos anteriormente, sobre todo el derecho a interrumpir el embarazo. Incluso a nivel internacional todavía no se admite el derecho al aborto como un derecho humano, limitándose en la Conferencia sobre Población y Desarrollo del Cairo en 1994 a decir que "En el caso en que no esté prohibido por la ley, el aborto debería practicarse en buenas condiciones de seguridad."²⁴ Por otra parte, consideramos que la responsabilidad en el cuidado de los hijos no es propiamente un derecho reproductivo aunque sin duda se puede relacionar si consideramos que quien debe decidir si tener o no hijos y cuando tenerlos se debe responsabilizar por su cuidado. Como este no es el tema de este trabajo, no nos detendremos sobre estos asuntos que nos servirán sólo para demostrar que no existe consenso sobre los contenidos temáticos de los

²² Idem, p. 102.

²³ Alicia Elena Pérez Duarte y Noroña, "El marco jurídico de los derechos reproductivos", mimeo.

²⁴ Louise Lassonde, Los desafíos de la demografía, UNAM-FCE, México 1997, p. 69.

derechos reproductivos y que éstos no coinciden siempre con lo que dicen las leyes.

I.2.1 El conflicto entre las políticas de población y los derechos reproductivos

La transición demográfica en México comenzó hacia fines de la década de los años treinta cuando, como resultado de un conjunto de políticas económicas y sociales que perseguían la redistribución del ingreso nacional y –desde mediados de los cuarenta- la modernización por medio de la industrialización, se mejoró la calidad de la vida humana, se redujeron las probabilidades de muerte entre recién nacidos/as y mujeres y se extendió la duración de la vida de mujeres y varones.²⁵

Entre 1936 y 1973 en México prevalecía una política poblacional pronatalista que tiene su origen en la independencia de nuestro país cuando se tenía que asegurar su soberanía a través del número creciente de pobladores. A finales de 1973, comenzó un proceso mediante el cual la política poblacional de México se centralizó en la preocupación por disminuir el crecimiento total a través del control de la fecundidad.²⁶ Como se señaló, este cambio radical de una política pronatalista a una de control de natalidad obedece sobre todo a los compromisos adquiridos en las Conferencias Internacionales de Población de Teherán y de Bucarest en 1974 ya que desde los años 40 era notable un gran crecimiento de la población debido a las nuevas tecnologías, sobre todo en el aspecto médico, que llevaban a una notable disminución en las tasas de mortalidad, mientras las tasas de fecundidad seguían siendo altas. Es sobre todo a partir de 1974, en que la

²⁵ Teresita de Barbieri, "Cambio sociodemográfico..." p. 105.

²⁶ Alejandro Cervantes Carson, op. cit.

nueva política de población se presenta como antagónica a las costumbres reproductivas de algunos grupos poblacionales. Ante este antagonismo, se puede apreciar un posible conflicto, principalmente entre las metas demográficas definidas por y desde el Estado, que consideran una determinada tasa de crecimiento de la población y la garantía constitucional de que son únicamente las personas las que tienen derecho a decidir cuántos hijos tener. Este conflicto no ha pasado desapercibido y a ello se debe que a nivel internacional, la problemática ha sido enfrentada incorporando la perspectiva de los derechos humanos en las deliberaciones acerca de la dinámica poblacional.

¿Si aceptamos la responsabilidad del Estado de proveer las condiciones necesarias para el bienestar de las personas, puede justificarse su intervención en el proceso de toma de decisiones sobre la fecundidad? Para contestar a esta pregunta, Alejandro Cervantes nos presenta dos posturas que se dan en la discusión sobre el tema. La primera apoya una iniciativa donde se delineen las fronteras de la libertad y de la responsabilidad de la decisión, en que se entiende el problema como transitorio y como producto de la falta de claridad en la definición conceptual de fronteras, es decir, considera que el problema está en delimitar las responsabilidades del Estado y de los individuos respectivamente. La segunda postura apoya la total omisión del concepto de responsabilidad y defiende la idea de que los individuos teniendo los medios y el conocimiento necesario lograrán una decisión reproductiva acorde con sus necesidades y su realidad.

El problema fundamental en este conflicto, es que los actores sociales involucrados no tienen el mismo peso, la misma fuerza o la misma presencia socio-política. Por un lado está el Estado que se adjudica la defensa del proyecto

nacional y por el otro, los individuos o grupos sociales cargados de necesidades y demandas. Esto puede llevar a que el Estado decida sobre las posibles implicaciones de cierta dinámica poblacional, y que con ello se legitime y justifique, en nombre del bien nacional, una activa intervención estatal, *aun cuando ello implique la reducción o incluso la negación de la libertad en el ejercicio del derecho.*²⁷

Juan Guillermo Figueroa también aborda el tema del conflicto que puede surgir entre las políticas de población y los derechos reproductivos cuando señala que la nueva política de población propone un objetivo que maneja conceptos potencialmente contradictorios entre sí -en términos de práctica social-, pues se afirma la necesidad de "inducir con pleno respeto a la libertad individual, la reducción de la fecundidad".²⁸ El mismo autor señala que en nuestro país, al mismo tiempo que se cambió el artículo 4º constitucional para reconocer como una garantía individual el derecho a decidir sobre la reproducción, se oficializaron los programas de planificación familiar y se argumentó que era una responsabilidad gubernamental intervenir en el ámbito de la planificación familiar para beneficio de la población. "Desde un principio eran procesos paralelos potencialmente conflictivos, ya que se cambiaron las normas institucionales respecto a la reproducción y se buscó intervenir deliberadamente sobre ella, inmediatamente después de reconocer constitucionalmente el derecho a decidir sobre éste ámbito; en ese sentido importa ver cuáles han sido los procedimientos de dicha

²⁷ Idem, las cursivas son nuestras.

intervención.²⁹ Figueroa opina que las políticas públicas han tratado de normar la reproducción a través de sus programas de planificación familiar porque no han sido capaces de asegurar las condiciones mínimas para decidir sobre la reproducción. De esta manera se desarrolla un proceso de expropiación del conocimiento de la salud y la reproducción, de tal forma que ambas se medicalizan y se da paso a una relación asimétrica entre el médico y su paciente, ya que uno lo “sabe todo y que el otro “lo ignora”.³⁰

Para Ricardo Aparicio, el conflicto principal entre los derechos reproductivos y las políticas de población es la falta de acceso a métodos para regular la fecundidad a pesar de que la política de las instituciones de salud garantiza un acceso formal gratuito a los servicios de planificación familiar. Sin embargo, también menciona que existen evidencias en las encuestas nacionales sobre fecundidad de que se están aplicando métodos anticonceptivos como son el DIU y la OTB, sin proporcionar la información previa necesaria a las usuarias.³¹

Si nos acercamos a las políticas de planificación familiar, es fácil ver cómo pueden surgir las dificultades por las presiones que se ejercen sobre los prestadores de servicios para aumentar el número de usuarias de métodos de planificación familiar. Efectivamente, como lo menciona el abogado Pedro Morales en la entrevista que le hicimos: “los médicos están convencidos que su deber es

²⁸ Juan Guillermo Figueroa, Blanca Margarita Aguilar y María Gabriela Hita, “Una aproximación al entorno de los derechos reproductivos por medio de un enfoque de conflictos” en Estudios sociológicos de El Colegio de México, Vol. XII, núm. 34, enero-abril, 1994, México, p. 134.

²⁹ Juan Guillermo Figueroa, “La práctica de los derechos humanos en la relación entre reproducción y salud: apuntes para su análisis” mimeo, p. 4.

³⁰ Idem, p. 9

proteger la salud... A mí me han dicho que sobre todo a los residentes les dan de premio veladas cuando logran determinada meta por ejemplo en DIUs, es decir que no tienen que hacer guardias.”

Por otra parte, en 1990, el Presidente de la República reafirmó el objetivo de un crecimiento demográfico del uno por ciento a pesar de las estimaciones del Consejo Nacional de Población que preveían un crecimiento de 1.4 por ciento para el final del milenio. Para lograr el objetivo planteado en la resolución presidencial, sería necesario para 1994 ampliar la cobertura de anticoncepción al 62 por ciento de mujeres unidas usuarias de métodos quirúrgicos, DIU y hormonales.³²

Teresita de Barbieri aborda el tema refiriéndose a Z. Eisenstein quien afirma que es el Estado quien ejerce en última instancia el control sobre la reproducción de las mujeres y quien ha ejercido verdaderas políticas de población, aún sin darles tal nombre, ya que es el estado quien dicta las normas y quien administra justicia.³³

Para el Estado Mexicano, el posible conflicto se evita si éste se abstiene de tomar decisiones por los individuos y se limita a asegurar el acceso de los individuos y parejas de todos los grupos sociales y todas las regiones del país a los servicios de Planificación Familiar, “incluyendo información y orientación en la materia para que puedan ejercer efectiva y plenamente su derecho a decidir acerca del número y espaciamiento de sus hijos”³⁴

³¹ Ricardo Aparicio, “Políticas de población, políticas de planificación familiar y derechos reproductivos en México” en IV Conferencia latinoamericana de población, la transición demográfica en América Latina y el Caribe, volumen II, México, INEGI, IISUNAM, 1993, p. 817.

³² Teresita de Barbieri, op. cit., p. 8.

³³ Teresita de Barbieri, op. cit., p. 8.

³⁴ Plan de acción para el mejoramiento de la calidad de los servicios y el fortalecimiento de las acciones de información, educación y comunicación en materia de Planificación Familiar.

I.2.2. Investigaciones anteriores sobre derechos reproductivos

Una de las investigaciones en las que se señala que puede existir alguna irregularidad en la prescripción del uso de anticonceptivos es la conducida por Mario Bronfman, Elsa López y Rodolfo Tuirán en 1984, se encontró que en el conjunto de mujeres esterilizadas, 87.5% de ellas no utilizó anteriormente ningún otro método. Esto sin duda llama la atención porque resulta algo extraño que mujeres que nunca hicieron nada para regular su fecundidad, elijan un método que, además de irreversible, conlleva toda la carga traumática asociada a cualquier intervención quirúrgica y, en especial, una de características mutilantes.³⁵

Figueroa , Aguilar e Hita nos señalan que en 1994, mediante la instrumentación de las políticas de planificación familiar se difundía “el uso de diferentes anticonceptivos, entre los cuales, se fomentaba de manera especial el uso del dispositivo intrauterino y la esterilización femenina como los “más convenientes” para la población y los más efectivos para los programas, recurriendo -en casos extremos- a su promoción por medio de medidas poco aceptables desde el punto de vista de los derechos, como es brindar información incompleta e insuficiente para tomar una decisión, manipular el alcance de la misma o, incluso, imponer el método sin considerar a la persona en el proceso que lleva a optar finalmente por dicho método.”³⁶

Más adelante, en la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud, se encontró que un porcentaje importante de mujeres declaró no haber recibido información

³⁵ Mario Bronfman, Elsa López, Rodolfo Tuirán, “Práctica anticonceptiva y clases sociales en México: la experiencia reciente”, en Seminario *La fecundidad en México: cambios y perspectivas*, El Colegio de México, marzo 7 al 9 de 1984.

suficiente sobre el método o no haber leído y/o firmado la solicitud de operación. En la misma encuesta, 48.5% de las entrevistadas que estaban usando el dispositivo intrauterino declararon que no les habían dicho de la colocación del DIU, y de éstas, un 30% dijeron haberse enterado un mes o más después del parto de que tenían el método.³⁷

Aunque no todas las denuncias hechas en las instituciones de salud se refieren a violaciones a los derechos reproductivos, es un hecho que las ONGs han recibido varias quejas al respecto y las han documentado (ver el Dossier de Casos del Tribunal para la Defensa de los Derechos Reproductivos). Las violaciones denunciadas por las mujeres representan una razón de 1.4 por cada queja de hombres y el problema de la mala calidad de los servicios forzó una respuesta por parte del gobierno mexicano creando la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) que reconoce que "... nuestra población ha sentido y manifestado insatisfacción por los servicios médicos que recibe originada en buena parte, por la inadecuada comunicación médico-paciente, ...que no sólo debilita su confianza en dichos servicios, sino que los induce a demandar atención a sus inconformidades...una de las instituciones más socorridas para ello fue la Comisión Nacional de Derechos Humanos, en donde, de acuerdo a sus informes durante 1995, la negligencia médica ocupó el primer lugar de hechos violatorios...El gobierno de la República..., respondió a este reclamo social, creando la Comisión Nacional de Arbitraje Médico...3 de junio de 1996, ..."³⁸

³⁶ Figueroa et al (1994), op.cit., p. 138.

³⁷ Ricardo Aparicio,(1993), op.cit, pp. 816, 817.

³⁸ CONAMED. Primer Informe de Actividades. Junio 1996-Julio 1997, p. 11.

Como el problema que voy a investigar se trata específicamente de la imposición de métodos anticonceptivos sin el consentimiento de la usuaria, a continuación veremos más detenidamente el concepto de consentimiento informado y de qué manera se puede entender como un derecho reproductivo.

1.3 El consentimiento informado

La definición médica de lo que es el consentimiento informado es "permiso obtenido de un paciente para la realización de métodos o pruebas específicas..."³⁹, sin embargo el concepto es mucho más complejo. Los requerimientos formales para el consentimiento informado surgen de dos contextos. Los estándares que gobiernan la medicina clínica y los estándares que gobiernan la investigación que involucra a sujetos humanos. La preocupación moderna por el consentimiento informado creció gradualmente después de la crueldad con la que médicos prominentes de la Alemania Nazi experimentaron con sujetos humanos.

Fue precisamente en el juicio de Nuremberg de los crímenes cometidos por los nazis durante la Segunda Guerra Mundial que surgió el Código de Nuremberg. Este Código definió los requisitos indispensables para llevar a cabo experimentos con personas, y en primer término establece que el consentimiento otorgado por los sujetos debe ser voluntario, competente, informado y comprensivo.

En 1964, la Asociación Médica Mundial adoptó un nuevo código, más completo, para que el consentimiento informado fuera un requisito central para la investigación ética. Éste sería la Declaración de Helsinki que en su párrafo 1.9 dice lo siguiente: "En cualquier investigación sobre sujetos humanos, cada sujeto

potencial debe ser informado adecuadamente sobre los propósitos, métodos, beneficios anticipados y riesgos potenciales del estudio así como de las incomodidades que pueda tener y de que tiene completa libertad para abstenerse de participar en la investigación.⁴⁰ Estos principios que surgieron para el campo de la investigación, fueron adoptados posteriormente para los servicios de salud.

El Grupo de Estudio sobre Elección Informada de los Organismos de Cooperación (OC), integrado por representantes de 17 organizaciones que trabajan en programas internacionales de planificación familiar, se reunió en abril y noviembre de 1988 y febrero de 1989 y acordaron una serie de recomendaciones para promover la elección informada en los países en desarrollo. La primera recomendación fue la de una definición ampliada de la Elección Informada que reproducimos íntegramente a continuación ya que será la definición del concepto que utilizaremos a continuación.

“Por elección informada se entiende el acceso eficaz a información sobre opciones de procreación y a la orientación, los servicios y los productos para ayudar a las personas a elegir y utilizar un método apropiado de planificación familiar si así lo desean. El Grupo de Estudio de los Organismos de Cooperación amplió la definición de elección informada para que incluyera no sólo la elección de métodos de planificación familiar sino también varias opciones de procreación, incluida la posibilidad de elegir el embarazo. Por consiguiente, la elección informada comienza antes de la elección de un método en

³⁹ Enciclopedia Mosby de medicina y enfermería, tomo 2, Oceorio, España, 1983.

⁴⁰ Faden, Ruth R.; Tom S. Beauchamp. A history and theory of informed consent, New York, Oxford university, 1986, pp. 151-156.

*particular, en el momento en que una persona, ya sea hombre o mujer, se da cuenta por vez primera de que existe un medio para controlar su fecundidad.*⁴¹

Cabe señalar que a pesar de que en esta definición se utiliza el concepto de *elección informada* y no de *consentimiento informado*, seguiremos utilizando éste último ya que es el que usan la mayoría de los teóricos que trabajan sobre el tema. Resulta interesante constatar que dentro de los factores que limitan el ejercicio del consentimiento informado, el grupo de estudio señala el de la fijación de un objetivo en los programas de planificación familiar, que lleva a los proveedores a poner más énfasis en algunos métodos así como los incentivos monetarios que se les ofrece a los clientes para que adopten métodos específicos. El primer factor ya lo encontramos mencionado por algunos autores anteriormente y el segundo será evidente en el análisis de la incidencia de violación al consentimiento informado en nuestro país.

Cuando hablamos del consentimiento informado, nos referimos a una elección que se tomó de manera responsable. Para que una elección sea responsable, debe asegurarse de que se den las condiciones de conocimiento y de libertad del usuario.⁴² Según Figueroa, la toma de decisiones reproductivas se da en tres etapas que parecieran seguir una secuencia temporal: la primera es la percepción de la posibilidad de regular la fecundidad, la segunda es la motivación para regular la fecundidad y la tercera etapa es la valoración de los costos asociados a dicha

⁴¹ Informe del Grupo de Estudio de los Organismos de Cooperación sobre Elección Informada, resumen ejecutivo. Mimeo, p. 1.

⁴² Juan Guillermo Figueroa Perea, "Anticoncepción quirúrgica, educación y elección anticonceptiva", presentado en la Cuarta Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México. El Colegio de México, 1990. Publicado en J.G. Figueroa Perea (comp.) El entorno de la fecundidad en México, Sociedad mexicana de Demografía, México, 1994, Vol. I.

regulación de la fecundidad. Sin embargo, la toma de las decisiones reproductivas no siempre se dan de esta manera ya que se presentan situaciones en que el prestador pareciera estar decidiendo por la población y no porque ella no se involucre, sino porque en muchos momentos no se le permite, como es cuando se decide por ella el uso de un método, y más aún cuando se impone la aceptación del mismo, ya sea sin pedir opinión o dando una información sesgada y manipulada.⁴³

El autor señala las respuestas recibidas de los administradores de la prestación de servicios en planificación familiar cuando se les comenta de los casos de imposición de un método sin el consentimiento de la usuaria. Por considerar estos comentarios ilustrativos de las ideas que motivan este tipo de abusos, las retomamos a continuación de manera textual:

- "si se diera la información completa, la población ya no optarla por ese método"*
- "si se ampliara la gama de opciones es probable que ya no regresen y que cambien de opinión"*
- "si no se operan las mujeres al momento del parto –algo no recomendado por algunos organismos internacionales- (IPPF 1981, Pathfinder 1984) ya no regresan"*
- "los elementos de evaluación institucional son fuertes presiones para el ofrecimiento de métodos"*
- "la población a veces no entiende la información que se le da" y en consecuencia "no tiene sentido intentarlo"*
- "es responsabilidad nuestra la salud de la población"*
- "nosotros sabemos lo que procede en cada caso"*
- "la población descuida su salud"*
- "la población es analfabeta, sexualmente hablando"*
- "no sabe de su propio cuerpo"*
- "no conoce cómo se reproduce, y no tiene sentido hablarle de efectos colaterales de un método"*
- "no hay tiempos en la institución para atender específicamente a cada persona"*

⁴³ Juan Guillermo Figueroa Perea, "Derechos reproductivos y el espacio de las instituciones de salud: algunos apuntes sobre la experiencia mexicana", mimeo.

-“existen carencias en la infraestructura como para asegurar todas las opciones y como para efectuar las revisiones que se proponen”⁴⁴

Estos comentarios dejan claro que existe un problema en la actitud de los prestadores de servicios de planificación familiar y que éstos desconocen o no le dan importancia al derecho de los usuarios al consentimiento informado. Parte del problema es que los informes de actividades de los programas de planificación familiar dan muestra de un enfoque eminentemente administrativo en que se describen los logros de usuarios activos y nuevos en referencia al cumplimiento de metas, sin incluir otro tipo de análisis⁴⁵ como podría ser la satisfacción de los usuarios/as con la elección del método o las consejerías otorgadas previo a la elección del método. Figueroa concluye que uno de los grandes aportes de los programas de planificación familiar ha sido fomentar el hablar sobre reproducción y anticoncepción aunque al no interactuar con otras instancias gubernamentales y sociales relacionadas con el tema, se pierde la oportunidad de contribuir a que la población acceda a mejores elementos para el ejercicio de sus derechos reproductivos.⁴⁶

Actualmente, no se requiere de la firma de la usuaria para el uso de un método temporal de planificación familiar como es el Dispositivo Intrauterino (DIU). En muchos casos, esto puede llevar a un abuso por parte de los prestadores de servicios que, se señaló, en aras de cumplir con metas establecidas por el poder ejecutivo colocan estos dispositivos independientemente de que sea o no la voluntad de la usuaria. En estos casos resulta evidente que el proceso de

⁴⁴ Idem, p. 9.

⁴⁵ Ibídem, p. 9

consentimiento informado no se puede reducir a un formato de aceptación sino que debe contemplar el proceso de adquisición de información con el propósito de tomar una decisión respecto a la regulación de la propia fecundidad.

Es en el proceso de información que antecede a la firma de un formato de aceptación, en donde se debe asegurar la comprensión del sentido de las opciones y además que en realidad sean opciones, por haberlas comprendido, por ser factibles, por imaginarlas dentro del proyecto personal y con ello garantizar que en el momento que se plasma una firma ésta adquiera un sentido integral de consentimiento, en tanto adopción de una postura vital ante una realidad, a partir del contexto específico del que uno es parte.⁴⁷

Resulta difícil que el consentimiento informado pueda darse en un contexto de desinformación de derechos desiguales y de acceso diferencial a la toma de decisiones. Para que el consentimiento informado tenga sentido, es necesario que la persona sea autónoma, que pueda autodeterminarse y que construya sus propias referencias valorativas.⁴⁸ Para esto es necesario promover el que las personas se asuman como titulares de derechos, que demanden el cumplimiento de aquellos que les corresponde en cuanto a seres humanos, que sean educados en esta lógica y dentro de ello, que se reconozca que ocupan un papel muy importante, la igualdad y equidad de las relaciones entre varones y mujeres.

El proceso de consentimiento informado no debe ser uno de persuasión sino que debe tratarse de un proceso de interacción, de diálogo, de identificación de

⁴⁶ *Ibidem*, p. 17

⁴⁷ Juan Guillermo Figueroa Perea, Verónica Sánchez Olguin, "Consentimiento y disentimiento informado en la práctica de la regulación de la fecundidad", mimeo.

necesidades de la persona y de planteamiento de opciones reales para ella. Por su parte, el usuario debe saber que la información que recibe para poder acceder a optar por un método anticonceptivo no es una concesión del prestador de servicios o un privilegio del que disponen unos cuantos, sino que es un mínimo básico y obligatorio al que se tiene derecho y le corresponde, por el simple hecho de ser un ser humano.⁴⁹

De la discusión anterior, nos queda la idea de que el consentimiento informado es un derecho. Es importante señalar sin embargo, que en México sólo es derecho lo que se encuentra explícitamente en la leyes o tratados internacionales, es decir, el derecho positivo. Por esta razón resulta necesario investigar cómo se encuentra el consentimiento informado en la legislación mexicana y ese será el tema del siguiente capítulo.

⁴⁸ Idem, p. 5.

⁴⁹ Ibidem, p. 10.

CAPÍTULO II:

Marco jurídico del consentimiento informado

En éste capítulo, el tema que abordaremos es la manera en que se encuentra legislado el concepto de consentimiento informado que analizamos en el apartado anterior. Esto lo veremos tanto en el ámbito internacional como en las leyes mexicanas para conocer el fundamento legal que nos permite afirmar que efectivamente el consentimiento informado es un derecho reproductivo en México, reconocivo en nuestras leyes.

El debate internacional, al igual que en el nacional, con relación a los derechos reproductivos ha presentado un cambio importante. De una concepción enfocada casi exclusivamente a la planificación familiar y a la salud materno infantil ha pasado a una visión más integradora donde se conjugan una serie de derechos en tomo a lograr el bienestar reproductivo de las personas, y en especial de las mujeres, y que con el tiempo han sido reconocidos como medios para alcanzar el progreso social en un contexto de democracia y libertad.

II.1 Contexto Internacional

Las declaraciones internacionales emanadas de Conferencias y otro tipo de eventos internacionales en las que México ha participado como signatario, a pesar de no tener fuerza de ley, a menos que sean ratificadas por el Senado de la República, sí constituyen una fuente del derecho y, en el caso de los derechos reproductivos, contribuyen a la conceptualización de los derechos reproductivos y

a la identificación de los ordenamientos jurídicos que tutelan estos derechos en México.

La primera de estas declaraciones es la *Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948*, firmada en el seno de la Organización de Naciones Unidas, que en sus artículos 16 y 25 respectivamente establece el derecho a casarse y fundar una familia y el derecho a los cuidados y asistencia especial para la maternidad y la infancia. Por su parte, el *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*, cuya firma fue el 23 de marzo de 1976, en su artículo 23 reconoce una vez más el derecho a contraer nupcias y fundar una familia. De igual manera reconoce estos derechos, en sus artículos 17 y 19, la *Convención Americana sobre Derechos Humanos*, firmada en 1969.

En la *Conferencia sobre Derechos Humanos de Teherán, celebrada en 1968*, como lo mencionamos anteriormente, se establece, por primera vez el derecho de las parejas y de los individuos para decidir libre y responsablemente sobre el número y espaciamiento de sus hijos, y para tener la información, educación y medios para hacerlo.

Al suscribir el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, firmado el 3 de enero de 1976, se reconoció que es deber del Estado conceder especial protección a las madres durante un periodo razonable de tiempo tanto antes como después del parto (art. 11 del Pacto). Asimismo se reconoce que toda persona tiene derecho a gozar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones, dentro de los que se incluyen implícitamente los avances de la genética y de la salud reproductiva (art. 15 apartado 1, inciso b.)

La primera de las conferencias mundiales sobre población se celebró en 1974, en ésta se acuerdan una serie de recomendaciones para los países en materia de población y sobre una serie de derechos para los hombres y mujeres en relación a la paternidad, maternidad, salud y planificación familiar, entre otros. En este tenor, la *Conferencia Mundial de Población de Bucarest (1974)*, insta a los países a que supriman todas las medidas legislativas y todas las prácticas sociales discriminatorias por motivos de sexo; y recomienda que se de información, orientación y servicios para que los individuos y parejas decidan el número y espaciamiento de sus hijos, sin emplearse medidas coercitivas, dejándoles entera libertad para escoger los métodos que más les convengan y siempre promoviendo medidas y políticas encaminadas a mejorar y proteger la salud del hombre, de la mujer y del niño.

Por su parte, en la *Conferencia Mundial del Año Internacional de la Mujer*, realizada en México, en 1975, recomienda a los gobiernos “tomen las medidas necesarias para garantizar períodos de ausencia pagados durante el embarazo y maternidad a todas las mujeres trabajadoras y aseguren la estabilidad laboral de la madre durante el período mínimo de un año posterior al parto, y que las prestaciones de maternidad se hagan con cargo al seguro social. ..”, y que “aseguren la libertad de las personas y la pareja a decidir de manera libre el número y espaciamiento de sus hijos...”

En 1978, la *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma Ata*, recomendó que la atención primaria a la salud debería de comprender cuando menos, las siguientes actividades: enseñanza relativa a los problemas de salud

más frecuentes y a los métodos para identificarlos, prevenirlos y combatirlos...; Y la asistencia maternoinfantil, incluida la planificación de la familia.

Es importante destacar que al aprobar en Naciones Unidas el 18 de diciembre de 1979, firmada el 17 de julio de 1980 en Copenhague y ratificada por México en 1981, la *Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer*, México se comprometió a tomar todas las medidas necesarias a fin de garantizar que la educación familiar incluya una comprensión adecuada de la función social de la maternidad, que se reconozca la corresponsabilidad de hombres y mujeres en la educación de los hijos e hijas, que la mujer tenga acceso a información sobre salud y bienestar de la familia, que no haya discriminación contra la mujer en la esfera laboral por razones de maternidad y que tanto hombres como mujeres tengan el mismo derecho a decidir de manera libre y responsable sobre el número y espaciamiento de los hijos.

Estos mismos principios los encontramos en el Plan de Acción Mundial sobre Población de la *Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, celebrada en la Ciudad de México, en 1984*, donde se señala que “ 29. De conformidad con la Proclamación de la Conferencia Internacional de Derechos Humanos, la Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo social, los objetivos pertinentes del Segundo Decenio de las Naciones Unidas para el Desarrollo... se recomienda a todos los países que respeten y aseguren, independientemente de sus objetivos demográficos el derecho de las personas a decidir sobre el número de hijos que desean tener, promover la educación sobre la paternidad responsable, asegurar que los servicios de planificación familiar también tengan entre sus objetivos la eliminación de la esterilidad involuntaria y la subfecundidad.

Así mismo, en el plan de Acción de la *Tercera Conferencia Mundial de Población y Desarrollo*, celebrada en El Cairo, en 1994, en el Capítulo 2, principio 8, señala que todas las personas tienen derecho a disfrutar el más alto nivel posible de salud y que en igualdad de condiciones, mujeres y hombres deberán tener acceso universal a servicios de salud, incluyendo la planificación familiar y la salud sexual. También señala que los programas de salud reproductiva deben ofrecer la gama más amplia de servicios sin ningún tipo de coacción para que hombres y mujeres puedan decidir de manera libre e informada sobre el número de hijos que quieran tener.

Finalmente, es en la *IV Conferencia Mundial de la Mujer*, celebrada en Beijing, China, 1995, donde se recogen, aclaran y sistematizan una serie de conceptos y derechos de importancia fundamental para el desarrollo de este trabajo. Así en la Plataforma de Acción de Beijing/95, aprobada en septiembre de 1995, se señala:

1. Los derechos que comprenden los derechos humanos de la mujer, establece que éstos incluyen: el derecho de la mujer a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y el derecho a decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coacción, la discriminación y la violencia (párrafo 96).
2. Define a la Salud Reproductiva como un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivos y sus funciones y procesos, y señala que en consecuencia, la salud reproductiva entraña:

- ◆ La capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear.
- ◆ La libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito:
 1. El derecho del hombre y la mujer a obtener información sobre planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos.
 2. El acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables.
 3. El derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y dar a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.(Párrafo 94)
 4. Define la Atención a la Salud Reproductiva, al señalar que es el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual (continuación del párrafo 94).
 5. Establece los aspectos que comprende el concepto de Derechos Reproductivos que se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir de manera libre y responsable el número y espaciamiento de los hijos que desean tener. Esto incluye el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia,

respetando la igualdad entre hombres y mujeres y las necesidades especiales de adolescentes y de personas de más edad.

II.2 Contexto Nacional

En México, los derechos reproductivos se encuentran tutelados en el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos⁵⁰. En él encontramos:

- ◆ El derecho a la igualdad: "El varón y la mujer son iguales ante la ley. Ésta protegerá la organización y el desarrollo de la familia."
- ◆ El derecho a decidir sobre la propia descendencia, a la información y a los servicios en planificación familiar: "Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos."
- ◆ El derecho a la salud: "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud..." "Es deber de los padres preservar el derecho de los menores a la satisfacción de sus necesidades y a la salud física y mental. La ley determinará los apoyos a la protección de los menores a cargo de las instituciones públicas."⁵¹

Las garantías constitucionales sobre los derechos a decidir sobre la propia descendencia, a la información y a los servicios en planificación familiar, y el

⁵⁰ Dr. Rubén Delgado Moya, Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, comentada y actualizada, editorial PAC, S.A de C.V., México 1993.

⁵¹ Esta garantía es reconocida a partir de 1983, en que fue adicionada al artículo cuarto de nuestra Constitución Política.

derecho a la salud: se encuentran reglamentadas para su aplicación en varias leyes, reglamentos y normas que a continuación se señalan:

La Ley General de Población⁵² , cuyo objetivo es "regular los fenómenos que afectan a la población en cuanto a su volumen, estructura, dinámica y distribución en el territorio nacional, con el fin de lograr que participe justa y equitativamente de los beneficios del desarrollo económico y social" (artículo 1o.). Para el logro de este objetivo, faculta a la Secretaría de Gobernación para dictar, ejecutar, y, en su caso, promover ante las dependencias o entidades correspondientes, todas las medidas pertinentes, para realizar programas de planeación familiar a través de los servicios educativos y de salud pública de que disponga el sector público. Encarga a la misma Secretaría la vigilancia de "que dichos programas, así como los que realicen los organismos privados, se lleven a cabo con absoluto respeto a los derechos fundamentales del hombre y preserven la dignidad de las familias." (Artículo 3 fracción II).

En el artículo 5º, de la cita Ley, se crea el Consejo Nacional de Población (CONAPO), como "organismo encargado de la planeación demográfica en el país, cuyo objeto es incluir a la población en los programas de desarrollo económico y social que se formulen dentro del sector gubernamental".

Mientras que en el Art. 22 señala la forma y el contenido de la información que sobre planificación familiar deberán dar los programas correspondientes: "Los programas de planeación familiar informarán de manera clara y llana sobre los fenómenos demográficos y las vinculaciones de la familia con el proceso general

⁵² Promulgada por decreto presidencial el 11 de diciembre de 1973

del desarrollo e instruirán sobre los medios permitidos por las leyes para regular la fecundidad.”

Asimismo, en el citado artículo se especifica qué se entiende por responsabilidad de las parejas. “ La responsabilidad de las parejas e individuos en el ejercicio del derecho a planear su familia, consiste en que tomen en cuenta las necesidades de sus hijos, vivos y futuros, y su solidaridad con los demás miembros de la comunidad, para dar lugar a mejores expectativas de bienestar y plenitud en la realización de sus fines individuales y colectivos.”

En el *Reglamento de la Ley General de Población*, que dentro de sus objetivos contiene el establecimiento de las reglas para la ejecución de los principios de la política de población y las actividades de CONAPO (Art. 5.) señala que éstos deben de realizarse con pleno “respeto a los derechos humanos, libertades, garantías, idiosincrasia y valores culturales de la población mexicana”(art. 9).

El mismo Reglamento, en la Sección segunda, Capítulo II. Art. 18, habla de la planeación familiar, y la define como un derecho en los mismos términos que la Constitución, y además precisa que este derecho incluye la obtención de la información especializada y los servicios idóneos.

También señala, en el Art. 19, que los programas de planeación familiar sólo son indicativos y por tanto, deben proporcionar información específica sobre sus objetivos, métodos y consecuencias y de ninguna manera se identificarán los conceptos de planeación familiar con el control natal o con otros sistemas que impliquen acciones apremiantes o coactivas que impidan el libre ejercicio de los derechos reproductivos.

Por su parte, la *Ley General de Salud* reglamenta el derecho a la salud, reconocido constitucionalmente. En su Artículo 27 fracciones IV y V. señala que la atención materno-infantil y la planificación familiar son servicios básicos de salud (Art. 67).

El mismo ordenamiento da un carácter prioritario a la planificación familiar y señala que dentro de las actividades de planificación familiar se debe incluir la información y orientación educativa para adolescentes y jóvenes; y establece que los servicios que preste el Estado, en materia de Planificación Familiar, son un medio para el ejercicio, con pleno respeto de la dignidad humana, de lo que hemos llamado derechos reproductivos (Art. 67).

Consistente con el respeto a los derechos humanos, en el mismo artículo sanciona la falta al libre respeto al consentimiento al decir: "Quienes practiquen esterilización sin la voluntad de la paciente, o ejerza presión para que ésta la admita, comete ilícito que es sancionado en los términos de la propia Ley de Salud (de cuatro mil hasta diez mil veces el salario mínimo vigente) independientemente de la responsabilidad penal en que incurran"

La misma ley señala, en el Art. 68; que los servicios de Planificación Familiar incluyen la promoción de programas de educación sexual y de planificación familiar, la atención y vigilancia de los usuarios de servicios de planificación familiar, y el apoyo y fomento de las investigaciones en materia de reproducción humana.

El Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, en el Capítulo VI, establece las competencias y "disposiciones para la prestación de servicios de planificación familiar":

Compete a la Secretaría de Salud dictar las Normas Técnicas para la prestación de los servicios en materia de planificación familiar, y proporcionar asesoría y apoyo técnico que se requiera tanto en las instituciones de los sectores público y social como en los establecimientos privados, para la adecuada prestación de dichos servicios. (artículos 116 y 117). También se señala que “la información, orientación y motivación respecto a la planificación familiar, que presten las instituciones de los sectores público, social y privado será enteramente gratuita y de conformidad con las Normas Técnicas que emita la Secretaría.” (artículo 118). Finalmente, otra disposición especialmente relevante para este trabajo es la siguiente: “Para la realización de salpingoclasias y vasectomías, será indispensable obtener la autorización expresa y por escrito de las personas solicitantes, previa información que se les proporcione sobre el carácter de la intervención y sus consecuencias, independientemente que se deberán practicar de conformidad con las normas técnicas correspondientes.” (Arts. 119 y 120).

Normas

En materia de Planificación Familiar, existe una norma que es de observancia obligatoria en toda la República y esta es la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar⁵³ que define los conceptos de:

Planificación Familiar: Es el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y espaciamiento de sus hijos y a obtener la información especializada y los servicios idóneos.

⁵³ Publicada en el Diario Oficial el 30 de mayo de 1994

El ejercicio de este derecho es independiente del género,⁵⁴ la edad y el estado social o legal de las personas. (p. 14)

Consentimiento Informado: Es la decisión voluntaria del aceptante para que se le realice un procedimiento anticonceptivo, con pleno conocimiento y comprensión de la información pertinente y sin presiones. (p. 13)

Calidad de Servicios de Planificación Familiar: Se define en términos de la forma en que los individuos y las parejas reciben atención por el Sistema de Servicios de Planificación Familiar. Esta definición incorpora seis elementos:

- ◆ Variedad de métodos anticonceptivos disponibles para la decisión.
- ◆ Información que se proporciona a los usuarios.
- ◆ Competencia técnica de los prestadores de servicios.
- ◆ Relaciones interpersonales de los prestadores de servicios y los usuarios.
- ◆ Mecanismos de seguimiento para favorecer la continuidad del uso de los métodos anticonceptivos.
- ◆ Conjunto apropiado de servicios de salud que incluyan los de planificación familiar. (p. 12)

La norma también señala que los servicios de planificación familiar deben incluir la consejería, con el fin de desarrollar “un proceso de análisis y comunicación personal, entre los prestadores de servicios y los usuarios potenciales y activos, mediante el cual se brinden a los solicitantes de métodos anticonceptivos, elementos para que puedan tomar decisiones voluntarias, conscientes e informadas acerca de su vida sexual y reproductiva, así como para efectuar la

⁵⁴ En este caso, consideramos, sería más adecuado usar el término sexo en vez de género.

selección del método más adecuado a sus necesidades individuales y así asegurar un uso correcto y satisfactorio por el tiempo que se desea la protección anticonceptiva. En parejas infértiles o estériles debe acompañarse de referencia oportuna a unidades médicas en caso necesario." (párrafo 5.4.1)

Asimismo, dispone que la consejería debe dar particular atención a adolescentes, a usuarios que solicitan métodos de anticoncepción permanente, a individuos que presentan limitaciones físicas o psíquicas que puedan afectar su capacidad de decisión y en el postparto y poscesárea. (párrafo 5.4.2.5) En el caso de aceptar métodos anticonceptivos permanentes (oclusión tubaria bilateral y vasectomía), el consentimiento debe ser por escrito y ratificado por el usuario. Este documento debe ser incluido en la ficha individual o expediente clínico del/de la usuario/a. (párrafo 5.4.2.7)

De la revisión anterior encontramos que los derechos reproductivos están reconocidos en múltiples legislaciones y que garantizar el ejercicio del derecho a la libre e informada elección sobre métodos anticonceptivos, como se ve, es una preocupación del Estado que se manifiesta reiteradamente, en todos los ordenamientos legales que hacen referencia a la planificación familiar, y a la normatividad relativa a estos servicios. Esta preocupación se recoge, también, en los programas nacionales de Población y de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, y en el Plan de Acción para el Mejoramiento de la Calidad de Servicios y el Fortalecimiento de las Acciones de Información, Educación y Comunicación en Materia de Planificación Familiar.

Sin embargo, como lo veremos a continuación, existe un gran vacío en la ley al momento de garantizar este derecho ya que las sanciones aplicables no son claras

en los casos en que existen y muchas veces, simplemente no existe una sanción por imposición forzada de un método anticonceptivo. Este es el caso de la legislación penal donde en ningún estado existe el delito de imposición forzada de métodos anticonceptivos, lo cual considero que es una grave laguna de la ley.

CAPÍTULO III:

Bases jurídicas para interponer una demanda por presunta violación a derechos reproductivos y vías de denuncia

Como ya quedó determinado en el capítulo anterior, existen bases legales para defender el consentimiento informado como un derecho de los mexicanos y las mexicanas. Sin embargo, para poder defendernos, es necesario saber cómo proceder en caso de que suframos una violación a éste derecho. A continuación, revisaremos cuáles son las instancias a las que podemos acudir y cómo pueden proceder estas denuncias para investigar si realmente existen mecanismo eficaces de defensa de los derechos reproductivos.

Es importante señalar que el hecho de que hayan sido elevados a rango constitucional el derecho a la libre elección informada sobre la descendencia y el derecho a la salud, y dentro de ésta a la salud reproductiva, debería abrir al individuo una gama de posibilidades para solicitar se le repare el daño y se sancione cualquier violación. En las leyes adjetivas encontramos que existen diversas regulaciones a las cuales se puede invocar en caso de violación a los derechos reproductivos. Así, el individuo tiene la posibilidad de interponer una queja ante alguna de las Comisiones de Derechos Humanos, dependiendo de la competencia federal o local; y dependiendo de la gravedad del daño, una demanda administrativa, civil, o penal, o una queja ante las instancias internas de las

autoridades de salud responsables de la falta o ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

A continuación se presentan las principales legislaciones y el contenido de los artículos correspondientes, a través de los cuales es posible apoyarse para presentar una demanda o una queja sobre una presunta violación a los derechos reproductivos, sean éstos relacionados con el consentimiento informado, con una deficiente o mala atención, o con algún daño a la salud causado por negligencia médica o una inoportuna o falta de atención médica.

III.1 Juicios y vía

III.1.1 Denuncia por la vía penal

Los delitos por los que se puede demandar al personal médico de las instituciones de salud, sean públicas o privadas, que provoca un daño a la salud (entendida en sentido amplio del término) ya sea por abstenerse de hacer algo que tendría que hacer o por evitar algo que pudo evitar, impericia, negligencia o cualquier otra causa imputable a él, puede ser demandado por la vía penal, apoyándose, según sea el caso, en los artículos que a continuación se mencionarán.

Responsabilidad penal

Cuando una persona tiene el deber jurídico de impedir que se produzca un resultado negativo y no lo hace, se considera que es responsable del delito por omisión. (Art. 7 del Código Penal para el Distrito Federal). Por ejemplo, si un médico está obligado a atender a una persona enferma y no lo hace, es

responsable de lo que le suceda a esa persona como consecuencia de no haberlo atendido.

Por otra parte, se considera culpable (menos grave que responsable) a la persona que no prevé el resultado de una acción o confía en que no se va a producir cuando por sus circunstancias debió haberlo previsto (Art. 9). Una vez más nos referimos al ejemplo del médico que es negligente de alguna manera en la atención del paciente y no impide el resultado perjudicial a la salud del paciente, que debió haber impedido.

Ejercicio indebido de servicio público

Se define como servidor público toda persona que desempeñe un empleo, cargo o comisión de cualquier naturaleza en la administración pública federal centralizada o en la del Distrito Federal, organismos descentralizados, empresas de participación estatal mayoritaria, organizaciones y sociedades asimiladas a éstas, fideicomisos públicos, en el Congreso de la Unión, o en los poderes Judicial federal y Judicial del Distrito Federal, o que manejen recursos económicos federales.....(Art. 212 del Código Penal). Este código señala que el ser servidor público podría considerarse como un agravante si se cometiera un delito (Art. 213).

De hecho, existe un delito específico llamado "ejercicio indebido de servicio público" que está señalado en el artículo 214 del código y que se refiere a que el servidor público incumpla su deber al propiciar daño a las personas u objetos que estén bajo su cuidado y se establece como sanción dos a siete años de prisión, multa de treinta a trescientas veces el salario mínimo diario vigente en el Distrito

Federla y destitución e inhabilitación de dos a siete años para desempeñar otro empleo, cargo o comisión públicos.

Abuso de autoridad

El abuso de autoridad es un delito que comete el servidor público que indebidamente reatrd e o niegue a los particulares la protección o servicio que tenga obligación de otorgarles y como sanción se le imponen de uno a ocho años de prisión, de cincuenta hasta trescientos días de multa y destitución e inhabilitación de uno a ocho años para desempeñar otro empleo, cargo o comisión públicos. (Art. 215).

Intimidación

El delito de intimidación es cometido por el servidor público que personalmente o a través de un tercero, utilizando la violencia física o moral, intimide a cualquier persona para evitar que ésta denuncie, formule querrela o aporte información relativa a la presunta comisión de un delito. La sanción para este delito es de dos a nueve años de prisión, multa por un monto de treinta a trescientas veces el salario mínimo diario vigente en el Distrito Federal, destitución e inhabilitación de dos a nueve años para desempeñar otro empleo, cargo o comisión públicos. ((Art. 219)

Delito de Lesiones

Bajo el nombre de lesión se comprenden no solamente las heridas, escoriaciones, contusiones, fracturas, dislocaciones, quemaduras, *sino toda alteración en la salud y cualquier otro daño que deje huella material en el cuerpo humano*; si esos efectos son producidos por una causa externa.(Art. 288)

La sanción para la persona que lesiona a otra depende de la gravedad de la lesión producida. Así puede variar desde prisión de tres a ocho meses más multa de treinta a cincuenta días de salario si la lesión tarda en sanar menos de 15 días, hasta cinco a ocho años de prisión si la lesión resulta en la pérdida de un órgano o seis a diez años si se pierden las funciones sexuales. (Arts. 289 a 292). Además, si por las lesiones se pone en peligro la vida de la víctima, se impondrá una sanción adicional de tres a seis años de prisión (Art. 293).

En el Código Penal del Distrito Federal no existe un delito en el que expresamente se tipifique el caso del profesional de salud que sin consentimiento expreso, verbal o escrito, imponga algún método anticonceptivo, temporal o permanente, ni tampoco se prevé la falta de información en estos casos. Por otra parte, para interponer una demanda penal, se requiere generalmente de la asistencia de un abogado ya que se tienen que cumplir con ciertos requisitos de forma (presentar la demanda por escrito) y de tiempos (fechas para la presentación de pruebas por ejemplo). Además es importante tener en cuenta, entre otros muchos aspectos jurídicos y procesales, las causas de exclusión del delito señaladas en el artículo 15 del Código Penal:

Art. 15.- El delito se excluye cuando:

..... III. Se actúe con el consentimiento del titular del bien jurídico afectado, siempre que se llenen los siguientes requisitos:

....c) Que el consentimiento sea expreso o tácito y sin que medie algún vicio; o bien, que el hecho se realice en circunstancias tales que permitan fundadamente presumir que, de haberse consultado al titular, éste hubiese otorgado el mismo;

III.1.2 Denuncia por la vía civil

Antes de transcribir los artículos relativos al Código Civil, es importante señalar que en el Código Civil para el Distrito Federal en materia del fuero común y para la República Mexicana en materia del fuero federal se contemplan las normas que regulan las relaciones familiares y, por ende, las instituciones relacionadas con la procreación. Ellas son: la filiación y la patria potestad.

También es importante señalar que casi todas las entidades federativas contemplan, como parte de los deberes y derechos que surgen del matrimonio la facultad de decidir de manera libre y responsable sobre el número y espaciamiento de los hijos. Pero, por otra parte, también señalan que la procreación es uno de los fines del matrimonio y por tanto, prohíben cualquier pacto que pudieran hacer los cónyuges en contra de este "natural fin del matrimonio".

Partiendo del supuesto de que la prestación del servicio médico es una obligación estipulada en un contrato, es posible recurrir a una demanda por vía civil, basándose en los artículos 2104 a 2110 del Código Civil que señalan que el que estuviera obligado a prestar un hecho y no lo hiciera, será responsable de daños y perjuicios, explicando que por daños se entiende la pérdida o menoscabo sufrido en el patrimonio y por perjuicio la privación de cualquier ganancia lícita que debiera haberse obtenido con el cumplimiento de la obligación.

Es importante señalar que como sucede con el derecho penal, y en general con las leyes y reglamentos analizados en este trabajo, no es posible encontrar referencia específica a la violación de los derechos reproductivos y al consentimiento informado. Sin embargo, a diferencia del derecho penal, en los juicios civiles si no hay una disposición aplicable con exactitud al caso, el juez debe resolver

interpretando la ley, o en última instancia, de acuerdo con los principios generales del derecho. En este sentido, en el Código Civil para el Distrito Federal, en su capítulo V, titulado “De las obligaciones que nacen de actos ilícitos”, encontramos “espacios” que nos dan la posibilidad de demandar civilmente por las violaciones a los derechos reproductivos y al consentimiento informado. El artículo 1910 señala:

“El que obrando ilícitamente o contra las buenas costumbres cause daño a otro, está obligado a repararlo, a menos que demuestre que el daño se produjo como consecuencia de culpa o negligencia inexcusable de la víctima.” Así pues, es posible demandar civilmente por violación a los derechos reproductivos y al consentimiento informado, si a una persona, en contra de su voluntad, se le impone un método anticonceptivo permanente o no se le informa que éste será realizado. El artículo 1915 destaca:

“La reparación del daño debe consistir a elección del ofendido en el establecimiento de la situación anterior, cuando ello sea posible, o en el pago de daños y perjuicios.

Cuando el daño se cause a las personas y produzca la muerte, incapacidad total permanente, parcial permanente, total temporal o parcial temporal, el grado de la reparación se determinará atendiendo a lo dispuesto por la Ley Federal del Trabajo. Para calcular la indemnización que corresponda se tomará como base el cuádruplo del salario mínimo diario más alto que esté en vigor en la región y se extenderá al número de días que para cada una de las incapacidades mencionadas señala la Ley Federal del Trabajo.”

Otra posibilidad que se abre es la llamada “reparación por daño moral”. El artículo 1916 señala:

“Por daño moral se entiende la afectación que una persona sufre en sus sentimientos, afectos, creencias, decoro, honor, reputación, vida privada, configuración y aspectos físicos, o bien en la consideración que de sí misma tienen los demás. Se presumirá que hubo daño moral cuando se vulnere o menoscabe ilegítimamente la libertad o la integridad física o psíquica de las personas.

Cuando un hecho u omisión ilícitos produzcan un daño moral, el responsable del mismo tendrá la obligación de repararlo mediante una indemnización en dinero, con independencia de que se haya causado daño material, tanto en responsabilidad contractual como extracontractual. Igual obligación de reparar el daño moral tendrá quien incurra en responsabilidad objetiva conforme al artículo 1913, así como el Estado y sus servidores públicos, conforme a los artículos 1927 y 1928, todos ellos del presente código.”

...El monto de la indemnización lo determinará el juez tomando en cuenta los derechos lesionados, el grado de responsabilidad, la situación económica del responsable y de la víctima, así como las demás circunstancias del caso.”

Es importante destacar que el Código Civil señala la obligación del Estado, solidaria o subsidiariamente, de reparar el daño causado por los servidores públicos en el ejercicio de sus funciones.

Art. 1927: “El Estado tiene obligación de responder del pago de los daños y perjuicios causados por sus servidores públicos con motivo del ejercicio de las atribuciones que les estén encomendadas. Esta responsabilidad será solidaria tratándose de actos ilícitos dolosos, y subsidiaria en los demás casos, en los que sólo podrá hacerse efectiva en contra del Estado cuando el servidor público

directamente responsable no tenga bienes o los que tenga no sean suficientes para responder de los daños y perjuicios causados por sus servidores públicos.”

Así como en el caso de la demanda penal, en el caso de la demanda civil se deben cumplir ciertos requisitos formales por lo que para interponerla es necesario contar con los servicios de un abogado.

Otras legislaciones

En ambos tipos de denuncias y en las quejas que se interpongan ante cualquier institución que tenga competencia para conocer sobre quejas por servicios médicos, se puede recurrir además al apoyo previsto por:

Si el presunto responsable es servidor público y la falta se cometió en una institución del sector público: a la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, Art. 2.- Son sujetos de esta ley, los servidores públicos mencionados en el párrafo primero y tercero del artículo 108 Constitucional y todas aquellas personas que manejen o apliquen recursos económicos federales.⁵⁵

Art. 46. Incurren en responsabilidad administrativa los servidores públicos a que se refiere el art. 2 de esta ley.

Art. 53. Las sanciones por falta administrativa consistirán en:

- I. Apercibimiento privado o público;
- II. Amonestación privada o pública;
- III. Suspensión;

⁵⁵ **Art. 108 constitucional:** “Para los efectos de las responsabilidades a que alude este título se reputarán como servidores públicos a los representantes de elección popular, a los miembros de los poderes Judicial Federal y Judicial del Distrito Federal, a los funcionarios y empleados, y, en general, a toda persona que desempeñe un empleo, cargo o comisión de cualquier naturaleza en

IV. Destitución del puesto;

V. Sanción económica, e

VI. Inhabilitación temporal para desempeñar empleos.

Cuando la inhabilitación se imponga como consecuencia de un acto u omisión que implique lucro o cause daños y perjuicios, será de seis meses a tres años si el monto de aquéllos no excede de cien veces el salario mínimo mensual vigente en el Distrito Federal y de tres años a diez años si excede de dicho límite.⁵⁶

Ley General de Salud

Art. 421. La violación de las disposiciones contenidas en el artículo 67⁵⁷ de esta Ley, se sancionará con multa equivalente de doscientas a dos mil veces el salario mínimo general diario vigente en la zona económica de que se trate.

III.2 Bases jurídicas para interponer una queja por presunta violación al consentimiento informado en distintas instancias de queja

Durante el desarrollo de la presente investigación se identificaron varias instancias de queja por presunta violación al consentimiento informado y a otros derechos

la Administración Pública Federal o en el Distrito Federal, quienes serán responsables por los actos u omisiones en que incurran en el desempeño de sus respectivas funciones.

⁵⁶ El artículo 47 fracción I de la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos dispone que deben: "Cumplir con la máxima diligencia el servicio que le sea encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause la suspensión o deficiencia de dicho servicio o implique abuso o ejercicio indebido de un empleo, cargo o comisión."

⁵⁷ Art. 67: "La planificación familiar tiene carácter prioritario. En sus actividades se debe incluir la información y orientación educativa para los adolescentes y jóvenes. Asimismo, para disminuir el riesgo reproductivo, se debe informar a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años o bien después de los 35, así como la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número; todo ello, mediante una correcta información anticonceptiva, la cual debe ser oportuna, eficaz y completa a la pareja.

Los servicios que se presten en la maternidad constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos, con pleno respeto a su dignidad.

Quienes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita serán sancionados conforme a las disposiciones de esta ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran.

reproductivos, en especial sobre salud reproductiva. Estas son: la CNDH, la CONAMED, los respectivos departamentos de atención al derechohabiente del IMSS, ISSSTE, SSA, y la Secretaría de la Contraloría y Desarrollo Administrativo (SECODAM).

Aunque todas éstas son instancias que podrían conocer la posible violación a los derechos reproductivos y al consentimiento informado, cada una tiene sus respectivas competencias y marcos jurídicos bajo los cuales deben regirse. Dado que el presente trabajo se centra principalmente en las dos instancias de queja externas a las instituciones encargadas de la atención a la salud y que éstas tienen competencias específicas, a continuación se presenta el marco jurídico de la Comisión Nacional de Derechos Humanos y de la CONAMED.

III.2.1 Marco Jurídico de la Comisión Nacional de Derechos Humanos

III.2.1.1 Motivo de Creación de la Comisión Nacional de Derechos Humanos

La Comisión Nacional de Derechos Humanos fue creada mediante decreto presidencial del 6 de junio de 1990. El motivo de creación de dicho órgano está expuesto en el capítulo de "Considerando" de dicho decreto, que señala que "es obligación del Estado Mexicano preservar el orden, la paz y la estabilidad social del país, salvaguardando el pleno ejercicio de las garantías individuales y la vigencia del principio de legalidad en la ejecución de las atribuciones de los órganos de gobierno" y que "a la Secretaría de Gobernación le corresponde concluir la política interior que competa al Ejecutivo Federal, incluyendo la coordinación y ejecución de acciones dirigidas a promover la salvaguarda de las garantías individuales".

De esta manera es cómo se crea la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) como un órgano desconcentrado de la Secretaría de Gobernación, con atribuciones en materia de derechos humanos, adscrita directamente al titular de la dependencia. Asimismo se señala que será el órgano responsable de proponer y vigilar el cumplimiento de la política nacional en materia de respeto y defensa a los derechos humanos.⁵⁸

En el artículo tercero del decreto se enumeran las atribuciones que tendrá la CNDH que serán entre otras las de elaborar y ejecutar los programas de atención y seguimiento a los reclamos sociales sobre derechos humanos e impulsar el cumplimiento dentro del territorio nacional de los tratados, convenios y acuerdos internacionales signados por nuestro país.

III.2.1.2 Organización de la CNDH

La Comisión Nacional de Derechos Humanos estará a cargo de un Presidente que será nombrado por el Titular del Ejecutivo Federal y tendrá entre sus atribuciones las de informar semestralmente al Presidente de la República sobre el desempeño de las funciones de la Comisión, solicitar de acuerdo con las disposiciones legales aplicables a cualquier autoridad del país la información sobre posibles violaciones de los derechos humanos, y hacer las recomendaciones y en su caso observaciones que resulten pertinentes a las autoridades administrativas del país sobre violaciones a los derechos humanos.⁵⁹

⁵⁸ ver "Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Derechos Humanos como un órgano desconcentrado de la Secretaría de Gobernación", arts. 1 y 2.

⁵⁹ ver "Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Derechos Humanos como un órgano desconcentrado de la Secretaría de Gobernación", arts. 4 y 5.

La CNDH contará con un Consejo integrado por miembros con cargo honorario que se apoyará en un Secretario Técnico designado por el Presidente de la República.

III.2.1.3 Competencia de la CNDH

El artículo tercero de la Ley de la Comisión Nacional de Derechos Humanos señala que: "La CNDH tendrá competencia en todo el territorio nacional, para conocer de quejas relacionadas con presuntas violaciones a los derechos humanos cuando éstas fueren imputadas a autoridades y servidores públicos de carácter federal, con excepción de los del Poder Judicial de la Federación.

Cuando en un mismo hecho, estuvieren involucrados tanto autoridades o servidores públicos de la Federación como de las Entidades Federativas o Municipios, la competencia se surtirá en favor de la Comisión Nacional.

Tratándose de presuntas violaciones a los Derechos Humanos en que los hechos se imputen exclusivamente a autoridades o servidores públicos de las entidades federativas o municipios, en principio conocerán los organismos de protección de los derechos humanos de la Entidad de que se trate, salvo lo dispuesto por el artículo 60 de esta ley.⁶⁰

Asimismo, corresponderá conocer a la CNDH de las inconformidades que se presenten en relación con las recomendaciones, acuerdos u omisiones de los organismos equivalentes de los Estados de la Federación, a que se refiere el

60 Art. 60. "La Comisión Nacional ante un recurso o queja por omisión o inactividad, si considera que el caso es importante y el organismo estatal puede tardar en expedir su Recomendación, podrá atraer esa queja y continuar tramitándola con el objeto de que sea este mismo el que emita, en su caso, la Recomendación correspondiente."

artículo 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.”⁶¹

La CNDH tendrá la competencia para intervenir en los siguientes casos:

- A) Violaciones administrativas, vicios en los procedimientos y delitos que lesionen a una persona o a un grupo, que sean cometidos por una autoridad o servidor público.
- B) Violaciones administrativas, vicios en los procedimientos y delitos que lesionen a una persona o a un grupo, cometidos por otros agentes sociales, cuya impunidad provenga de la anuencia o la tolerancia de alguna autoridad o servidor público, y
- C) En los casos a que se refieren los dos incisos anteriores, por negligencia imputable a alguna autoridad o servidor público.⁶²

III.2.1.4 Facultades de la CNDH

El artículo 6 de la Ley de la CNDH⁶³ señala que la Comisión Nacional tendrá, entre otras, atribuciones para recibir quejas de presuntas violaciones a derechos humanos, formular recomendaciones públicas autónomas, no vinculatorias y procurar la conciliación entre los quejosos y las autoridades señaladas como responsables.

61 Art. 102, Apartado B: "El Congreso de la Unión y las legislaturas de los Estados en el ámbito de sus respectivas competencias, establecerán organismos de protección de los derechos humanos que otorga el orden jurídico mexicano, los que conocerán de quejas en contra de actos u omisiones de naturaleza administrativa provenientes de cualquier autoridad o servidor público, con excepción de los del Poder Judicial de la Federación, que violen estos derechos. Formularán recomendaciones públicas autónomas, no vinculatorias y denuncias y quejas ante las autoridades respectivas.

Estos organismos no serán competentes tratándose de asuntos electorales, laborales y jurisdiccionales.

El organismo que establezca el Congreso de la Unión conocerá de las inconformidades que se presenten en relación con las recomendaciones, acuerdos u omisiones de los organismos equivalentes de los Estados."

62 ver art. 3 del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Derechos Humanos

III.2.1.5 Procedimiento de presentación de quejas ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos

El artículo 25 de la Ley señala que “cualquier persona podrá denunciar presuntas violaciones a los derechos humanos y acudir ante las oficinas de la Comisión Nacional para presentar, ya sea directamente o por medio de representante, quejas contra dichas violaciones”.

El plazo fijado por el artículo 26 de la Ley para presentar una queja es de un año a partir de que ocurrieron los hechos que se estimen violatorios o de que el quejoso hubiese tenido conocimiento de los mismos. En casos graves, la CNDH podrá ampliar el plazo.

Las quejas deberán presentarse por escrito y no se admitirán anónimas. Se podrán presentar oralmente en caso de que el denunciante sea menor de edad o no sepa escribir. Si no habla español, se le proporcionará un traductor.

Es importante señalar que “La formulación de quejas y denuncias, así como las resoluciones y Recomendaciones que emita la Comisión Nacional, no afectarán el ejercicio de otros derechos y medios de defensa que puedan corresponder a los afectados conforme a las leyes, no suspenderán ni interrumpirán sus plazos preclusivos, de prescripción o caducidad. Esta circunstancia deberá señalarse a los interesados en el acuerdo de admisión de la instancia”.⁶⁴ Este precepto permite a la persona agraviada intentar otros medios de denuncia y queja, además de éste. Una vez recibida la queja se analiza si la CNDH es o no competente. Si es competente se envía el expediente a la Dirección General de Quejas y Orientación

⁶³ Ley de la Comisión Nacional de Derechos Humanos del 29 de junio de 1992.

que califica en un máximo de 3 días. Si de la calificación se desprende que a la CNDH no le competente se orienta al quejoso y si la queja es médica se le envía a la CONAMED.

En el caso de que la queja sea asunto que deba atender la CNDH procede la intervención por violación y se envía una notificación a la institución médica. En ella se le adjunta copia de la queja y se le solicita un informe técnico y el expediente clínico y, si es necesario, se realiza una visita a la institución.

Una vez admitida la instancia, deberá ponerse en conocimiento de las autoridades señaladas como responsables utilizando en caso de urgencia cualquier medio de comunicación electrónica. En la misma comunicación se solicitará a dichas autoridades o servidores públicos que rindan un informe sobre los actos, omisiones o resoluciones que se les atribuya en la queja, el cual deberán presentar dentro de un plazo máximo de quince días naturales y por los medios que sean convenientes, de acuerdo con el caso. En las situaciones que a juicio de la Comisión Nacional se consideren urgentes, dicho plazo podrá ser reducido.⁶⁵

Desde el momento en que se admita la queja, el Presidente o los Visitadores Generales o adjuntos y, en su caso, el personal técnico y profesional, se pondrán en contacto inmediato con la autoridad señalada como responsable de la presunta violación de derechos humanos para intentar lograr una conciliación entre los intereses de las partes involucradas, siempre dentro del respeto de los derechos humanos que se consideren afectados, a fin de lograr una solución inmediata del

⁶⁴ Ver art. 32 de la Ley.

⁶⁵ ver art. 34 de la Ley.

los humanos que se consideren afectados, a fin de lograr una solución inmediata del conflicto.⁶⁶

En el informe que deberán rendir las autoridades señaladas como responsables contra las cuales se interponga queja o reclamación, se deberá hacer constar los antecedentes del asunto, los fundamentos y motivaciones de los actos u omisiones impugnados, si efectivamente estos existieron, así como los elementos de información que consideren necesarios para la documentación del asunto.⁶⁷

La Comisión Nacional de Derechos Humanos podrá dictar acuerdos de trámite, que serán obligatorios para las autoridades y servidores públicos para que comparezcan o aporten información o documentación. Su incumplimiento acarreará las sanciones y responsabilidades señaladas en el Título IV, Capítulo II de la presente ley.⁶⁸

Por su parte, la institución médica que recibe la notificación registra la queja, recopila la información requerida y la envía a la CNDH. Si la información requerida no es enviada a tiempo, un visitador de la CNDH acude a la institución, analiza la información y resuelve según la información revisada.

Concluida la investigación, el Visitador General formulará, en su caso, un proyecto de Recomendación, o acuerdo de no responsabilidad en los cuales se analizarán los hechos, los argumentos y pruebas, así como los elementos de convicción y las diligencias practicadas, a fin de determinar si las autoridades o servidores han

⁶⁶ ver art. 36

⁶⁷ ver art. 38

⁶⁸ art. 70: "Las autoridades y los servidores públicos serán responsables penal y administrativamente por los actos u omisiones en que incurran durante y con motivo de la

violado o no los derechos humanos de los afectados, al haber incurrido en actos y omisiones ilegales, irrazonables, injustas, inadecuadas, o erróneas, o hubiesen dejado sin respuesta las solicitudes presentadas por los plazos fijados por las leyes.

En el proyecto de Recomendación, se señalarán las medidas que procedan para la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales, y si procede en su caso, para la reparación de los daños y perjuicios que se hubiesen ocasionado.

Los proyectos antes referidos serán sometidos al Presidente de la Comisión Nacional para su consideración final.⁶⁹

En caso de que no se comprueben las violaciones de derechos humanos imputadas, la Comisión Nacional dictará acuerdo de no responsabilidad.⁷⁰ Si se comprueba que hubo violación a derechos humanos, la CNDH emite una recomendación que será pública y autónoma, aunque no tendrá carácter imperativo para la autoridad o servidor público a los cuales se dirigirá y, en consecuencia, no podrá por sí misma anular, modificar, o dejar sin efecto las resoluciones o actos contra los cuales se hubiese presentado la queja o denuncia.

La CNDH emite una propuesta de conciliación a la autoridad o servidor público de que se trate y éste deberá informar, dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación, si acepta dicha propuesta de recomendación. Así mismo, en el caso de las recomendaciones, la institución también contará con 15 días para aceptarla. Si la acepta, cuenta con otros quince días adicionales, para enviar las

tramitación de quejas e inconformidades ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos, de acuerdo con las disposiciones constitucionales y legales aplicables.”

⁶⁹ ver art. 44

pruebas correspondientes de que ha cumplido con la Recomendación. Dicho plazo podrá ser ampliado cuando la naturaleza de la Recomendación así lo amerite.⁷¹

Es muy importante tener en cuenta que en contra de las Recomendaciones, los acuerdos o resoluciones definitivas de la Comisión Nacional, no procederá ningún recurso.⁷²

La Comisión Nacional notificará inmediatamente a los quejosos los resultados de la investigación, la recomendación que haya dirigido a las autoridades o servidores públicos responsables de las violaciones respectivas, la aceptación y la ejecución que se haya dado a la misma, así como, en su caso, el acuerdo de no responsabilidad.⁷³

El recurso de queja, sólo podrá ser promovido por los quejosos, o denunciantes que sufran un perjuicio grave, por las omisiones o por la inacción de los organismos locales, con motivo de los procedimientos que hubiesen substanciado ante los mismos, y siempre que no exista Recomendación alguna sobre el asunto de que se trate; y hayan transcurrido seis meses desde que se presentó la queja o denuncia ante el propio organismo local.⁷⁴

Sólo quienes hayan sido quejosos en un expediente integrado por un organismo estatal de derechos humanos, estarán legitimados para interponer los recursos de

⁷⁰ ver art. 45

⁷¹ ver art. 46

⁷² ver art. 47

⁷³ ver art. 50

⁷⁴ ver art. 56

impugnación, tanto contra las recomendaciones de dichos organismos como contra la insuficiencia de las autoridades locales en el cumplimiento de ellas.⁷⁵

III.2.2 Marco Jurídico de la CONAMED

III.2.2.1 Motivo de creación de la CONAMED

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico fue creada por decreto presidencial, el 3 de junio de 1996. El motivo por el cual fue creada, según lo señala el propio decreto, fue para cumplir con el objetivo planteado en el Plan Nacional de Desarrollo que se refiere a “mejorar la calidad de los servicios médicos a través de la reestructuración de las instituciones, así como atender las legítimas demandas de los usuarios para que los servicios operen con mayor calidad y eficiencia;”⁷⁶

Para lograr este objetivo, la CONAMED se creó para fungir como órgano administrativo con autonomía técnica que tiene la capacidad para: “recibir quejas, investigar las presuntas irregularidades en la prestación o negativa de prestación de servicios médicos y emitir sus opiniones, acuerdos y laudos”.⁷⁷

También se exponen como ventajas de la CONAMED, el que sea una instancia especializada que “garantice a los usuarios y prestadores de servicios médicos, la imparcialidad en el análisis, dictamen y resolución en las controversias que conozca”.⁷⁸

⁷⁵ ver art. 64

⁷⁶ ver “Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico”, Considerando.

⁷⁷ Idem.

⁷⁸ Ibidem.

III.2.2.2 Organización de la CONAMED

La CONAMED se creó como un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, con plena autonomía técnica para emitir sus opiniones, acuerdos y laudos y con el objeto de contribuir a resolver los conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de dichos servicios.⁷⁹

El artículo 4o. del Decreto de creación enumera las atribuciones de la CONAMED que incluyen brindar asesoría e información a los usuarios y prestadores de servicios médicos sobre sus derechos y obligaciones, recibir, investigar y atender las quejas que presenten los usuarios de servicios médicos, intervenir en amigable composición para conciliar conflictos derivados de la prestación de servicios médicos y fungir como árbitro y pronunciar laudos cuando las partes se someten expresamente al arbitraje.

El artículo 5 señala que la CONAMED estará integrada por: Un Consejo, un Comisionado, dos Subcomisionados, y las Unidades Administrativas que determine su Reglamento Interno.

En el artículo 6, del Decreto de Creación, se determina que el Consejo estará integrado por diez Consejeros y por el Comisionado quien lo presidirá. 8 de los Consejeros serán designados por el Presidente de la República, así como el Comisionado, y los otros dos Consejeros serán los presidentes en turno de las Academias Nacional de Medicina y Mexicana de Cirugía.

⁷⁹ ver "Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico", arts. 1 y 2.

Cabe señalar que entre las funciones del Consejo están el sesionar por lo menos una vez cada tres meses y deberá conocer de los asuntos que someta a su consideración el Comisionado.

En los artículos 13 y 14 del decreto se especifica que la formulación de quejas así como los procedimientos que se sigan ante la CONAMED, no afectarán el ejercicio de otros derechos o medios de defensa de los que dispongan los usuarios o prestadores de servicios médicos conforme a la ley. También se señala que se remitirá a la Comisión Nacional de Derechos Humanos la documentación y los informes que se le soliciten.

III.2.2.3 Competencia de la CONAMED

La CONAMED tendrá facultades para recibir quejas, investigar las presuntas irregularidades en la prestación de servicios médicos y emitir sus opiniones, acuerdos y laudos. Los laudos emitidos por la CONAMED no podrán hacerse cumplir mediante fuerza coercitiva; esto significa que la competencia de dicho órgano se deriva de la voluntad de las partes que se someten al arbitraje como medio para resolver sus controversias. Es importante destacar lo dispuesto por el artículo 13 del Decreto de Creación de la CONAMED en el sentido de que la formulación de quejas así como los procedimientos que se sigan ante la CONAMED, no afectarán el ejercicio de otros derechos o medios de defensa de los que dispongan los usuarios o prestadores de servicios médicos conforme a la ley.

III.2.2.4 Procedimiento de presentación de quejas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Como en el caso de la CNDH, también se realizaron visitas a la CONAMED con el fin de conocer los pasos que siguen los procedimientos de quejas de viva voz de los funcionarios públicos que trabajan en ella. Así, encontramos que:

Al llegar a presentar una queja ante la CONAMED, ubicada en Mitla 250, esq. Eugenia, Col. Narvarte, el quejoso se deberá registrar en la recepción y luego pasar al primer piso a la Dirección General de Orientación y Quejas que tiene las funciones de orientación, asesoramiento y recepción de quejas. En un lapso máximo de 15 minutos, pasará a una de las tres salas de consultoría donde será atendido por un abogado y un médico. El horario para la recepción de quejas es de 9 de la mañana a 6 de la tarde y los requisitos para presentar una queja son los siguientes: mostrar cualquier documento que acredite la relación médico-paciente (receta médica, carnet de citas, etc.), presentar una identificación y alguna documentación de la atención médica recibida.

Actualmente, si la agraviada es una mujer, puede pasar a una sala especial donde será atendida por una abogada y una médica. Si se trata de un asunto de odontología pasa a otra sala que está ubicada en la Dirección de Asuntos Regionales.

Las quejas se reciben en persona o por correo aunque sí se pueden dar asesorías por teléfono e incluso existe un número de LADA sin costo: 018007110658. La persona que presenta la queja no tiene que ser el mismo agraviado. No se aceptan quejas anónimas ni meramente verbales.

Una vez que el quejoso pasa a la sala de consultoría, el personal consultor levanta la queja. El tiempo promedio de atención de una queja fluctúa entre 60 y 90 minutos. Las quejas se analizan de acuerdo a los criterios de admisión de quejas que se encuentran en el artículo 4º del decreto de Creación de la CONAMED para determinar si proceden o no. Este artículo refiere que se aceptarán las quejas cuando se trate de probables actos u omisiones derivadas de la prestación del servicio y/o probables casos de negligencia con consecuencia sobre la salud del usuario. También está estipulado que se admitirán aquéllas que sean acordadas por el Consejo.

En caso de que no proceda la queja, se le explica al usuario por qué la atención médica que recibió fue adecuada en una asesoría que dura de 30 a 60 minutos. Si la queja no es de la competencia de la CONAMED, se orienta al quejoso para que acuda a la autoridad correspondiente, por ejemplo, si es un asunto de pensiones se le manda a la Procuraduría de la Defensa del Trabajo, si se trata de costos excesivos se le manda a la PROFECO, o si se trata de un asunto de que los recibos de honorarios de los médicos no cubren los requisitos fiscales, se le manda a la SHCP.⁸⁰ La CONAMED emite un documento de asesoría y se finaliza su intervención. Si la queja es aceptada, se canaliza a la Dirección General de Conciliación si son del Distrito Federal, o el área metropolitana, y si son del interior de la República, pasan a la Dirección General de Coordinación Regional. Ahí se analiza la situación.

⁸⁰ Al término de la entrevista se le aplica una encuesta al quejosos para que evalúe la atención recibida en la CONAMED.

Si la queja se puede resolver inmediatamente, pasa al proceso de solución inmediata. Si no, la queja pasa a Conciliación.

En el caso de la Resolución Inmediata, la CONAMED se comunica con la institución y le notifica sobre la queja. Por su parte, la institución registra la petición y realiza las gestiones necesarias, o informa al quejoso. La solución al caso debe realizarse en un plano no mayor de 48 horas. La institución médica debe enviar comprobante a la CONAMED en cuanto solucione la queja. Si la institución no resuelve en el plazo mencionado, se envía una queja por irregularidades a la prestación del servicio médico.

En el caso de que la queja se envíe a Conciliación, la CONAMED, envía notificación de la queja a la institución médica y le solicita el expediente y un informe médico. La institución recopila la información solicitada y la envía a la CONAMED. Si se trata de un asunto ante el IMSS o el ISSSTE, se le notifica a la autoridad que se presentó una queja en su contra y la autoridad tiene 10 días hábiles para contestar si considera procedente o no la queja tratándose del IMSS o 30 días hábiles si se trata del ISSSTE. Estas condiciones están estipuladas en los convenios que firmó la CONAMED con el IMSS y el ISSSTE, respectivamente, para facilitar la resolución de las quejas. En los mismos convenios está estipulado que será la propia institución, ya sea el IMSS o el ISSSTE quien deberá agotar sus instancias de quejas antes de que la CONAMED pueda conocer del caso.

En cuanto la autoridad manda su respuesta respecto a la procedencia de la queja, se le notifica al quejoso. Independientemente de la procedencia de la queja según la autoridad, se cita a las partes a una junta de conciliación donde se espera que

se resuelva la queja en una conciliación tipo "A".⁸¹ En caso de que no se llegue a un acuerdo, la CONAMED ofrece el procedimiento de arbitraje, y si aceptan se someten las partes al arbitraje de la CONAMED.

Tratándose de un médico particular, de igual manera se le cita a una junta de conciliación, generalmente 15 días después de la admisión de la queja, y se le solicita que mande antes su curriculum y el expediente médico para que sea revisado por los conciliadores de la CONAMED.

Si en la junta de conciliación las partes no llegan a un acuerdo, se les ofrece que se sometan a un arbitraje. Si las dos partes no están de acuerdo en someterse al arbitraje, termina la intervención de la CONAMED y quedan a salvo sus derechos.

Si acepta el arbitraje, se firma un compromiso arbitral, se desarrolla el dictamen y la CONAMED emite un Laudo, mismo que notifica al quejoso y a la Institución Médica. Si alguna de las partes no está de acuerdo con el laudo, de igual manera quedan a salvo sus derechos.

⁸¹ Se le llama conciliación tipo "A" al acuerdo al que llegan las partes para resolver la inconformidad del quejoso mediante las gestiones que hace la CONAMED ante los prestadores de servicios.

CAPÍTULO IV:

Identificación de las quejas presentadas

Durante el desarrollo del trabajo de investigación sobre las quejas a los derechos reproductivos, en especial del consentimiento informado, se decidió investigar sobre todas quejas a las posibles violaciones a los derechos que nos ocupan. En este capítulo veremos dónde han sido presentadas quejas por violación al consentimiento informado, y cuál ha sido el resultado de éstas quejas.

IV.1 Informe de las Quejas Presentadas ante el Tribunal para la Defensa de los Derechos Reproductivos

En el Tribunal de Derechos Reproductivos se presentó un grupo de presuntas violaciones a estos derechos que ya se habían presentado, o que se presentaron después como quejas ante la CNDH o la CONAMED. Conocer el resultado final de estas quejas fue uno de los pasos que se siguieron a fin de saber un poco más sobre las rutas de quejas que siguen algunos casos y cuál ha sido la experiencia final.

El Tribunal para la Defensa de los Derechos Reproductivos se llevó a cabo el 28 de mayo de 1996, en el marco del Día Internacional de Acción por la Salud de las Mujeres. Fue organizado por la Red por la Salud de las Mujeres del Distrito Federal, que agrupa a 13 organizaciones civiles y académicas y convocó a autoridades gubernamentales, legisladores, partidos políticos, organizaciones civiles, a la prensa y a la sociedad en su conjunto, cuyo fin fue reforzar las acciones para el ejercicio y la protección de los derechos reproductivos de las

mujeres mexicanas, buscando elevar la calidad de la atención en los servicios de salud reproductiva, la modificación de leyes y el impulso de la impartición de justicia.

Aunque este tribunal no tuvo ninguna validez judicial, su propósito fue presentar testimonios y denunciar públicamente las dolorosas situaciones que enfrentan las mujeres y sus familias cuando se violan sus derechos y que no se reflejan en las cifras oficiales. Antes de la realización del Tribunal se distribuyó un *Dossier de Casos* donde se presenta un resumen de los hechos y una apreciación médica y otra jurídica para respaldar las quejas de las denunciadas.

En el tribunal se presentaron 15 casos, dos de los cuales fueron por DIU sin consentimiento y uno por OTB sin consentimiento. Los restantes 13 casos fueron de distintas violaciones a los derechos reproductivos incluyendo legrados con pérdida de órganos y mala atención durante el parto que resultaron en la muerte del producto o de la madre.

Una de las tareas a las que nos abocamos en este trabajo fue el estudio de estos casos y el seguimiento de los mismos. Contactamos a la Red por la Salud de las Mujeres donde nos informaron que sólo tres quejadas quisieron seguir su denuncia por la vía judicial, las dos de DIU sin consentimiento y una más por mala atención durante el parto que resultó en daños permanentes al producto. Estos tres casos fueron llevados por un abogado litigante, asesor de Grupo de Información en Reproducción Elegida: Pedro Morales. En todos los demás casos, las quejadas desistieron de la demanda. (Ver capítulo IV)

Todos los casos del tribunal se presentaron como queja ante la CNDH y 6 se presentaron, además, en la CONAMED pero ésta sólo admitió un caso porque en el

resto ya se habían interpuesto denuncias por la vía penal y, en estos casos, la CONAMED ya no puede intervenir. Por su parte la CNDH, sólo ha emitido una recomendación sobre un caso en que la mujer munió. Pero, antes de hacer pública la resolución propuso la conciliación a la institución a través de una indemnización. En los dos casos por DIU sin consentimiento contra el IMSS que se presentaron ante el Tribunal para la Defensa de los Derechos Reproductivos se interpusieron demandas por la vía civil por ilicitud civil y daño moral,⁸² después de haberse presentado queja ante la CONAMED y la CNDH, y demanda por vía penal.

Según el punto de vista de algunos juristas es más recomendable denunciar por la vía civil que por la vía penal en caso de violación a los derechos reproductivos.

Las desventajas del juicio penal son las siguientes: la demanda es en contra del médico y no de la institución, la reparación del daño es menor que por la vía civil y por último, la agraviada no interviene en el juicio.

Por la vía civil, en cambio, hay igualdad entre demandado y actor aunque el problema en este caso es encontrar un abogado que quiera llevar el caso, porque hasta ahora no han sido juicios redituables.

En cuanto a la denuncia y defensa de los derechos reproductivos, la importancia del Tribunal abrió camino y llamó la atención sobre la existencia de instancias de queja y de denuncia a la violación de los derechos reproductivos de las mujeres. A nivel de las personas individualmente, su seguimiento indica que en el camino desistieron la mayoría de las ofendidas, y que las que han seguido han obtenido

⁸² En enero de 1998 se presentaron las pruebas para su desahogo, incluyendo las quejas interpuestas ante la CNDH.

pocos resultados en las vías intentadas, pareciera que la vía más indicada, finalmente será la denuncia por vía civil.

IV.2 Quejas presentadas ante la CNDH en materia de prescripción de métodos anticonceptivos

Dado que no fue posible obtener información sobre los hechos y la forma en que concluyeron las quejas presentadas ante la CNDH, se procedió a revisar todas las Gacetas publicadas por la CNDH en el periodo 1990-1998 con el fin de recolectar información sobre las recomendaciones emitidas por la CNDH con relación a la contracepción forzada⁸³ en el supuesto de que los casos donde se encontrara recomendación serían los más significativos, y que el resto de las quejas reportadas como resueltas por la CNDH se resolvieron por amigable composición o por declaración de no responsabilidad o de improcedencia.

En la revisión encontramos que en dicho periodo, se emitieron 22 recomendaciones de la CNDH en materia de salud reproductiva, 1 en 1991, 4 en 1995, 2 en 1996, 12 en 1997 y 3 en 1998. Todas estas quejas fueron por negligencia médica.

En 1991, la queja fue por mala atención en el parto atendido en el IMSS en Quintana Roo, resultando en la muerte de la niña.

En 1995, dos quejas fueron por mala atención en el parto que resultó en la muerte del producto, un caso fue por atención negligente que ocasionó que le extirparan la

matriz y el ovario izquierdo a la paciente y la última queja fue por mala atención en un caso de cáncer en la matriz, que precipitó la muerte de la paciente. En una de las quejas por mala atención que ocasionó la muerte del producto, como queja secundaria encontramos que a la mujer se le practicó la OTB sin consentimiento. Volveremos a este caso más adelante.

En 1996, una queja se presenta por histerectomía mal practicada que resulta en la muerte de la paciente y la otra por mala atención en el parto en que fallece el producto y las autoridades se rehusan a entregar el cadáver.

En 1997, 5 casos resultaron en la muerte del producto, un caso en muerte materna y uno de muerte materna y del producto, un caso fue de atención deficiente durante el parto a una paciente con SIDA, 3 casos resultaron en daño a la salud de la madre y un caso resultó en la pérdida de la matriz y de un ovario de la madre.

En 1998, hubo una queja por deficiente atención médica durante el parto que resultó en la muerte del producto, otro que resultó en daño a la salud del producto y un tercer caso en el que sólo se menciona que hubo una deficiente atención en el parto sin especificar las consecuencias.

En todos los casos, la recomendación consistió en girar instrucciones para que se iniciara el procedimiento administrativo de investigación contra los médicos que atendieron a la agraviada. En los casos en que hubo daño a la salud de la madre o del producto, además se emitieron instrucciones para que se procediera a la reparación del daño y se proporcionara atención médica a la agraviada.

⁶³ En estas gacetas, la CNDH publica mensualmente las actividades realizadas y las recomendaciones emitidas que fueron las que revisamos, buscando alguna recomendación en materia de prescripción de anticonceptivos.

Sólo encontramos una recomendación de contracepción forzada por una salpingoclasia sin consentimiento en el año de 1995. Esto se puede explicar porque no se da seguimiento a los casos que se solucionan por amigable composición o en que la quejosa desiste de la queja.

Debido a que los informes anuales de la CNDH contienen información sobre todas las quejas recibidas, con el fin de conocer el número de quejas recibidas sobre contracepción forzada en sus ocho años de existencia, recurrimos a estos informes en los que encontramos los siguientes resultados:

- ◆ En el período de mayo 1993 a mayo 1994, se presentaron 14 casos de negligencia médica contra mujeres, sin especificar el tipo de negligencia.
- ◆ En el período de mayo 1994 a mayo 1995, se presentaron 7 casos de negligencia médica, sin especificar el tipo de negligencia.
- ◆ En el período de mayo 1995 a mayo 1996, se presentaron 62 casos de negligencia médica y un caso de contracepción forzada. Es importante señalar que es a partir de este año en que la CNDH separa en sus informes los casos de contracepción forzada.
- ◆ En el período de mayo 1996 a mayo 1997, se presentaron 42 casos de negligencia médica y un caso de contracepción forzada.
- ◆ En el período de mayo 1997 a mayo 1998 se presentaron 114 casos de negligencia médica y 4 casos de contracepción forzada.

En la única recomendación que se emitió por OTB sin consentimiento en la queja secundaria, se emitió el 12 de mayo de 1995 y el agravio fue cometido el 21 de enero de 1994 en un hospital de Baja California dependiente de la Secretaría de

Salud. Respecto a la OTB sin consentimiento, la CNDH hizo una serie de consideraciones que a continuación se transcriben, pues en ellas se plasman los conceptos que en materia de consentimiento informado deben regir en el país: “En el presente caso no se encontró en el expediente clínico ninguna autorización escrita para realizar la “salpingoclasia” en la agraviada, por lo que se establece que existe responsabilidad profesional en su variedad de negligencia por parte del personal médico que realizó la cirugía sin el consentimiento de la pareja. Además, la realización de esta cirugía no era necesaria de acuerdo con el estado de salud de la paciente; es decir, su práctica no la salvaba de un posible padecimiento”.

Más adelante dice lo siguiente: “Así también, se desprende que el personal médico que realizó a la agraviada la “salpingoclasia” sin su consentimiento, en el Hospital General de Mexicali, Baja California, dependiente de la Secretaría de Salud, incurrió en responsabilidad profesional, ya que para practicar esa intervención era necesario que se hubiera otorgado el consentimiento por escrito, toda vez que las políticas de planeación familiar no dan a las autoridades médicas atribuciones para decidir, sin acuerdo de las pacientes o de los esposos de éstas, aun a efecto de protegerlas, la aplicación de los métodos anticonceptivos para espaciar los periodos de reproducción intergenéticos.

A este respecto, el artículo 67 de la Ley General de Salud refiere que:

...Los servicios que presenten en la materia constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos, con pleno respeto a su dignidad.

Quienes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita serán sancionados conforme a las disposiciones de esta ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran.

A mayor abundamiento, en opinión del perito médico adscrito a este organismo nacional, la salpingoclasia no era un procedimiento urgente, en virtud de que la necesidad de practicarlo radica en el estado clínico que guarde la paciente, y que un embarazo futuro pudiera poner en peligro su vida, lo que en el presente caso no ocurrió, además de que no existió relación entre la muerte del producto (óbito) y la operación de la salpingoclasia.”

Finalmente concluye: “Con base en lo expresado, esta Comisión Nacional considera que se violaron los Derechos Humanos de la señora....por realizar sin su consentimiento la salpingoclasia.”

La recomendación emitida consistió en ordenar el inicio del procedimiento administrativo de investigación tendiente a determinar la responsabilidad profesional no criminal en que incurrieron los médicos,..., girar instrucciones para que se proceda a la reparación del daño por la responsabilidad profesional médica de los servidores públicos.

IV.3 Quejas recibidas por la Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente del IMSS

Se revisó el Informe Ejecutivo correspondiente al período enero-octubre de 1998. En éste último se encontró que la mayor parte de las quejas recibidas en el período, desde la percepción del usuario, fue por falta de medicamentos, seguido

de mala atención médica. El porcentaje de quejas en la especialidad de gineco-obstetricia fue del 9.9 por ciento del total de quejas.

En cuanto a la información sobre las quejas directamente relacionadas con la prescripción de métodos anticonceptivos, se nos facilitó la información correspondiente al período de 1994 a 1998. En ella se encontró:

Durante el año de 1995, se registraron cuatro casos en que el diagnóstico específico de la queja fue "aplicación de DIU" o "DIU sin autorización". En cada queja, el motivo o causa de la queja es diferente, en dos es por descuido en la atención, en otro es por falta de equipo y medios de apoyo para el diagnóstico y en el cuarto por sobreexpectativa del derechohabiente. En dos de los casos se consideró improcedente la indemnización y las otras peticiones que no están especificadas; en otro, se consideró improcedente el reintegro de gastos extrainstitucionales y la indemnización; y en el último se consideró improcedente la sanción al personal, la investigación del caso y la indemnización.

Durante, 1996, se registraron dos casos en que el diagnóstico específico de la queja fue "paridad satisfecha" y uno de "colocación de DIU" De los casos de "paridad satisfecha" que se pudiera interpretar, sin que tengamos la certeza, en la realización de una OTB, en uno el motivo o causa de la queja fue por problemas de actitud del personal y en el otro fue por falta de equipo y medios de apoyo para el diagnóstico. En el primer caso se consideró procedente la sanción al personal y en el segundo caso se consideraron procedentes la investigación del caso y el cambio de médico.

En el caso de la “aplicación del DIU, el motivo o causa se calificó como “sobreespectativa del derechohabiente” y se declaró improcedente la sanción al personal, la investigación del caso y la indemnización.

Todos los casos se clasificaron bajo el diagnóstico genérico de “complicaciones de embarazo, parto y puerperio”, además todas las quejas están concluidas.

Es importante destacar que desde 1996, no se han presentado en el IMSS más quejas sobre presunta violación al consentimiento informado. También es importante señalar que ninguna de las quejas presentadas por colocación de DIU fueron resueltas a favor de la persona agraviada. Por esta razón es fácil suponer que varias de éstas quejas se hayan presentado ante la CNDH o ante la CONAMED.

Después de analizar las quejas sobre violación al consentimiento informado en la CNDH, en el IMSS y en la CONAMED; y haber encontrado tan pocos casos, sobre todo si se toma en cuenta el volumen de población que atienden las instituciones del sector público de salud, una de las interrogaciones que surgen es ¿la población sabrá de la existencia de sus derechos reproductivos? Particularmente, ¿sabrán que tiene derecho a recibir información y a dar su aprobación cuando decide utilizar cualquier método anticonceptivo? Y ¿sabrán que puede demandar el cumplimiento de este derecho y denunciar su violación? Y, si lo sabe, ¿estará dispuesta a presentar una queja?, ¿sabrán dónde presentarla? ¿qué instancias de queja o denuncia conocerán? Con el objeto indagar sobre estas interrogantes el 23 de marzo de 1998 se llevó a cabo en el Consejo Nacional de Población una encuesta telefónica de alcance nacional. La encuesta se levantó con 500 cuestionarios. Para seleccionar a los entrevistados se procedió primero a la elección de números telefónicos a través de un procedimiento probabilístico y

aleatorio. En cada teléfono en muestra se eligió una persona mayor de 18 años. Los números telefónicos seleccionados se generaron a partir de una base de datos obtenida de los directorios de Teléfonos de México que contienen las series con que se inician los números telefónicos de cada localidad donde existe este servicio. A partir de esta información se generaron números aleatorios de teléfonos según los objetivos que se persiguieron en el sondeo. El procedimiento anterior garantizó que todos los teléfonos residenciales tuvieran la misma oportunidad de ser seleccionados.

Los reportes preliminares de esta encuesta señalaron que:

La población asocia vagamente la palabra derechos reproductivos con aspectos específicos sobre planificación de la familia. A la pregunta ¿Ha oído usted hablar sobre una serie de derechos que tenemos los hombres y las mujeres en relación a nuestra reproducción?, la población solo reconoció espontáneamente como derechos reproductivos: "decidir cuántos hijos tener y en qué momento tenerlos" (27%) y el "derecho a decidir cuándo ya no quiero tener más hijos" (6%).

A lo largo del resto del cuestionario se distribuyeron preguntas sobre el conocimiento de los derechos reproductivos. No obstante que la mayoría de la población no reconoce espontáneamente sus derechos, a las preguntas sobre conocimiento de derechos reproductivos con ayuda, la mayoría de la población entrevistada los reconocieron como tales. En numerosos casos fue frecuente la mención "sí sabía de su existencia pero no de que son derechos". Cabe señalar que la población femenina está más enterada al respecto. Fue más frecuente entre ellas que los términos derechos reproductivos se asociaran con aspectos vinculados a su salud reproductiva o con la orientación médica o acceso a

servicios al respecto. Se observa un sesgo similar en la población que tiene entre 40 y 64 años.

A los entrevistados se les preguntó su opinión sobre el respeto a los derechos reproductivos. Se les dijo: Con lo que usted ha visto o ha oído respecto a los derechos reproductivos, usted diría que en México....

Si respetan o no los derechos reproductivos

Se violan los derechos reproductivos de los pobres

Se violan los derechos reproductivos de algunas mujeres.

De acuerdo a las respuestas se puede decir que en México priva la opinión se respetan los derechos reproductivos (62%). Dos de cada tres entrevistados creen también que los servicios de planificación familiar del sector público respetan el derecho a elegir libremente y sin presiones el método anticonceptivo que las personas desean utilizar. Estas opiniones son más amplias entre los jóvenes (18 a 24 años).

No obstante lo anterior, una parte importante de los entrevistados consideró que en ocasiones se violan los derechos reproductivos de los pobres (64%). Esta opinión tiende a ser más amplia entre las mujeres, pero disminuye a mayor escolaridad) y los de algunas mujeres (72%).

En la encuesta se indagó también si los entrevistados habían escuchado alguna declaración sobre la violación a los derechos reproductivos y a través de qué medio y persona se habían enterado. Al respecto, el 48% de los entrevistados dijeron haber tenido conocimiento previo de las declaraciones de que en México se violan los derechos reproductivos de los pobres, y que en México se violan los

derechos reproductivos de algunas mujeres. El 38% señaló haber oído que en México se violan los derechos reproductivos.

En total, el 57% de los entrevistados declaró haberse enterado de al menos una de las anteriores declaraciones. De éstos, el 63% dijo haberlas visto en la televisión, el 22% las leyó en el periódico y, el 14% las escuchó en la radio. Sin embargo, cuando se les preguntó sobre quién o quiénes hicieron esas declaraciones, sólo un pequeño porcentaje (el 13%) dijo que de un funcionario y en la misma proporción de Asociaciones Civiles u Organismos No gubernamentales.

CAPÍTULO IV: Testimonios

Como lo hemos podido constatar en los capítulos anteriores, la imposición de métodos anticonceptivos sí ocurre en México y cada año se presentan quejas de este tipo en las comisiones de derechos humanos y en la CONAMED. Sin embargo, si comparamos el número de quejas presentadas con las denuncias que aparecen en los periódicos, queda claro que es un porcentaje de mujeres que llegan a denunciar estas violaciones es muy bajo y es más bajo aún el porcentaje de mujeres que tiene éxito en sus demandas, es decir que obtiene alguna reparación del daño. En éste capítulo analizaremos los testimonios de algunas mujeres que han sufrido la violación a su derecho al consentimiento informado.

Como el objetivo de esta tesis se centra en conocer el marco jurídico del consentimiento informado y de las instancias de denuncia, las entrevistas realizadas servirán como ejemplo de la experiencia de mujeres que han sufrido alguna violación a sus derechos reproductivos. Tuve la oportunidad de entrevistar a tres mujeres que reconocen haber tenido esa experiencia pero que no denunciaron los hechos y al único abogado que ha seguido juicios al respecto. Gracias a su cooperación puedo dar información sobre tres mujeres que han mantenido juicios en contra de aquellos que les impusieron métodos anticonceptivos sin su consentimiento.

V.1 Las mujeres que no denunciaron

Entrevisté a tres mujeres que sufrieron una violación a sus derechos reproductivos y que no denunciaron: dos por salpingoclasia y una por dispositivo intrauterino. En

un primer momento daré los datos principales de cada uno de los casos para posteriormente tratar de sacar las similitudes de los tres para ver si se pueden detectar las razones por las cuales no se denunciaron estos hechos.

V.1.1 Los relatos de los hechos

1) Eloísa

Eloísa tiene 37 años, es licenciada en agronomía de la UAM-Xochimilco y tiene dos hijos. Su segundo hijo nació hace nueve años en un hospital privado de Acayucan Veracruz, por cesárea. Durante el embarazo sólo acudió dos veces con el ginecólogo y le fue programada la cesárea. En estas dos citas nunca le preguntaron si quería optar por algún método anticonceptivo después de la cesárea ni tampoco le explicaron entre qué métodos podía escoger y cuáles eran sus características. Todavía el día de hoy dice que no sabe exactamente qué le hicieron, si “nada más la amarraron o si la cortaron”.

Su segundo embarazo no fue planeado, incluso dice que enterarse de que estaba embarazada fue una tristeza muy grande. En estas circunstancias, en que estaba deprimida, mal con su pareja y mal económicamente, le preguntan, a ella y a su exmarido si quieren la salpingoclasia. Cabe señalar que el momento preciso en que le preguntaron si quería la salpingoclasia fue cuando todavía tenía el bloqueo de la cesárea y el bebé acababa de nacer. Nunca firmó la hoja de consentimiento.

2) Marta

Marta tiene 38 años y es educadora. Le practicaron la salpingoclasia hace 13 años durante la cesárea en la que nació su segundo hijo, en un hospital del Seguro Social al cual ingresó por ser “recomendada”. Relata que en sus dos embarazos

subió mucho de peso lo cual le causó algunos problemas de taquicardia pero en su opinión no se trataba de embarazos de alto riesgo. Al momento de la cesárea, el doctor le dice que de una vez le va a hacer la salpingoclasia, "por su seguridad". Le dice que ya tiene dos hijos saludables y que es lo más recomendable. Le llaman a su esposo para preguntarle si está de acuerdo y él dice que es decisión de ella. En el relato de Marta nunca dice que aceptó la operación y desde luego no firmó la hoja de consentimiento. Habla de la mala atención que recibió posterior a la cesárea y a la salpingoclasia ya que fue "abandonada en el último rincón". Cuando despertó le informaron que le habían practicado la salpingoclasia y que su hijo estaba gravísimo, en peligro de morir.

3) Marcela

Marcela tiene 39 años y tiene estudios incompletos de la licenciatura en traducción. Su primer embarazo fue hace 16 años y le colocaron un dispositivo intrauterino post-parto sin su consentimiento. Ella tenía a su médico particular pero por su situación económica, decidió atenderse del parto en una clínica del Seguro Social. Después de 18 horas de trabajo de parto dio a luz y al recuperarse el médico le informó que le había colocado un dispositivo intrauterino. Al preguntar ella porqué, le dijo el médico que para que no tuviera que preocuparse de quedar embarazada de nuevo. Marcela acudió con su médico particular para retirarse el DIU pero éste le dijo que no se lo podía quitar antes de un año porque le podría desgarrar la matriz.

V.1.2 Análisis de los tres casos

Estas entrevistas pueden dar una idea de los motivos por los cuales no se denuncian las violaciones a los derechos reproductivos. Se trata de mujeres urbanas de nivel socio-económico medio-alto, con estudios universitarios o sea que gozan de una situación privilegiada. Si ellas enfrentaron situaciones con pocos recursos de queja, podemos tener una idea de lo que sucede con mujeres que cuentan con menos recursos y que sin duda son las que más sufren este tipo de violaciones.

1) El conocimiento previo de los métodos anticonceptivos

Llama la atención que las tres mujeres entrevistadas hablan de un conocimiento muy escaso sobre los métodos anticonceptivos, al momento en que ocurre la imposición forzada. Ninguna de las dos mujeres que sufrieron una salpingoclasia conocía bien el nombre de esta intervención ni en qué consiste el procedimiento. Eloísa dice que no sabe si la cortaron o sólo la amarraron mientras que Marta relata que el médico le dijo: “te corté, te ligué, te amarré, todo lo que sea posible para que no vuelvas a tener hijos”. En el caso de Marcela, se queda con el dispositivo que le pusieron sin su consentimiento por un año aunque en realidad se lo pudieron haber quitado sin ningún problema en su siguiente menstruación o incluso al día siguiente de haber dado a luz, según me informó el Dr. Marcos Saad, ginecólogo. En los tres casos es patente un desconocimiento sobre el uso de métodos y una dependencia total del médico.

Eloísa menciona que quedó embarazada de su primera hija a pesar de haber tomado anticonceptivos “porque es muy fértil”. Sin embargo, como ella misma lo dice, no tomaba las pastillas con regularidad sino que podía “tomar cuatro y dejar

una, tomar cinco y dejar dos” por lo que queda claro que no conocía la manera correcta de usar anticonceptivos hormonales.

Marta nos dice que quedó embarazada la segunda vez cuando le quitaron el dispositivo que había traído por tres años sin revisárselo nunca porque el médico no le dijo “te tienes que cuidar” y ella pensó que por la inflamación que tenía no quedaría embarazada.

Marcela quedó embarazada de su primer hijo usando métodos locales y “un poquito siguiendo el ritmo” y ella misma habla de su falta de educación sexual ya que no recibió ninguna información de su madre ni de su médico ni del hospital donde tuvo a su hijo y que lo único que conocía del uso de métodos anticonceptivos era lo que le habían enseñado en la escuela de monjas donde estudió la secundaria y la preparatoria.

2) La consciencia de sus derechos reproductivos

A pesar de que las tres entrevistadas tuvieron la sensación de que no estaba bien que el médico decidiera por ellas la imposición de un método anticonceptivo, me queda la impresión de que no tenían una consciencia muy clara de la magnitud del daño que les estaban haciendo al negarles el derecho fundamental de decidir cuántos hijos tener, cuándo tenerlos y cómo evitar tenerlos.

Eloísa dice que no sabía en ese momento que al practicarle la salpingoclasia sin su consentimiento previo por escrito y sin darle información le estaban violando un derecho. Dice que siempre se le hizo muy latoso el uso de anticonceptivos, que recientemente se enteró de la importancia de usar condones aunque no tuviera riesgo de quedar embarazada y que el único momento en que se arrepintió de que le hayan hecho la salpingoclasia fue cuando estuvo involucrada en una nueva

relación en la que pensó que el no poder tener hijos podría ser una limitante. Al igual que las otras dos entrevistadas, dice que estaba muy joven y que no le dieron tiempo para pensar si quería o no la salpingoclasia. Sin embargo, no parece reconocer la responsabilidad del médico y más bien dice que fue una decisión tomada “al vapor” por ella. Parece darle más peso al hecho de que en ese momento era la mejor opción la salpingoclasia por su situación personal y no al hecho de que era decisión de *ella* y que una decisión así no se debe tomar en el momento transcesárea y sin información.

En el caso de Marta, tampoco se dio cuenta en ese momento de que le estaban violando un derecho. Incluso llegó a sentir culpa por la decisión que se había tomado cuando quiso tener otro hijo pero ahora es muy fuerte su sentimiento de que fue víctima de un abuso cuando dice “No están manejando un objeto, están manejando un cuerpo, un ser humano que tiene sentimientos, que tiene sus propias decisiones, que no les pertenece ese cuerpo por mucho que estén metiendo las manos en ese momento.”

Marcela sí llegó a considerar en ese momento que le estaban violando un derecho y sí pasó por su cabeza decir “Bueno, es que debieron haberme preguntado antes” pero en sus propias palabras, estaba muy inmadura y no tenía la suficiente información sexual ni anticonceptiva.

3) ¿Porqué no denunciaron?

La respuesta más obvia a esta pregunta se encuentra en el apartado anterior en que vemos que las entrevistadas no tenían plena consciencia de que les estaban violando un derecho. Este dato se confirma con los resultados obtenidos de la

encuesta telefónica en que observamos que la mayor parte de las personas no conocen sus derechos reproductivos.

Sin embargo, encontramos otros indicios de porqué no denunciaron. En los casos de Eloísa y Marta, es importante señalar que en algún momento sí dieron su consentimiento aunque lo hayan dado sin la información previa suficiente y en momentos muy difíciles, es decir, *durante* la cesárea. Ahora a ellas les queda claro que el procedimiento fue irregular pero en el momento en que fueron intervenidas por salpingoclasia, se quedaron con la impresión de que fue decisión de ellas aunque ciertamente reconocen que la decisión fue tomada apresuradamente o “al vapor” como dice Eloísa.

Resultó interesante observar en las tres entrevistadas que de alguna manera quisieron justificarse ante mí como si sintieran cierta culpa por no haber denunciado los hechos en ese momento a por haber tomado una decisión apresurada. Las tres alegan que eran muy jóvenes e inmaduras y en el caso de Marta y de Marcela, cuando les pregunto si de sucederles el día de hoy algo semejante denunciarían, me responden inmediatamente y de manera enfática que sí. Eloísa es la que parece dudar ya que actualmente (al igual que las otras dos) no tiene pareja y piensa que no tendría caso denunciar porque de todas maneras no tendría con quien tener más hijos. Parece ser que ella toma en cuenta solamente la capacidad biológica de tener o no más hijos y no la importancia de la manera en que dio su consentimiento que como recordamos, nunca fue por escrito y eso en sí ya constituye un ilícito como queda señalado en la Ley General de Salud.

Otro elemento importante que parece influir en su decisión de no denunciar es que para las tres, “no era la prioridad en ese momento”. Cabe señalar que en los tres

casos la imposición forzada o irregular del método anticonceptivo se dio en el postparto o postcesárea y que cada una de las entrevistadas tenía un bebé recién nacido. En el caso de Marta, la situación era más dramática todavía por la gravedad en que se encontraba su hijo recién nacido, al grado que le dijeron que probablemente no sobreviviría. Aquí encontramos una actitud típicamente femenina (me refiero al género y no al sexo, es decir algo aprendido y no natural) en que la madre piensa primero en su hijo y después en ella misma. En los casos de Eloísa y Marcela, se enfrentaban a una situación económica difícil y para Eloísa, esto se veía agravado por la depresión que ella sufría y por la convicción de que no quería volver a tener hijos *con esa pareja*.

4) Su conocimiento de las instancias de denuncia

Todas las entrevistadas parecen tener una idea de que existen instancias a las que pueden acudir y organismos de apoyo a las mujeres aunque no los conozcan por nombre. Igual que en la encuesta telefónica, vemos que lo primero que mencionan, la instancia que les parece más familiar es la Comisión de Derechos Humanos (no especifican si la Nacional o la del Distrito Federal) lo que demuestra que esta instancia ha tenido éxito en su difusión por los medios. Marta menciona también que denunciaría en el propio hospital, no para obtener la reparación del daño sino para que fueran conscientes en su trato con las mujeres y para que esto no volviera a ocurrir.

Marcela también menciona que pediría orientación a una abogada mujer y esto refuerza la idea que mencionan las entrevistadas de que este tipo de violaciones, además de que creen que sí es una práctica común en nuestro país, ocurre porque son mujeres. Incluso, Marta señala que aunque el trato de las enfermeras puede

ser brusco, no llega nunca a ser tan despectivo hacia las pacientes como el trato de los médicos que llega incluso a ser ofensivo como por ejemplo cuando les dicen "A ver si como estabas de contenta cuando metiste esa criatura, puedes estar igual" o "Te dije que te cuidarás, te dije que ya te iba a poner el aparato, para qué te lo fuiste a quitar".

Finalmente, es importante señalar que ante la pregunta expresa, las tres entrevistadas opinan que la decisión sobre el control de la fecundidad debe ser en primer lugar de la mujer, en algunos casos puede ser en conjunto con la pareja pero que en ningún caso debe ser decisión del médico.

V.2 Las mujeres que sí denunciaron

Aunque desafortunadamente no fue posible entrevistar a las dos mujeres que llevaron sus quejas por imposición forzada de DIU hasta la vía civil, podremos analizar sus casos a través de la entrevista que se realizó a su abogado y por los testimonios que rindieron ante el Tribunal para la Defensa de los Derechos Reproductivos de la Red por la Salud de las Mujeres del Distrito Federal en 1996. Antes de entrar al análisis de estos dos casos, creo que es significativo el hecho de que no hayan accedido a ser entrevistadas. En el caso de las mujeres que nunca habían denunciado, me sorprendió disposición y apertura para hablar de lo que les había sucedido, al grado que en los tres casos, después de haber apagado la grabadora y terminada oficialmente la entrevista, siguieron hablando de temas como la pareja, la sexualidad, los hijos e incluso la interrupción voluntaria del embarazo. Creo que para ellas quizás fue la primera oportunidad que tuvieron para hablar de lo que les había sucedido y cuestionarse sobre lo que esto significaba

para ellas. En cambio, para las mujeres que llevan por lo menos cuatro años luchando contra el sistema para que se reconozca que se cometió un daño en su contra, puedo pensar que ya están cansadas de repetir su historia y no ven ninguna ventaja para ellas contar su historia a una persona que está haciendo su tesis, pero esto es sólo una suposición mía.

V.2.1 Los relatos de los hechos

En el apartado III.1 dimos los antecedentes del Tribunal para la Defensa de los Derechos Reproductivos y fue en ese momento que por primera vez se dieron a conocer públicamente los casos de Dora Luz Pérez Santos de 39 años y de Ana Laura Sánchez Montiel de 27 años. A continuación reproduciremos textualmente los relatos según aparecen en el Dossier de Casos del Tribunal.

1) Dora Luz Pérez Santos

“Dora Luz acudió a la consulta de control prenatal a la clínica de Gineco-Obstetricia de la Unidad Médica Tlatalolco. En la última consulta el médico le preguntó si quería hacerse la salpingoclasia a lo que ella contestó que no. Dora comenta que el médico la presionó para que aceptara la esterilización, argumentando su edad; ante la negativa, el médico le propuso la colocación del DIU, negándose ella nuevamente. La decisión de Dora quedó escrita en la hoja de canalización para el parto.

Dora tiene tipo de sangre Rh negativo, por lo que se le programó para practicarle una cesárea. Después de la ésta, tanto ella como su bebé estuvieron bien de salud y comenta que durante las visitas de los médicos se sintió constantemente hostigada, presionada e incluso regañada por no haberse practicado la salpingoclasia, incluso le llamaron “irresponsable”.

Ella les contestaba que sabía lo que estaba haciendo y que existían otras formas para prevenir un embarazo, no sólo la que en el IMSS querían imponerle.

Por los comentarios de los médicos y la hoja de alta que le dieron, ella estaba segura que no le habían colocado el DIU. Sin embargo, ya en su casa, cuando se estaba bañando, percibió los hilos del dispositivo, lo que la llenó de indignación.

Dora acudió inmediatamente con su médico familiar al IMSS, quien dudó de su capacidad para autoidentificar la presencia del DIU, diciéndole: "usted no sabe y en su hoja de alta aparece que no se lo pusieron".

Frente a la insistencia de Dora, el médico la remitió al servicio de Planificación Familiar porque a él no le correspondía retirar el DIU, en donde no fue atendida por ausencia de personal.

Dora, quien conoce sus derechos reproductivos, se sentía cada vez más violentada.

Actualmente Dora Luz está llevando un proceso legal de denuncia en donde se tiene que enfrentar a ser revisada por médicos legistas para comprobar que tiene colocado el DIU. Situación que, debido al retraso en los trámites, ha llevado a Dora a padecer las consecuencias de continuar con el dispositivo en su cuerpo, como son dolores muy fuertes e inflamación de vientre.⁸⁴

2) Ana Laura Sánchez Montiel

"Ana Laura acude a sus consultas prenatales en el IMSS en donde se diagnostica embarazo de evolución normal y se le canaliza a la clínica No. 13 para su atención de parto.

⁸⁴ Red por la Salud de las Mujeres del Distrito Federal, mayo de 1996, Tribunal para la Defensa de los Derechos Reproductivos, Dossier de casos, mimeo. P. 12.

En la última consulta de control prenatal, el médico le pregunta si desea que se le aplique DIU post-parto, a lo que ella se niega quedando constancia de esta decisión en el pase de ingreso hospitalario.

Después de haber sido atendida de parto y encontrándose en el piso de recuperación, el médico de guardia le informa que se le había colocado el dispositivo intrauterino. Ante este hecho, Ana Laura reacciona con asombro e indignación demandando el nombre de la médica que la atendió de parto y que le aplicó el dispositivo. Al momento de su alta no existió ningún documento que proporcionara el nombre de dicha médica.

Más tarde, debido a una experiencia previa de embarazo con dispositivo y al enojo por la imposición de este método, Ana Laura acude con una médica particular para revisión quien le diagnostica erróneamente dispositivo traslocado.

Ante la imposibilidad económica de continuar atendándose en una institución privada y superando el miedo de exponerse nuevamente a una violación a sus derechos, Ana Laura y su esposo se ven obligados a acudir al Seguro Social para que les sea retirado el DIU.

La pareja refiere que toda esta situación les provocó alteraciones emocionales que no olvidarán.⁸⁵

V.2.2 Análisis de los procesos según la entrevista al abogado responsable

El licenciado Pedro Morales fue contactado por el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) para llevar los casos de Dora Luz Pérez y Ana Laura Sánchez, demandando la reparación del daño moral por la vía civil. Cabe señalar

⁸⁵ Red por la Salud de las Mujeres del Distrito Federal, mayo de 1996, Tribunal para la Defensa de los Derechos Reproductivos, Dossier de casos, mimeo. P. 40.

que aunque fueron 16 los casos que se presentaron ante el Tribunal, sólo estas dos mujeres estuvieron dispuestas a continuar en la lucha después de que las denuncias penales y las quejas ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos no prosperaran.

El primer caso empezó en 1997 y se logró probar en juicio que la implantación del DIU había sido en contra de la voluntad de la mujer ya que se pudo probar que la firma de autorización había sido falsificada. En primera instancia, la juez consideró acreditada la violación a la libertad reproductiva pero al mismo tiempo considera que la mujer incurrió en un “abuso de su libertad reproductiva” por lo que cuantifica el daño en 450 pesos. En contra de esta resolución se interpuso un recurso de apelación y la Corte confirmó que había de parte de la mujer un abuso de su libertad reproductiva. En contra de esto se interpuso un juicio de amparo directo y el tribunal correspondiente validó la sentencia considerando que la interpretación dada por la Sala a la libertad reproductiva es correcta. En contra de esto se interpuso un recurso de revisión que está pendiente.

El segundo juicio empezó en 1998 y en opinión del juez le correspondía a la mujer probar una serie de aspectos para acreditar que había sido una imposición sin su consentimiento. Al valorar la declaración de la doctora que había implantado el dispositivo intrauterino y la declaración del representante legal del Seguro Social, el juez considera que no se probó la imposición sin consentimiento. En opinión de Pedro Morales esto es incorrecto porque en materia civil la confesión sólo hace prueba en lo que perjudica a quien absuelve la prueba de confesión y además la declaración de la doctora era una declaración sesgada. En contra de la determinación del juez interpusieron un recurso de apelación el cual fue fallado en

contra de la quejosa en primera instancia y actualmente está pendiente un recurso de amparo en contra del fallo.

A pesar de las dificultades que se han presentado, Pedro sigue considerando que la vía civil es la mejor opción actualmente para llevar los casos de violación al consentimiento informado. En su opinión, la razón por la que no prosperaron las denuncias por la vía penal es que no estaba tipificado el delito de imposición forzada de un método anticonceptivo. Esto deja la posibilidad de interponer la denuncia por lesiones, que es muy difícil de acreditar en estos casos o de responsabilidad profesional pero éste sólo es un agravante en presencia de otro delito tipificado. Nos dice que para que sea viable esta vía se tendría que reformar la defensoría de oficio en nuestro país, ya que en este momento los defensores de oficio son muy mal pagados y tienen un exceso de trabajo, para que cualquier persona tuviera acceso a un buen abogado para su defensa.

También acepta que la Comisión Nacional de Derechos Humanos pudiera funcionar como instancia pero sólo que estuviera completamente desligado del Estado. En los casos que él ha llevado, la CNDH no sólo no resolvió nada sino que entorpeció el juicio al negarse a entregar copias de los expedientes de las quejas para el juicio civil, argumentando la confidencialidad de los casos. Finalmente, y mediante sentencia de juicio de amparo sí tuvieron que entregar copias de los expedientes.

Cabe señalar que Pedro es el único abogado que esté llevando actualmente casos de violación al consentimiento informado por la vía civil. Esto se debe posiblemente, como él mismo lo dice, a que la formación de los abogados en materia de derechos humanos es deficiente y también a que, hasta el día de hoy,

no lo han llegado a ver como un campo de trabajo lucrativo pero en opinión de Pedro, puede llegar a serlo.

Pedro Morales, al igual que las tres entrevistadas considera que la imposición forzada de anticonceptivos sí es una práctica sistemática y recurrente en nuestro país. Esto se debe en su opinión a dos factores principalmente. El primero es que en los servicios de salud del Seguro Social, no les conviene tener más derechohabientes por lo que les conviene limitar la descendencia de los derechohabientes actuales. Para esto, dice que existen incentivos para los internistas a quienes les dan veladas, es decir descansos de las guardias por determinado número de DIUs o de salpingoclasias que logren. Pedro también menciona en repetidas ocasiones que el Consejo Nacional de Población es responsable por estas prácticas porque después de 25 años de campañas masivas en que se difunde el mensaje de que es mejor tener menos hijos, ya no existe una libertad real de las personas para decidir cuántos hijos quieren tener. En su opinión, estas campañas llegan a condicionar a las personas.

Por otra parte menciona que la esterilización es una práctica común en las comunidades indígenas, para controlar su crecimiento demográfico y señala que existe evidencia de esto en numerosas denuncias que se han hecho en los periódicos. A este respecto cabe señalar que efectivamente encontramos más denuncias en los periódicos que en las instancias de queja lo que refuerza la idea de que actualmente las instancias de denuncia son insuficientes e ineficientes.

Finalmente, al tratar de rescatar del dicho del abogado cuáles pudieran ser las razones que llevaron a Dora Luz y a Ana Laura a llevar juicios tan largos con tan pocos resultados, encontramos que en opinión de Pedro se trata de mujeres que

son conscientes de sus derechos reproductivos, que al ser violentadas reiteradamente en sus derechos, lejos de desanimarlas, les da más fuerza para seguir adelante, incluso habla de un empoderamiento jurídico.

CONCLUSIONES

La historia del reconocimiento de los derechos humanos de la mujer ha sido larga y difícil. Dentro de éstos derechos consideramos que los derechos reproductivos son especialmente relevantes por varias razones: la reproducción se da en el cuerpo de la mujer, la violación a los derechos reproductivos se da principalmente en mujeres y no existen mecanismos eficaces de defensa de los derechos reproductivos.

Dentro de los derechos reproductivos que, como hemos visto, pueden abarcar muchos conceptos diferentes, existe la noción de consentimiento informado que se refiere específicamente a la relación médico-paciente y, en el caso que estudiamos, a la elección del método anticonceptivo que se quiere usar.

A lo largo de la investigación que hemos realizado, hemos llegado a las siguientes conclusiones:

1. A pesar de que la reproducción se da en el cuerpo de las mujeres, seguimos encontrando que nuestros cuerpos son un campo de control y manipulación en el que otros, ya sea la pareja, el médico o, de manera indirecta, el gobierno a través de las políticas de población que fomentan el control de la natalidad, toman decisiones, incluso pasando por encima de la voluntad de las mujeres.
2. Actualmente se reconoce en las leyes y tratados internacionales que el derecho a decidir cuántos hijos tener y cuándo tenerlos es un derecho humano, es decir que es un derecho que tenemos todos los individuos independientemente de la raza, sexo, religión, nacionalidad, credo o edad.

3. El derecho a decidir de manera libre e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos implica el derecho a que nos proporcionen la información necesaria sobre los métodos anticonceptivos que existen y el derecho a elegir qué método anticonceptivo se quiere usar, si es que se quiere optar por algún método, sin presiones de ningún tipo.
4. En México existen elementos suficientes en nuestras leyes para determinar que el consentimiento informado sí es un derecho humano.
5. A pesar de que existe este derecho en nuestro país, hay evidencia de que ocurren imposiciones de métodos anticonceptivos en mujeres.
6. Esto se debe en parte al conflicto que surge entre los derechos de las mujeres y los intereses del gobierno en controlar el crecimiento de la población, muchas veces por presiones del exterior.
7. A pesar de que el consentimiento informado existe como derecho en nuestro país, no se han establecido de manera clara las sanciones que se deben imponer cuando se viola este derecho, lo que ocasiona que sea violado impunemente.
8. Otra razón por la cual quedan impunes las imposiciones forzadas de métodos anticonceptivos, es que no existen instancias de queja que puedan resolver estos casos eficientemente ya que las instancias a las que se puede acudir sólo pueden dar recomendaciones o fungir como árbitros si las dos partes se quieren someter a un arbitraje.
9. La población en general y las mujeres en particular no conocen sus derechos ni sabrían a donde acudir en caso de la imposición forzada de un método anticonceptivo.

10. Consideramos que la violación al consentimiento informado y la insuficiencia de los medios de defensa se deben precisamente a que es un problema que atañe principalmente a las mujeres y es consecuencia de la discriminación que sufren las mujeres en este país.
11. Para solucionar este problema se tiene que atacar por varios frentes. A continuación enumeramos las acciones que se deben tomar para que ya no ocurra la imposición forzada de métodos anticonceptivos:
- 1) Capacitar a las mujeres para que conozcan sus derechos, Esto se puede hacer de manera sistemática con las mujeres que acuden a los centros de salud y se debe reforzar en las campañas de planificación familiar.
 - 2) Capacitar a los médicos y a los prestadores de servicios de planificación familiar para que cumplan con su obligación de proporcionar toda la información necesaria a los/las usuarios/as de métodos anticonceptivos y de respetar la decisión que ellos o ellas tomen.
 - 3) Enfatizar en las políticas de población que aunque se puedan fijar metas para incrementar el número de usuarias de métodos anticonceptivos y disminuir el crecimiento de la población, que la decisión final sobre el uso de anticonceptivos siempre será del o de la usuario/a.
 - 4) Tipificar como delito la imposición forzada de métodos anticonceptivos.
 - 5) Capacitar a abogados y a jueces para que conozcan los derechos reproductivos en general y el consentimiento informado en particular.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aisenson Kogan, Aída. Cuerpo y persona: filosofía y psicología del cuerpo vivido, Fondo de Cultura Económica, México, 1981.
2. Aparicio, Ricardo. "Políticas de población, políticas de planificación familiar y derechos reproductivos en México". IV Conferencia Latinoamericana de Población: La transición demográfica en América Latina y el Caribe. Vol. II. México. 1993.
3. Benítez Zenteno, Raúl. "Población y Derechos Humanos: Planteamientos y Situaciones", en Cabera, G., (Comp.). La población en el desarrollo contemporáneo de México. El Colegio de México, 1993.
4. Bronfman, Mario, López, Elsa y Tuirán, Rodolfo. "Práctica anticonceptiva y clases sociales en México: La experiencia reciente". Estudios Demográficos y Urbanos. Vol. 1. México, 1986.
5. Bryman, Alan. "Quantity and Quality in Social Research" en Contemporary Social Research Series. Londres, Unwin Hyman, 1988.
6. Camarena, Rosa Ma. y Salas, Guadalupe. "Propuesta de un esquema conceptual para la investigación social en planificación familiar". Dir. Gral. de P.F. S.A. Memorias de la Reunión de avances y perspectivas de la investigación social en planificación familiar en México. México, 1988.
7. Cervantes Carson, Alejandro. "De mujeres, médicos y burócratas: políticas de población y derechos humanos en México", Ética y Salud Reproductiva, Gloria Careaga Pérez, Juan Guillermo Figueroa y María consuelo Mejía (Compiladores), PUEG, Programa Universitario de Investigación en Salud UNAM, Grupo Editorial Miguel Angel Porrúa, México, 1998.
8. De Barbieri, Teresita. "Cambio sociodemográfico, políticas de población y derechos reproductivos en México" en Derechos Reproductivos de las Mujeres: Un debate sobre justicia social en México, Adriana Ortiz-Ortega (comp.), UAM-Xochimilco, Edamex, México, 1999.
9. De Barbieri, Teresita. "Derechos Humanos de las mujeres y políticas de población. Una relación compleja". II Reunión de Investigación Demográfica en México. México, 1982.
10. De Beauvoir, Simone, Le deuxième sexe, I, Les faits et les mythes, Gallimard, Paris, 1976.
11. Enciclopedia Mosby de Medicina y Enfermería, tomo 2, Oceorio, España, 1983.

12. Faden, Ruth R., Tom S. Beauchamp. A history and theory of informed consent, New York, Oxford University, 1986.
13. Figueroa, Juan Guillermo. "Anticoncepción Quirúrgica, educación y elección anticonceptiva", presentado en la Cuarta Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México. El Colegio de México, 1990. Publicado en J.G. Figueroa Perea (comp.) El entorno de la fecundidad en México. Sociedad Mexicana de Demografía, México, 1994, Vol. I.
14. Figueroa, Juan Guillermo. "Aproximación al Estudio de los Derechos Reproductivos". Reflexiones, Año I, núm. 8, octubre 1995, México D.F.
15. Figueroa, Juan Guillermo. "Comportamiento reproductivo y salud: Reflexiones a partir de la prestación de servicios". Salud Pública en México. Col. 33, No. 6. México, 1991.
16. Figueroa, Juan Guillermo. "Derechos reproductivos y el espacio de las instituciones de salud: algunos apuntes sobre la experiencia mexicana". Mimeo.
17. Figueroa, Juan Guillermo. "La práctica de los derechos humanos en la relación entre reproducción y salud: apuntes para su análisis" mimeo.
18. Figueroa, Juan Guillermo; Aguilar, Blanca Margarita; Hita, Gabriela, "Una aproximación al entorno de los derechos reproductivos por medio de un enfoque de conflictos", en Estudios sociológicos de El Colegio de México, Vol. XII, núm. 34, enero-abril, 1994, México.
19. Figueroa, Juan Guillermo; Sánchez Olgún, Verónica, "Consentimiento y disentimiento informado en la práctica de la regulación de la fecundidad", mimeo.
20. Informe del Grupo de Estudio de los Organismos de Cooperación sobre la elección informada, resumen ejecutivo. Mimeo
21. Lagarde, Marcela. Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas, México, UNAM, 1997.
22. Lamas, Marta "La lucha por los derechos reproductivos". Fem. Año 17. No. 122. abril, 1993.
23. Lassonde, Louise. Los desafíos de la demografía , UNAM, FCE, México, 1997.
24. Lewontin R.C., S. Rose y L.J. Kamin. No está en los genes: racismo, genética e ideología. Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, CRITICA, Grijalbo, México, 1991.
25. Lines, Montserrat. Libre elección o fecundidad controlada, INAH, México, 1989.

26. Llera, Silvia. "La práctica anticonceptiva en México: un atentado contra los derechos humanos de la mujer". IV Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México. México, 1990.
27. Palma, Yolanda; Rivera, Gabriela. "La planificación familiar en México" en Langer A., K., Tolbert (editoras). Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México, The Population Council/Edamex, México, 1996.
28. Red por la Salud de las Mujeres del Distrito Federal, "Tribunal para la Defensa de los Derechos Reproductivos: Dossier de casos", mayo de 1996, mimeo.
29. Scavone, Lucila "Anticoncepción, aborto y tecnologías conceptivas" en Género y salud reproductiva en América Latina, Lucila Scavone (comp.) Libro Universitario Regional, Costa Rica, 1999.
30. Szasz, Ivonne. "Desigualdad de Género y Salud Reproductiva: Una perspectiva para el Programa", en Salud Reproductiva y Sociedad, Año 1, Septiembre-Diciembre, 1993, Número 1. El Colegio de México.

ANEXO: ENTREVISTAS

Entrevista a Eloísa el 28 de mayo del 2000

Yo: Quisiera si nos puedes decir tu nombre, nada más tu nombre propio si quieres, tu edad, cuántos hijos tienes y cuál es tu grado de escolaridad.

Eloísa: Soy Eloísa, tengo 37 años cumpla el 30 de junio, tengo dos hijos, una niña de 10 años y Rodrigo de 9 años. Terminé la carrera de Agronomía en la UAM-Xochimilco.

Yo: Entonces si puedes por favor platicarme cómo recuerdas que fue tu atención al parto, a tu último parto con Rodrigo y cómo fueron, o sea lo que tu recuerdes del momento del momento en que ingresaste al hospital.

Eloísa: Bueno con Rodrigo lo tuve en Acayucan, Veracruz, con Rogrigo fue en el mejor hospital, programada la cesárea, mi primer parto fue igual cesárea y el segundo me comentaron, bueno el periodo entre un parto y otro fue de un año tres meses, me embaracé cuando Andrea tenía cinco meses de nacida, entonces fue muy seguido uno del otro. Y bueno, realmente, en Acayucan tuve poca atención en el periodo del embarazo, fui dos o tres veces a revisiones, pero sí los últimos 30 días, creo que fue cuando fui dos veces al ginecólogo y fue programada mi cesárea. Y bueno, la programé en un sábado porque mi mamá podía ir a cuidarnos y bueno, nunca me dijeron, eso sí lo recuerdo perfectamente, en estas dos citas previas que tuve con el ginecólogo, nunca me preguntaron en ese momento si yo quería hacerme, no recuerdo el nombre técnico, cómo se dice ¿ligado? Bueno, supongo que hay varias formas...

Yo: Sí, salpingoclasia, OTB...

Eloísa: Ni siquiera sé que me hicieron si salpingoclasia , OTB, no sé si nada más me amarraron o me cortaron, esa es la diferencia ¿no? Ni siquiera yo lo había pensado. Sí ya no quería yo tener hijos, mi situación económica estaba fatal, mi situación con mi pareja estaba fatal, y bueno realmente cuando yo me enteré que estaba embarazada del segundo hijo fue una tristeza muy grande porque no lo tenía yo claro en ningún sentido, entonces, bueno, fue cesárea, y durante la cesárea fue un bloqueo que te hacen tú estás muy consciente, en ese momento, durante el parto, mandaron a llamar a Lionel, a mi exmarido y en ese momento me preguntaron, ya el bebé había nacido, si queríamos el ligado o algo así nos preguntaron.

Yo: ¿Recién hecha la cesárea?

Eloísa: Recién hecha la cesárea, y por la situación de depresión que yo traía, de que ya no quería tener hijos pero hijos con esta pareja, o sea que estaba muy mal yo, en ese momento dijimos no pero fue durante el parto y en ese momento me

ligaron, pero no, lo interesante de este asunto fue que en mis anteriores citas con el ginecólogo nunca me lo preguntaron. Yo tenía 27 años.

Yo: Firmaste la hoja de...

Eloísa: No nada.

Yo: Antes de optar por este método definitivo, sí habías usado algún otro método?

Eloísa: Sí en realidad siempre fui muy fértil. Andrea, mi primer embarazo fue después de tres años de casada, dos años ocho meses y me embaracé, estaba yo tomando pastillas anticonceptivas, creo que dejé de tomar dos o tres. Era medio inconstante o sea me tomaba cuatro y dejaba una, y tomaba cinco y dejaba dos y me embaracé así tomando pastillas anticonceptivas.

Yo: ¿Y cuando te embarazaste de Rodrigo?

Eloísa: De Rodrigo no estaba yo tomando absolutamente nada. Nació Andrea y bueno, mi relación con Lionel mejoró mucho en ese momento, y bueno, me embaracé rápidamente.

Yo: Y nunca tuviste entonces, bueno alguna vez te dieron asesoría sobre los métodos que existían, las opciones que habían, pensaste en alguna otra opción que no fuera la OTB?

Eloísa: No, estaba yo en un lugar apartado, todavía cuando nació Andrea estaba yo trabajando en el ejido de Monteverde, pero no, estaba muy poco en contacto con médicos, siempre he sido muy sana, siempre me sentí muy bien en mis embarazos, por eso es la falta de estar yendo a los médicos y fue algo que no, no lo razoné, simplemente fue una decisión tomada al vapor por lo que sentía yo, por la inseguridad que sentía de volverme a embarazar, ya no lo quería yo, te digo por la situación económica, por la situación con mi pareja. Tenía básicamente miedo de volverme a embarazar.

Yo: ¿Esto ocurrió en un hospital del Seguro Social?

Eloísa: No, es un hospital privado.

Yo: ¿En algún momento después de lo ocurrido te has arrepentido?

Eloísa: Pasaron muchos años en que no. Mi situación económica y emocional ha mejorado mucho. Regresé al Distrito Federal. Tuve la oportunidad de conocer, pues a un muchacho que me interesó muchísimo, soltero, sin hijos y en ese momento como que volví yo a hacer consciencia, como que me dije "bueno pues en realidad yo ya no soy capaz de volver a tener un hijo." Yo soy de la idea, bueno, yo creo que mucho de la decisión de procrear más hijos, de tener más hijos, es básicamente la calidad de vida que le puedas dar y mucho de la calidad de vida es

en una base económica estable. Y bueno, solamente en ese lapso que en que me volví a enamorar y que volví a pensar en la opción de una pareja, estaba yo realmente preocupada que una de mis limitantes era no poder volver a tener un hijo.

Yo: ¿Lo sentías como un deseo tuyo de tener otro hijo o por darle a él un hijo?

Eloísa: No, a mí me fascinan los niños, yo hubiera podido tener seis o siete, me encantan los niños, me encantan y cada vez que veo a un bebé, me apasionan los bebés.

Yo: ¿Y cuando sucedió esto que te ligaron, tú estabas consciente de que era una decisión tuya y que era un derecho tuyo decidir cómo regular tu fecundidad?

Eloísa: Siempre se me hizo muy latoso, toda la cuestión de los anticonceptivos porque soy poco constante. Eso de tomar pastillitas o meterme un DIU, las hormonas inyectadas o usar condones se me ha hecho muy... Bueno realmente creo que tomé anticonceptivos un lapso muy corto de mi vida que fue desde que me casé hasta... creo que he tomado anticonceptivos tres años de mi vida y durante esos tres años sufrí muchísimo. La cuestión de los condones, pues sé que es necesario. A mis 37 años tuve una platica interesante con mis amigas, no sabía toda la variedad de condones que había, sin embargo no soy de las que... desde que me divorcié a ahorita la única relación que he tenido de cariño, desde que me separé de mi marido ha sido con el doctor, tuve relaciones con él pero nunca se me ocurrió ni por aquí usar condón. ¿Porqué? Porque me siento muy segura porque estoy ligada ¿no?. Sin embargo ya me super regañaron mis amigas y bueno no se trata simplemente del embarazo sino de salud pero te digo en ese sentido, estoy muy descansada como que no invierto tiempo mental en pensar cómo me cuido sino es muy fácil muy rico poder decir no me tengo que cuidar no tengo que estar tomando pastillas, no tengo que estar haciendo nada.

Yo: Sin embargo hay algo que te hizo pensar que algo estuvo mal en la manera en que te hicieron el procedimiento. Recuerdo que tú fuiste la que me dijo que no había sido un procedimiento regular. ¿Qué fue lo que te hizo pensar eso?

Eloísa: A los 26 años a los 27 años como que todavía o no sé si es en general o a mí me pasó en particular , todavía no agarras consciencia de muchas cosas ¿no? Fue una decisión de momento sin habernos hecho, o sea nunca nos pusieron a pensar que significaba esto de ligarse. Fue una decisión tomada al vapor al momento del parto y bueno, siempre tiene uno la esperanza de rehacer la vida. Te digo, si yo encontrara una pareja que me respaldara en todos sentidos en cariño, en la economía y todo esto, por supuesto tendría más bebés. Entonces así lo... pues es un sentimiento como que dices bueno, algo que... o sea todavía estoy joven, todavía podría ser nuevamente mamá, sin embargo ya no puedo. Fue una decisión tomada muy, muy joven y sin hacer consciencia de todas las implicaciones que pudiera tener después, simplemente lo porque en el momento pensé "ya no quiero hijos".

Yo: Pero sí sientes que en parte tuvo responsabilidad el médico en el hospital por no haberte explicado mejor que otras opciones tenías, cómo era un método definitivo, crees que sí le faltó...

Eloísa: Sobre todo, dame más información sí, sobre todo un tiempo para pensar. Dame la opción del ligado, también durante el parto, no había tenido tiempo para pensar ¿no? No se midió ¿no?

Yo: ¿Sí te sentiste presionada? ¿Que te preguntaran en ese momento, tener que tomar la decisión en ese momento?

Eloísa: No porque me insistieran, simplemente me dijeron "señora", estaba allí Lionel, "¿les hago para que ya no tengan hijos?" y más que nada fue por mi situación de ese momento y dije "sí", automáticamente dije sí, ya no quiero arriesgarme.

Yo: Pero antes de que en ese momento te preguntaran, no es algo que tú tuvieras contemplado.

Eloísa: No, por supuesto que no, ni siquiera me había pasado por la cabeza.

Yo: Entonces sí crees que, bueno sabes que en realidad lo que hicieron fue violarte un derecho.

Eloísa: Pues en ese momento no, no lo sabía.

Yo: pero ahora sí

Eloísa: Pues aquí con mi primita que me está conscientizando, sí. Bueno, ahora que he estado en contacto con mujeres profesionistas, he visto que mis amigas de mi generación, que tenemos 36, 38 años, ninguna, soy la única que estoy operada para no tener hijos y eso me llama la atención porque he oído comentarios que ellas queriendo hacerse pues esta operación, sus médicos les han dicho que todavía no es el momento. Y sin embargo a mí no me dieron ni mucha información ni mucha opción para pensar o no me detuvieron para decir "piénselo señora" no fue algo que dijera "yo quiero, hagármelo" simplemente me soltaron esa posibilidad en ese momento que pues órale, adelante, no quiero otro hijo con este cuate, dije "ésta es la oportunidad". Iba a resultar más barato pues ya estaba yo abierta.

Yo: Si volvieras a vivir esa situación, ¿sí tomarías esa decisión o crees que si tuvieras la oportunidad de regresar en el tiempo lo pensarías más?

Eloísa: No, por supuesto que lo pensaría mucho más.

Yo: ¿En ese momento nunca pensaste en presentar una queja?

Eloísa: No, no y bueno no era mi problema principal. Era salir adelante, salir adelante con los dos hijos que ya tenía y nunca se me ocurrió en ese momento pensar en que querría yo otro hijo pero pasa el tiempo, la vida da vueltas y se van presentando opciones y a lo mejor el hecho de poder ya tener hijos no es la mejor opción ¿no? No sé.

Yo: Si te lo hicieran ahora, en estas circunstancias, ¿crees que interpondrías una queja o no?

Eloísa: Después de 10 años, a mis 37 años, sí, en mi situación que estoy divorciada que no tengo pareja, lo dejaría pasar. Si yo estuviera dentro de una relación de pareja armoniosa y tuviera proyectos de tener más hijos y me la hicieran sin preguntarme, por supuesto que sí pondría una queja ¿no?

Yo: ¿Y sabrías a donde acudir?

La primera opción en que pensaría es Derechos Humanos pero no se me ocurre qué otra cosa. Sí sé que hay varias instituciones que protegen los derechos de la mujer, no me sé los nombres específicos pero sí sé que hay.

Entrevista a Marcela el 2 de junio del 2000

Yo: Bueno para empezar, si me puedes decir tu nombre, tu edad, tu nivel de escolaridad y los hijos que tienes.

Marcela: Mi nombre es Marcela, tengo 39 años, estudié hasta el sexto trimestre de la licenciatura en traducción y tengo aparte diplomados en la enseñanza del idioma inglés. Tengo dos hijos, Diego tiene 16 años y Pablo tiene 13 años.

Yo: Ahorita me gustaría que me platicaras tu experiencia, cómo fue que llegaste a que te colocaran un Dispositivo Intrauterino.

Marcela: Bueno, cuando yo me embaracé de Diego, yo tenía 21 años, no estaba casada y bueno, nos casamos, no teníamos muchos ingresos económicos y entonces todo el proceso del parto fue en el Seguro Social. Tenía mi médico particular pero yo sabía que no iba a poder pagar una hospitalización en un hospital privado. Cuando llegué al Seguro Social, bueno en primer lugar Diego estaba programado para el 10 de mayo y era el 28 de mayo y pues no nacía. Entonces me internaron el 29 de mayo en la clínica del Seguro Social que está en San Jerónimo y me hicieron estudios, amniocentésis, radiografías, ecosonografías, en fin, ya tenía yo programada la cesárea para el 2 de junio pero el 1° de junio se rompió la placenta, la bolsa. Entonces, pues ya empecé con trabajo de parto, nació Diego el 2 de junio a las 11:40, pues yo para esto tenía 22 años, tenía muy pocos conocimientos realmente de mi cuerpo y de cuestiones sexuales, tenía muy poca educación sexual realmente y después de que nació Diego que estás ahora sí que atarantada completamente con la anestesia y después de llevar 18 horas de trabajo de parto, estás exhausta y lo único que me acuerdo es que cuando nació Diego el doctor me dijo, momentos después: "Ya le puse el dispositivo intrauterino". Eso fue todo. Y yo dije "¿cómo que ya me lo puso?" "Sí para que ya no tengas ningún problema de embarazarte inmediatamente". Y yo no dije absolutamente nada en ese momento, pues como te dije estás en la pendeja total y total que después ya con mi médico particular le comenté que me habían puesto el dispositivo y él me dijo que pues ya no me lo podía quitar sino hasta después de un año porque corría riesgos de desgarrar de matriz y cosas por el estilo y me quedé con el dispositivo durante un año y después me lo quité porque para mí era, en primer lugar, ya después me fui enterando de qué era eso y como que no era algo que me diera una seguridad completa de que no me pudiera yo embarazarse de nuevo y no quería embarazarme, estaba muy chica, recién casados, el hijo, todo. Ya después de un año me lo quité y empecé a tomar pastillas anticonceptivas.

Yo: ¿Antes de tu primer embarazo habías usado algún método anticonceptivo?

Marcela: Locales y un poquito siguiendo el ritmo, yo creo que por eso me embaracé.

Yo: ¿Y después te sentiste bien con los anticonceptivos?

Marcela: Sí, en ningún momento tuve problemas, o sea de algunas reacciones que sé que causan en algunas mujeres, yo no tuve ninguno de esos problemas.

Yo: ¿Mientras tuviste el dispositivo tuviste alguna molestia?

Marcela: Tampoco, ninguna molestia, ni sangrados excesivos ni nada por el estilo.

Yo: ¿En algún momento pensaste que habían abusado de tu confianza, que te habían violado un derecho al imponerte un anticonceptivo?

Marcela: Sí, sí lo llegué a considerar pero estaba yo muy inmadura. Probablemente sí pasó por mi cabeza decir "Bueno, es que debieron haberme preguntado antes". Pero bueno es que la verdad de las cosas es que de mi madre no recibí ninguna información, supongo que hace 17 años, 20 años, darle a una hija información sexual y sobre todo información anticonceptiva no era normal, no era permitido, o sea la relación sexual era después de que te casaras y cuando fueras a tener hijos y se acabó, entonces, pues vas completamente con los ojos cerrados ¿no?

Yo: ¿Tú no conocías cómo era un dispositivo y cómo funcionaba o sí?

Marcela: Sí pero la información que te pueden dar en una secundaria o en una preparatoria, y además en escuelas de monjas. Entonces que te enseñan el dibujito porque es parte del programa de la SEP, que te dan información muy vaga de "bueno pues así se pone, para esto sirve y esto es lo que hace" y se acabó y nada más o sea nada de riesgos, nada de pues beneficios, lo que pueda ser benéfico o los daños que te pueda causar.

Yo: ¿Y en el Seguro Social no te dieron una plática sobre métodos anticonceptivos?

Marcela: Jamás. Yo estuve, pero ya embarazada estuve tomando un curso para parto psicoprofiláctico, bueno pero así era más bien cómo respirar y cómo relajarse para que el niño naciera sin tanto problema pero realmente no se enfocaron a métodos anticonceptivos.

Yo: ¿Si volviera a sucederte algo así crees que interpondrías una queja o no?

Marcela: Definitivamente sí. Y además ahorita, 20 años después ya existen muchas más dependencias gubernamentales y organismos no gubernamentales que proponen ayudar a las mujeres. Yo pienso que las campañas que pasan en la radio y en la televisión de que las mujeres defiendan sus derechos son muy positivas. Todavía no hay la suficiente información, todavía no hay la suficiente apertura como para que todas las mujeres se enteren de estas cuestiones, de estos derechos que tienen. Sí lo haría. Si en un momento determinado me llegara un médico y me dice "ya te hice la salpingoclasia" o "ya te puse el dispositivo", inmediatamente sí lo haría.

Yo: ¿En donde presentarías la queja?

Marcela: Buena pregunta. Pues como no es algo que realmente ahorita me preocupe no he puesto la atención debida ¿no? No sé si ante la defensa de derechos humanos, si buscar estos organismos especiales para mujeres ¿no? O buscar una abogada mujer tal vez que me indicara el camino a seguir.

Yo: ¿Estarías dispuesta a invertir tu tiempo y posiblemente dinero en esta queja?

Marcela: Sí, yo pienso que sí. Yo sé que son procesos muy largos, que son procesos costosos, bueno no tengo dinero así que buscaría a alguien que no me cobrara tanto pero sí son cosas que se deben seguir. Es un proceso que se debe denunciar porque no es posible que ahora sí que en pleno siglo 21 sigamos con estas cuestiones ¿no?

Yo: ¿Tú crees que esto siga sucediendo?

Marcela: Sí.

Yo: ¿A alguien en particular o a todas las mujeres sin distinción o a unas más que a otras?

Marcela: Pues yo pienso, no conozco ningún caso en la actualidad que haya seguido este proceso pero yo pienso que un médico particular, que está cobrando, que tiene una clientela de un cierto nivel socioeconómico, probablemente sí le explique más y le pida su opinión al respecto. Cuando hablamos de las dependencias gubernamentales como puede ser el Seguro Social o el ISSSTE que tratan con mujeres de bajos recursos económicos, se me hace que no les consultan tanto. Como que, no sé si piensen ellos que como existe una política demográfica tal para bajar el crecimiento de la población pues una medida es no consultarles porque tal vez no puedan defenderse sino más bien tomar ellos la decisión como médicos.

Yo: ¿En el caso de que estuviera en peligro la salud de la mujer si se volviera a embarazar consideras que está justificado que le pongan un dispositivo o le hagan la salpingoclasia sin su consentimiento?

Marcela: No porque el cuerpo de la mujer es de la mujer y es la única que tiene derecho a decidir sobre su cuerpo, ni el médico ni nadie más.

Entrevista a Marta el 9 de junio del 2000

Yo: Primero, te quería preguntar tu nombre, tu edad, cuántos hijos tienes y tu nivel de educación.

Marta: Soy Marta. Tengo 38 años y soy educadora. Tengo dos hijos, uno que tiene 13 años y uno que tiene 16 años.

Yo: Ahora sí quisiera si me puedes platicar qué fue lo que te pasó.

Marta: Bueno, en mi primer hijo no tuve problema, fue igual, lo tuve en el Seguro Social pero no me pusieron nada que yo no hubiera autorizado. De hecho nunca me pusieron ningún dispositivo ni nada. En mi segundo hijo, el problema está en que yo ingresé al hospital sin dolor alguno de parto ni nada. Se me iban a hacer unos estudios para ver en qué estado estaba el niño. Le faltaban 15 días al término del embarazo. Llegué al hospital, me hicieron los estudios y me dijeron que el niño estaba a término. Yo tenía problemas de taquicardia fuerte porque subí 25 kilos aún estando de dieta y demás. Eso es un poquito el preámbulo de porqué llegué al hospital sin haber tenido dolores de parto ni nada. Entré al quirófano y estando en quirófano, ya anestesiada, ya con la ráquea puesta, volteó el ginecólogo y en ese momento me preguntó: "Oye, ¿sabes qué? Yo creo que lo más conveniente es que te opere. Este es tu segundo hijo, tienes hijos muy saludables y todo y por seguridad tuya es muy recomendable que ahorita te haga la cirugía." De qué cirugía me está hablando si está a punto de abrirme el estómago, primero haga una y luego la otra, no sé ni de qué me está hablando, ya con el anesthesiólogo atrás de mí, ya con la ráquea puesta, yo estaba a punto de perder, creo que ya había dado la cuenta regresiva y le dije: "Pues no sé, además necesito verlo con mi esposo". Mi esposo estaba en la Dirección esperando. En ese momento del quirófano él se comunicó por teléfono a la Dirección donde estaba mi esposo esperándome y le contestó "Pues yo tampoco sé, es su cuerpo, yo no tengo nada que ver con esa decisión." Creo que tampoco fue recomendable porque claro que tiene que ver con esa decisión ¿no? Mucho porcentaje lo tengo que decidir yo pero también él y eso se tiene que hacer en conjunto. Ahora sí que fue una decisión separada porque en ese momento pues él estaba en otro canal, esperando a que llegara el niño, que naciera, que naciera bien, etcétera. Total, fue esa mínima llamada y cuándo regresó "Dice que es tu decisión, y yo creo que es muy conveniente" fue todo lo que alcancé a escuchar. Cuando yo desperté de la cirugía, bueno del parto, fue cesárea, el niño nació bien, creo que tuve incluso 9 puntos de APGAR y yo seguía con unos dolores muy fuertes. Ahora sí que fui abandonada allí en el último rincón. El niño nació a las 8 de la mañana, para las 6 de la tarde yo seguía en sala de quirófano en recuperación con dolores intensos. Mi mamá abogaba por mí "bueno, ¿dónde la tienen?" Todo esto sucedió porque el niño a los tres minutos de haber nacido, estando ya en su cunita se puso gravísimo. Entonces la corredera, vino el director, el director de la clínica y todo, entonces pues todo el mundo se tuvo que alinear y a mí me olvidaron. Al niño se lo llevaron de emergencia a La Raza, nunca supe qué le pasó, ni cuando salió del hospital porque nunca me dieron realmente su diagnóstico, qué le había pasado.

Por deducción yo creo que aspiró, bronco aspiró y no lo supieron ver y el niño se estaba ahogando. Por deducción, ¿porqué? Porque cuando yo me enteré, el niño se recuperó en 15 días, ni siquiera tuvo infección, ni siquiera nada y es un niño normal, pues qué pasó allí, pues una bronco aspirada ¿no? Bueno, pero el punto fue que cuando yo desperté me dijo el doctor que me había hecho una cirugía, no recuerdo cómo se llama, salpingo...

Yo: salpingoclasia

Marta: Salpingoclasia, que no nada más me había ligado que me había cortado para que no se me desligara y para que no volviera a tener nunca más problemas porque había habido casos en los que bueno se habían desligado y que él no quería tener problemas de ese tipo y menos siendo yo recomendada ¿no? Entonces, pues yo me quedé impactada porque dije bueno y ahora qué va a pasar, el niño grave, de hecho me dijeron "ni cuentas con él, el niño va a fallecer, o sea no va a aguantar, no va a resistir". Entonces yo recién operada, sabiendo que yo ya no iba a poder tener más hijos, sabiendo que quizás ni iba a poder contar con ese bebé, la verdad sí me vino una depresión muy fuerte, un sentimiento de culpa por no haber defendido en un momento dado lo que eran mis derechos o por no haber sido fuerte para decir "Oiga no, momento, porqué van a decidir por mí en este momento en que yo ni siquiera estoy en condiciones de decidir". Yo tenía la angustia del nacimiento del niño, tenía la angustia del padecimiento que yo tenía, digamos antes del parto porque ya sufría de mucho, no podía respirar, no me podía parar, tú sabes de 60 kilos a 85 kilos es muchísimo, entonces pues yo lo que quería era que el niño naciera bien pero ya tenerlo porque ya no podía más. Entonces con esas angustias, ese estrés, yo no sabía si ese día iba a tener al bebé o no lo iba a tener. Entrás a quirófano, de repente llegas a un estudio y te dicen "no, vas a quirófano" pues la verdad no creo que sea un momento muy aconsejable de tomar una decisión tan fuerte y tan drástica ¿no? Yo no me di cuenta de esto, no tomé conciencia de esto, hasta te digo cuando salí, fui a ver al niño al hospital, a la Raza y me dijeron todo lo que me dijeron, dije "híjole, ¿qué decisión tomé? ¿cuándo la tomé? Nunca firmé nada, nunca autoricé nada por escrito pues no podía ya estaba anestesiada, ya estaba en quirófano, ya estaba amarrada con no sé, suero, para que no te muevas, y demás cuando ya te van a hacer la cirugía. Entonces nunca hubo una decisión firmada o algo, una autorización, fue yo creo una decisión que tomó el ginecólogo. Después el mismo doctor digamos que yo le hice una vez una pregunta "Doctor, ¿porqué me operó en ese momento?" "Ah! Es que tenía que tomar esa decisión porque tenías partos de alto riesgo" Cuando yo tuve mis embarazos nunca me dijeron que tenía embarazos de alto riesgo. Que sí subía mucho de peso, sí pero yo nunca tuve problemas en mis embarazos más que al final cuando ya era demasiado el peso entonces me afectaba a mi respiración, a mi circulación y demás aunque yo estaba a dieta y demás, el agua se me acumulaba en la célula y no la podían sacar de allí, aunque estuviera con todo lo que estuviera, no me la podían sacar de allí, entonces era el aumento tan excesivo de peso pero eso no implicaba que fueran partos o embarazos de alto riesgo, lo único que implicaba era que cada vez mis hijos por

alguna circunstancia, nacían más grandes y bueno, eso ponía en riesgo a lo mejor un poquito mi salud pero nada más, eso no se llama un embarazo de alto riesgo.

Yo: Hubieras podido optar por algún otro método de...

Marta: Claro, definitivamente sí, por lo menos hasta yo estar bien segura de que ya no quería tener hijos, de que de verdad estaba peligrando mi vida o la de ellos en un momento dado y que además en familia lo hubiéramos tomado en cuenta, hubiéramos podido tomar esa decisión.

Yo: ¿Alguna vez te dieron una plática sobre los diferentes métodos y cómo funcionaban?

Marta: No nunca.

Yo: ¿Si no te hubieran hecho la operación de esa manera, crees que hubieras optado por algún otro método o cuál era tu idea?

Marta: Pues, en mi primer embarazo, con mi primer hijo perdón, pues yo fui al ginecólogo después a que me revisara porque también fue cesárea y pues él de alguna manera me recomendó el DIU, fue lo que me puse. Tampoco recibí mucha información del ginecólogo porque te voy a ser sincera, yo traje dispositivo, pues ya no me acuerdo, ah! tres años, que es lo que se llevan de edad mis hijos. Cuando volví a la...la verdad eres joven, no te tomas mucho en cuenta muchas cosas y volví creo que hasta los tres años con el aparato pero pues yo no sabía que tenía que írmelo a revisar cada año, que tenía que cambiármelo ni nada, yo continué con mi aparato no me embarazo, pues qué rico ¿no? Ah y había para ese entonces poca información de este tipo de dispositivos, entonces te digo regresé a los tres años a una revisión porque ya era necesaria, porque tenía dolor, porque tenía mucho sangrado. Me dijo: "Oiga no, es que ya tiene mucho tiempo con el dispositivo, se lo tengo que quitar, eso se lo tenía que haber quitado o revisado cada año, mínimo cada seis meses, ocho meses, mínimo cada año". Bueno, pues no sabía, me lo quitó "y ¿sabe qué? La voy a dejar descansar" pero nunca me dijo "te tienes que cuidar", acostumbrada a traer un dispositivo, pues yo sé que te embarazas, no tienes esa ignorancia pero dices bueno, a lo mejor porque estoy inflamada con cualquier cosa local es suficiente. No, pues a los 10 días ya estaba embarazada otra vez. Me había quitado el dispositivo para que tuviera un periodo de descanso mi matriz y volverme a colocar el otro porque había habido un periodo muy largo y me dijo "con cualquier cosa local cuídate mientras tanto o lleva un ritmo". Pues yo no sabía ni que era eso del ritmo y ahora sí que dices hijole tengo estudios y todo pero ignoro muchas cosas, te dejas llevar por la situación, estás solita pendiente de muchas otras cosas y a los diez días estaba embarazada del segundo bebé.

Yo: ¿Hace cuánto fue esto que te embarazaste del segundo bebé?

Marta: Pues el niño ya tiene 13 años.

Yo: ¿En algún momento pensaste, bueno sí sentiste que estaban violando tus derechos al hacerte esta operación sin tu consentimiento?

Marta: En el momento no porque no estaba consciente. Cuando ya fui consciente de la decisión que se había tomado, sí porque creo que debieron haber sido más, pues no sé, más conscientes, más humanos. No están manejando un objeto, están manejando un cuerpo, un ser humano que tiene sentimientos, que tiene sus propias decisiones, que no les pertenece ese cuerpo por mucho que estén metiendo las manos en ese momento.

Yo: ¿Pensaste en presentar una queja allí mismo en el hospital o no?

Marta: No, porque la verdad estaba ocupada en que mi niño se salvara por los 7 días que estuvo internado. De hecho yo me salí antes del hospital, te dan un lapso de tres días de estar internada pues por la cesárea tan grande que tenía. Entonces yo me salí antes, ni cuenta se dieron que me salí porque me iban a dar de alta hasta el día siguiente y yo dije no es que me tengo que ir a La Raza a ver a mi hijo hoy y me voy y me voy y me voy, me vestí, le dije a la enfermera que ya estaba lista que ya me habían dado el alta y todo y como no tenía muchos papeles porque te digo que estaba por recomendación, pues me salí. Yo me fui a La Raza a ver a mi hijo, entonces no tenía tiempo en ese momento de pensar en mí, en lo que había pasado, en la decisión que se había tomado. Si hubiera estado consciente sí lo hubiera hecho porque te digo cuando ya lo hice consciente en mí, ya había pasado más de 15-20 días yo además tenía la preocupación de mi hijo y ya cuando me lo entregaron y todo pues era un niño que me lo entregaron siendo totalmente normal y todo, no había que tener ningún cuidado especial pero siempre te quedas con el hijole ¿y si le pasa? Estuve muchos meses con esa angustia y con esa preocupación dedicándome 100% a niño entonces no hubo tiempo de pensar en otra cosa que no fuera el bebé.

Yo: ¿Si esto te pasara ahora crees que sí presentarías una queja o no?

Marta: Pero claro que lo haría, inclusive aún siendo recomendada, aún teniendo familiares, aún teniendo lo que sea porque si en mí lo hicieron, ¿qué no va a pasar con otras personas que llegan como cualquier persona que tiene derecho a entrar a una institución a atenderse. Creo que sí, sí, más bien estoy segura de que sí lo denunciaría.

Yo: ¿En donde lo denunciarías?

Marta: Pues primeramente en el hospital y después si no soy atendida en el hospital pues no sé en una asociación de mujeres o en una asociación médica.

Yo: ¿Y qué es lo que pedirías, la reparación del daño o... ?

Marta: Más que para la reparación del daño, yo pediría que fueran conscientes del manejo que tienen con las mujeres o las personas que nos encontramos en una

situación así porque bueno el daño ya está hecho, yo no puedo tener hijos de hecho, no sé dos o tres años después de esa operación, era tanta mi necesidad de volver a tener hijos que yo quise adoptar una niña, mis hijos querían una hermana. Tampoco me la dieron por tener hijos naturales, hice todos los trámites y todo pero allí es cuando empezó el juego de ¿porqué me operé? ¿porqué me operaron? Si yo todavía quería tener una niña, tengo esa necesidad de tener una niña una hija entonces empecé a tramitar la adopción pero no me la dieron porque tenía hijos naturales y que le dan prioridad a las personas que no tienen oportunidad de tener hijos naturales ¿cuál fue la pregunta? Ya me salió un poquito del tema...

Yo: No no, esto me interesa mucho, todo lo que hayas sentido después de esta operación...

Marta: Te digo, dos años después, tres años después, ah! y a raíz también del nacimiento del niño porque bueno, estás tan angustiada, tan aterrada, tan no sé asustada que ni piensas muchas cosas y en ese momento pues yo pensé, bueno si este niño se salva, yo tengo que darle vida o oportunidad a otra persona que realmente lo necesite, que esté..., si yo estoy viendo que una persona tan... un chiquito, un bebé tan desprotegido y que yo le estoy dando el 100%, debe de haber niños que lo necesiten pero allí se creó esa necesidad de tener otro bebé y yo ya no podía porque ya me habían operado y pensé bueno, me hago una operación reversiva pues no porque me lo habían aclarado muy bien, no puede ser reversiva porque "no te ligamos, te cortamos" te cortamos, eso sí me acuerdo muy bien, me lo recalcó mucho el doctor "te corté, te ligué, te amarré, todo lo que sea posible para que no vuelvas a tener hijos, es que peligra tu vida, es que los embarazos para ti pueden ser de alto riesgo" te digo tres años después era una gran necesidad y es que ¿porqué me operaron? Es que yo quiero volver a tener hijos, es que ¿porqué tomaron esa decisión? Sí tenía mucho coraje, ¿cómo lo fui tranquilizando y calmando? Tomando la decisión de adoptar, pero tampoco pude.

Yo: ¿De quien crees que debe ser la decisión de una operación, de la mujer, del marido o de la pareja, de los dos?

Marta: En primera instancia yo creo que sí es de la mujer, en un entorno consciente, en un momento totalmente consciente, ni antes del parto ni después del parto, creo que debe ser en un momento en que ella esté tranquila, en donde no tenga presiones, en donde no sienta dolores, en donde no tenga ningún tipo de cuestiones que la estén perturbando para poder tomar esa decisión. Claro que aparte de ese porcentaje alto en el que la mujer tiene que tomar la decisión, pues claro que tiene que ser en pareja en caso de que esté casada o haya pareja pero ¿qué pasa cuando no hay un esposo, qué pasa cuando no hay una pareja? Si ya fuiste operada qué pasa cuando tú realmente, OK me operaron y bueno ya no tengo esposo y ya no puedo tomar la decisión con él o me van a operar y ya no puedo tomar la decisión con él ¿pero qué va a pasar adelante si me vuelvo a casar? Yo creo pues que en primera instancia debe ser de la mujer, si tienes un matrimonio estable pues sí, entre los dos pero más que nada la decisión ¡pues es tu cuerpo! Es tu vida, es tu dedicación ¿quién se dedica 100% a los hijos? Pues la

mujer. El esposo pues se va a trabajar, sí te apoya, lo que quieras, los quiere mucho, los ama, ve por ellos y todo pero la que dedica 100% de su vida a los hijos eres tú, es la mujer. Entonces yo creo que es una decisión muy... más cargada hacia la mujer si lo tomas en cuenta y si se toma en pareja en caso de familia como te repito pero más que nada es de la mujer. ¿Y del doctor? No, el doctor creo que debe de ser alguien que ejecuta una decisión que ya fue tomada, él no tiene porqué tomar una decisión de una persona pues que no le pertenece, de ninguna manera, o sea, y él debe tener mucha consciencia de saber orientar inclusive, creo que esa es una parte de su profesión, saber orientar a las mujeres cuándo es el momento oportuno, cuándo es el momento...el mejor momento para que una persona tome una decisión así.

...Comentaba que para mí después de muchos años te das cuenta de una realidad, te das cuenta que eso tiene mucho que ver con la sociedad y con que el doctor o los hombres tengan ese...esa idea de hombres y mujeres y que cuando toman una decisión así, tengan la seguridad de hacerte una operación simple y sencillamente porque eres mujer y yo como hombre doctor, puedo tomar una decisión por ti o ante ti o sobre ti. Entonces creo que eso pues ante la sociedad, debemos de trabajarlo muy bien y sobre todo debemos estar muy unidas, no por un hecho feminista sino por un hecho de derechos de la mujer, de lo que sufrimos, de lo que padecemos, de lo que nos duele, de lo que sentimos ante una sociedad de hombres. Creo que debemos empezar a hacemos escuchar y valer nuestros derechos como mujeres. Somos muy dadas a la obediencia pero eso no significa que puedan pasar sobre ti, y eso no implica que la mujer no valga o no tenga derechos o no tenga ese valor ante la sociedad, y bueno estamos a un nivel socio económico digamos medio pero ¿qué pasa con las mujeres que son totalmente apachurradas por el hombre? Quieren cuidarse de alguna manera y el hombre no les permite, es exactamente lo mismo, creo que por la misma sociedad en la que estamos viviendo de hombres, los doctores están tomando ese derecho "Soy hombre, yo puedo decidir por ti porque tú eres mujer".

Yo: ¿Crees que esto ocurra con cierta frecuencia, que ocurra en México, lo que te pasó a tí?

Marta: Claro, mucho y muy seguido y yo creo que es un porcentaje muy alto. Inclusive el mismo trato de los doctores hacia la mujer en quirófano en un Seguro Social, es muy feo. Yo creo que ellos no lo deben...sí por una consciencia de... bueno, de mexicanos digamos entre comillas de "ya somos muchos, vamos a ser menos" y "cúidense" y "ustedes tienen la culpa" y demás pero no creo que tengan el derecho de tratar a la mujer así. Estando yo en quirófano, con los dolores de parto y todo, a mí me dolieron pero no me dolían tanto o eran muy soportables para mí soy muy tolerable al dolor. Había otras mujeres, la sala estaba llena de parto que obviamente gritaban, que se quejaban, que lloraban y la respuesta de los doctores era: "A ver si como estabas de contenta cuando metiste esa criatura, puedes estar igual" "Te dije que te cuidarás, te dije que ya te iba a poner el aparato para qué te lo fuiste a quitar" Este...cosas groseras inclusive como...pues yo me acuerdo, eso lo tengo muy gravado porque me asustó mucho ¿no? El que fueran tratadas así, estás en un momento muy difícil como mujer para que te traten así.

Digo a mí no me trataron, yo no puedo decir que fue directamente hacia mí, yo no sé si porque sabían que estaba por... recomendadita, pero tampoco es para que traten a las demás mujeres así como una señora gritaba y decía...¿cómo le dijeron? "Como lo metiste...cuando lo metiste estabas muy contenta" o "te gustó mucho" y "deja de gritar" o "vieja gritona" o cosas así, y no eran los internistas eran los cirujanos, eran los médicos porque éramos mujeres que ya estábamos a punto de dar a luz, ya no estábamos con el...bueno, pues un internista y aunque fuera internista ¿no? Aunque fuera cualquier muchacho estudiante de medicina o lo que sea. Otra cosa que tampoco me parece razonable, tampoco me parece respetable para las mujeres es cuando te pasan a la sala de quirófano y por ti pasan 20 hombres, 20 hombres revisándote, 20 hombres... "es que miren alumnos, vamos a ver y esta persona ..." ¡Dios mío! "Oigan saben qué no soy museo" ¿no? Por favor no, yo si tuve que a un...sí tuve que decir "párenle, me va a revisar uno, y todos lo demás se salen porque yo no tengo porqué estar dando espectáculo" "No que mire, que por el bien de la ciencia, que los muchachos van a aprender" "que vayan a aprender en donde quieran peor conmigo no" Creo que ese también es un respeto hacia la mujer ¿no? Digo, hay muchas otras maneras, con proyecciones, qué sé yo, pero ¿porqué van a utilizarte para aprender? Y en un momento tan importante, en un momento tan delicado para ti, con sentimientos tan fuertes, con sensibilidades tan fuertes y que pasen, de veras, no es mentira eran como 7 muchachos parados alrededor de mi cama..."Miren este es un caso especial porque fijate que el niño no baja, pero el niño ya está a término así que vamos a hacer tacto y tú, tú y tú hacen tacto y tú, tú y tú toman medidas" "¿Qué? Me perdonan pero a mí no me hacen tacto, no me toman medidas, yo tengo a mi ginecólogo y él es el único que me va a ver y es el único que me va a tomar medidas y es el único que va a ver todo, y los demás quiero que se salgan porque además me duele y no quiero ver ahorita gente". Yo me defendí pero muchas otras mujeres no y las pobres tuvieron que aguantarse ¿porqué? Porque no sabían, ellas piensan que al decir o al reclamar o al simplemente mencionar "oigan no, sálganse", van a perder el derecho a esa atención médica ¿no? Gente de bajos recursos, gente de pocos recursos o de pocos conocimientos le temen inclusive a los doctores, Cómo me le voy a poner al doctor así de no me toquen si él me va a tender, que tal si me atiende mal o que tal si me sacan ahorita a dónde voy a tener a mi criatura, no tengo dinero para irme a un hospital particular, se aguantan todas esas groserías, todas esas, no sé, alteraciones que sufren y agresiones que sufren de los doctores. Eso sí me pareció muy impactante, muy impresionante, en la sala éramos como 20 mujeres, entraban a quirófano unas, salían... eran como tres quirófanos, cuatro quirófanos, ya no recuerdo muy bien pero todas en el mismo caso y los doctores regañándolas más que dándoles aliento o ayudándolas al mismo parto ¿no? Estás asustada y cuántas no son primerizas cuántas no aunque hayan tenido 5 hijos, cada parto es distinto, el dolor, cada parto se siente miedo, estás aterrada, o sea muchas cosas entonces creo que por lo menos se merecen un poquito, un poquito se sensibilidad hacia ellas.

Yo: ¿Tú crees que estas actitudes son porque son mujeres?

Marta: Pues sí. Una enfermera no tiene esa actitud contigo. Hay una parte que no me acuerdo cómo se llama el nombre en donde actúan las enfermeras, cuando te van a rasurar toda, te van a limpiar toda para cirugía, para parto normal y todo. Son toscas pero no son groseras. Te hacen el lavado inclusive y eso duele y fuchi, se siente horrible ¿no? pero no son groseras, no son...tienen esa sensibilidad digamos de decirte "bueno señora pues ni modo, tenemos que hacerlo, ponga de su parte". Pero una cosa es que te digan "bueno señora tiene que hacerlo, ponga de su parte, haga esto, haga lo otro" a que te digan "pues ni modo, usted se metió en esto y ahora se aguanta y abra las piernas porque tengo que rasurarla bien, tengo que hacer esto bien" o etcétera" o "ya va a entrar a quirófano ya va a dejar de estar de gritona" ¡Dios mío! Fue muy diferente el trato de los hombres, doctores al trato de las mujeres, médicas o enfermeras. Sí hay una gran diferencia y sí creo que hay ese pensamiento, esa educación de que porque eres mujer te puedo tratar así, así trato a mi esposa o a mis hijas, a mi madre entonces más a ti que eres una extraña, mujer. Simple y sencillamente eres mujer, así te pueden decir, así te pueden catalogar.

Entrevista a Pedro Morales el 19 de junio del 2000

Yo: ...En particular yo sé que estás llevando o llevaste dos casos de imposición de DIU sin consentimiento. Me gustaría si me pusieras comentar cómo fue que llegaron a ti estos casos y porqué decidiste defenderlos, de qué manera y cómo ha sido el proceso.

Pedro: Es una larga historia. Hace once años empecé a trabajar aspectos legales de la responsabilidad médica profesional, después trabajé los aspectos legales de los derechos de los enfermos mentales, la donación de órganos, he estado trabajando aspectos del derecho a la salud, después GIRE me pidió que fungiera como consultor del grupo en materia de derechos sexuales y reproductivos y es cuando empecé a trabajar el tema de los derechos reproductivos y es cuando me refieren estos dos casos que son dos casos que se presentaron en el Tribunal de los Derechos de la Mujer en 94 si mal no recuerdo, no debe ser 96.

Yo: Entonces en este Tribunal se presentaron varias denuncias pero sólo estas dos mujeres quisieron seguir con el caso.

Pedro: No, yo entiendo que hubo una serie de denuncias penales, no sé cuántas, por ejemplo sé que dos personas presentaron denuncias penales por imposición de DIU sin consentimiento y un caso de negligencia médica los cuales no prosperaron, y, lo más común, por la vía civil.

Yo: ¿Porqué estos casos y no otros?

Pedro: Muy buena pregunta, o sea yo no conozco el proceso. Entiendo que era el grupo que todavía se mantenía unido, o decidieron seguir.

Yo: Entonces tomaste los casos de dispositivo intrauterino por la vía civil.

Pedro: Así es.

Yo: ¿Y cómo fue el proceso, qué ha pasado en estos años?

Pedro: Todo un drama. Habría que distinguir los dos casos. En uno de ellos se logró probar en el juicio que la implantación había sido en contra de la voluntad de la mujer, claramente se logró probar que la firma de autorización había sido falsificada. En el otro, en opinión del juez de primera instancia, le correspondía a la mujer probar una serie de aspectos para acreditar que había sido imposición sin su consentimiento y el juez considera que no se prueba en el juicio, básicamente valorando la declaración de la doctora que había implantado el dispositivo intrauterino y el juez toma dos elementos para considerar que no se probó: la declaración de la doctora que está acusada de haber puesto el dispositivo intrauterino y la declaración del representante legal del Seguro Social. En mi opinión esto es incorrecto.

Yo: ¿Porqué?

Pedro: Porque en materia civil la confesión sólo hace prueba en lo que perjudica a quien absuelve la prueba de confesión, y en este caso el juez valora a favor del Seguro Social, una. Dos, un testigo singular que a parte de todo se presume parcial, o sea esta doctora que fue a declarar allí es la doctora que está en un juicio de responsabilidad. Es evidente que es una declaración sesgada. En contra de esta determinación del juez, nosotros seguimos analizando. En contra de esto interpusimos un recurso de apelación el cual ya fue fallado en contra de nosotros en primera instancia y actualmente está pendiente un recurso de amparo en contra del fallo y la semana pasada todavía no había sido enviado al Tribunal Colegiado correspondiente.

Yo: ¿Cuánto tiempo hace que inició este juicio?

Pedro: Este juicio inició en 98.

Yo: ¿Y el caso que sí se ganó?

Pedro: El caso que sí se ganó inició en 97 pero no ha concluido. En primera instancia la juez considera acreditado la violación a la libertad reproductiva, considera que es una cosa grave pero al mismo tiempo considera que la mujer incurrió en un abuso de su libertad reproductiva y cuantifica el daño en 450 pesos al momento. En contra de esto se interpuso un recurso de apelación y la corte confirmó que había habido de parte de la mujer un abuso de su libertad reproductiva. En contra de esto interpusimos un juicio de amparo directo y el tribunal correspondiente valida la sentencia considerando que la interpretación dada por la sala a la libertad reproductiva es correcta. En contra de esto interpusimos un recurso de revisión que está pendiente ante la Suprema Corte.

Yo: ¿Y qué están solicitando, la reparación del daño?

Pedro: Básicamente estamos pidiendo reparación del daño moral.

Yo: ¿Y en cuánto el juez lo va a cuantificar?

Pedro: En un caso no lo cuantificó porque consideró que no se probó y en el otro lo cuantificó en tres salarios mínimos.

Yo: Entonces estas mujeres ya tienen varios años en juicio. En tu opinión ¿qué es lo que hace que ellas sigan luchando a pesar de todas las dificultades?

Pedro: Yo creo que se trata de mujeres que tienen consciencia del tipo de violación del que fueron objeto.

Yo: ¿Y a ti qué fue lo que te motivó para llevar estos casos?

Pedro: Todo, básicamente yo estoy trabajando profesionalmente... bueno tengo varios casos pero soy becario de la Fundación Macarthur y parte de mi proyecto es comentar este tipo de juicios.

Yo: ¿Porqué no prosperó por la vía penal?

Pedro: En caso de la vía penal es tan sencillo como que no hay un tipo penal que sancione la imposición de un dispositivo intrauterino.

Yo: ¿Cómo se presentó, como lesiones?

Pedro. Lo presentaban, alguna vez vi las denuncias como lesiones pero no se acreditaron las lesiones y se manejaba como un delito de responsabilidad profesional y en materia penal es un agravante.

Yo: ¿Crees que este tipo de violación ocurra con frecuencia, la imposición de dispositivos?

Pedro: Estoy convencido que es una práctica recurrente.

Yo: ¿Porqué no hay más denuncias?

Pedro: Yo creo que denuncias han habido muchas, si hacemos una revisión hemerográfica yo creo que denuncias ha habido muchas.

Yo: ¿Ante qué instancias o donde?

Pedro: A lo largo de once años ha habido muchos casos en los periódicos de personas a las cuales se les ponía un dispositivo o se les practicaba la salpingoclasia sin consentimiento o que afirman que fueron forzadas o presionadas para acceder. Estoy convencido que es una política sistemática por parte de algunas instancias gubernamentales.

Yo: En tu opinión cómo están ahora las leyes y las instancias si es factible conseguir la reparación del daño.

Pedro: Yo estoy convencido de que la lucha en México por este tipo de derechos deberá quedarse en las instancias judiciales. Creo que la vía la legislativa históricamente ha demostrado su suficiencia. Estoy convencido ¿porqué? ¿cuántos derechos tenemos en la Constitución? ¿y cuántos son exigibles? ¿y cuántos son una realidad? La Constitución habla de una libertad reproductiva y cuántas personas ejercen esta libertad reproductiva? De manera directa o indirecta, subliminal, llámese CONAPO. Yo estoy convencido que es quizás la institución que de manera más sistemática transgrede la libertad reproductiva.

Yo: ¿En qué sentido?

Pedro: Porque la libertad reproductiva no es "familia pequeña".

Yo: Por la campaña...

Pedro: Completamente sesgada. La libertad reproductiva consiste en que cada persona decide cuántos hijos quiere tener. En este sentido CONAPO tendría que limitarse a dar otro tipo de información, hablar desde un tipo abstracto de derecho. Entonces yo estoy convencido que la solución en este país tendría que ser la instancia judicial. Yo no concibo una democracia moderna donde el poder judicial no funcione.

Yo: ¿No crees que sea una limitante que para acceder a la vía civil que se requiera de un abogado?

Pedro: Yo no considero que una limitante para una operación de corazón abierto es que la tenga que hacer un cardiólogo.

Yo: Pero las personas que no tienen recursos estarían fuera de posibilidades de llevar un juicio.

Pedro: Pero la solución no sería que cualquiera lo pudiera llevar. Cualquiera lo puede llevar pero lo va a perder. Esto es una técnica o es una ciencia. La solución está en que en determinado momento tengamos una sociedad justa que permita o haga efectivo lo que en España se llama el derecho al efectivo acceso a la protección del Estado que no sólo es el derecho a llegar, por ejemplo es el derecho a la defensoría del Estado que no es un sistema de defensoría pública como la que hay aquí en México en que los defensores públicos son mal pagados y tienen una carga excesiva de trabajo. Se trata de crear las condiciones materiales y económicas para que la gente pueda acceder a un buen abogado.

Yo: Cuando les he preguntado a las mujeres que no denunciaron a dónde acudirían si quisieran denunciar una violación a sus derechos y lo primero que mencionan es Derechos Humanos...

Pedro: Ingenuas mujeres.

Yo: En tu opinión ¿qué función pueden tener las comisiones de derechos humanos en estos casos?

Pedro: Es un tema en que Derechos Humanos debe de haber pedido una defensa a ultranza pero la Comisión de Derechos Humanos es una instancia que creó el propio gobierno.

Yo: ¿Y la CONAMED?

Pedro: Sin comentarios.

Yo: En tu opinión ¿este tipo de violaciones se da contra las mujeres por su condición de mujer?

Pedro: No me cabe la menor duda. Yo tengo once años trabajando esto. Yo no conozco a ningún hombre que haya presentado una queja por haber visto violada su libertad reproductiva o por lo menos presionada. Si los hay no los conozco. Yo creo que aquí el problema es que médicamente y socialmente el rol reproductivo es asignado a la mujer.

Yo: Sin embargo a pesar de ser la mujer la reproductora, no se le reconoce el derecho a decidir...

Pedro: No, o sea el esquema imperante en México es el siguiente: la reproducción —estás hablando de la generalidad del gremio médico- la reproducción es un problema médico, no un problema de libertad, o sea al médico es al que le corresponde decidir cuándo sí y cuando no y cómo al médico es a quien le corresponde, el médico se dirige a quien se reproduce, en ese esquema, la que se reproduce es la mujer.

Yo: Crees que sea decisión del médico o ellos mismos están presionados por una política poblacional?

Pedro: Yo creo que se dan aquí los dos aspectos. Se da el aspecto de la currícula médica en donde los médicos están convencidos en su mayor parte que a ellos les corresponde la decisión porque están convencidos que su deber es proteger la salud. Por una lado, a nivel gremial, han sido educados en que a ellos les corresponde. En segundo lugar, yo estoy convencido aquí es la intervención de CONAPO. CONAPO finalmente ha permeado muchas conciencias en el sentido de que entre menos población sea, mejor. En tercer lugar, por ejemplo en el caso del Seguro Social a veces tengo la impresión de que en ciertas instancias del Seguro Social no les preocupa tanto el incremento poblacional a nivel macro, como el incremento del número de derecho-habientes. Al imponer este tipo de métodos anticonceptivos, es un niño menos que van a tener que vacunar y atender. En el caso de las poblaciones indígenas también se da para frenar el crecimiento de estas poblaciones.

Yo: ¿Crees que existan metas de usuarias de métodos en los hospitales?

Pedro: Es difícil. A mí me han dicho que sobre todo a los residentes les dan de premio veladas cuando logran determinada meta por ejemplo en DIUs, es decir que no tienen que hacer guardias.

Yo: Entonces de alguna manera habría una contradicción entre las políticas de población y las campañas de CONAPO y las garantías individuales.

Pedro: Yo creo que la contradicción de CONAPO es que tiene una posición abiertamente de control del crecimiento de la población. Yo no conozco a

CONAPO por dentro, yo lo que conozco son los anuncios, los "spots", simplemente está muy sesgado hacia la familia pequeña vive mejor, hacia mientras menos hijos mejor vas a vivir. Aquí el problema, en mi opinión, el papel de CONAPO debería ser el de ser el mayor proveedor de información para tomar una decisión pero esta decisión si fuera libre no tendría que estar condicionada o sesgada.

Yo: Pero a la vez, es cierto que hay ciertas metas de CONAPO como limitar el número de hijos, espaciar los nacimientos pero también hay la campaña de que es tu decisión...

Pedro: Sí pero es tu decisión acompañada a...¿cuándo empezó CONAPO estas campañas? En 1974. ¿Qué edad tienen actualmente las niñas o los niños que en esa época tenían 6 años? Sería gente de 26-30 años y esa gente, vamos yo no estoy en contra del control poblacional, pero es una generación de mexicanos que ha escuchado desde que nació que lo mejor son las familias pequeñas. A lo mejor objetivamente es lo mejor pero allí hay un condicionamiento, no creo que hay un hombre o una mujer de 25 a 30 años que pueda sustraerse fácilmente de este adoctrinamiento. En mi opinión tendrían que ser dos instancias diferentes. Una instancia encargada de llevar la política de población en cuanto a metas y una encargada de proveer a la población de verdaderos elementos de juicio.

Yo: ¿En tu opinión se puede seguir promoviendo la idea de que tenemos el derecho a decidir cuántos hijos tener y qué métodos usar cuando no existen instancias eficaces para defender estos derechos?

Pedro: O sea yo creo que tenemos que trabajar en los mecanismos para hacer exigibles estos derechos, yo por mi propia experiencia soy partidario de la vía judicial. Si el día de mañana hubiera una Comisión Nacional de Derechos Humanos que fuera un auténtico ombudsman, no habría ningún problema.

Yo: Pero ahora si alguien tuviera este tipo de problemas recomendarías la vía judicial.

Pedro: Yo creo que es la manera en que la mujer está más en equilibrio con la parte acusada. ¿Porqué se tardaron tanto los juicios? Entre otras cosas porque la Comisión Nacional de Derechos Humanos se negó, reiterada y sistemáticamente a proporcionar las copias de los expedientes que ellos tenían. Fue necesario que la Suprema Corte fallara en un juicio de amparo que era obligatorio, que los derechos de esas mujeres eran que Derechos Humanos les proporcionara copias de sus expedientes y eso lo tuvo que decir la Suprema Corte. Si tú presentas una queja ante Derechos Humanos argumentando que se violaron tus derechos humanos ¿a quien le pertenece esa información?

Yo: A ti.

Pedro. Derechos Humanos dice que no porque eso quebranta la confidencialidad. Pero la confidencialidad es de la persona no de la institución.

Yo: Entonces en estos casos Derechos Humanos no sólo no ayudó sino que entorpeció el juicio. A mí me interesa mucho saber qué es lo que ha hecho que estas mujeres estén en la lucha tanto tiempo porque por lo que yo he visto muchas desisten precisamente por todos los problemas que se presentan.

Pedro: Yo aquí hay algo que yo llamo, tratando de hacer un símil, empoderamiento jurídico, que es la apropiación de los derechos, cuando la persona empieza a tomar conciencia de que esos derechos le pertenecen, la gente sigue adelante.

Yo: Las mujeres que he entrevistado que no denunciaron me dicen que en ese momento no era su prioridad, porque tienen a un bebé recién nacido.

Pedro: Lo que pasa es que son mujeres que no están conscientes de sus derechos.

Yo: ¿Aún teniendo consciencia no crees que se requiera de un valor especial dadas las trabas con las que se van a encontrar en el camino?

Pedro: Yo creo que es un problema de actitud ante la vida.

Yo: Porque estas mujeres que tú representas ya habían denunciado por la vía penal y ante Derechos Humanos sin haber obtenido resultados.

Pedro: Pero en el caso de estas mujeres, como tienen consciencia de sus derechos, o sea estas mujeres fueron reiteradamente violentadas en sus derechos porque no fueron solamente violentadas por el Seguro Social, también fueron violentadas por la Comisión Nacional de Derechos Humanos pero como son gentes que tuvieron un proceso de apropiación de los derechos, el ser nuevamente violentadas en sus derechos lejos de desanimarlas, les da más. Pero eso se da siempre y cuando pasan por ese proceso de apropiación de sus derechos.

Yo: ¿Conoces a algún otro abogado que esté llevando este tipo de casos?

Pedro: El único orate soy yo, hasta donde yo sé. Y aparte la amalgama de casos.

Yo: ¿Y a qué se debe que tú hayas acudido a la defensa de estos derechos?

Pedro: Si somos honestos yo digo esto un tanto cuanto en broma, que yo estoy aquí por accidente. Lo digo en broma pero tiene mucho de cierto. Mis orígenes son en materia de amparo. A mí en el año de 89 me ofrecen trabajo en el jurídico de Salud y literalmente pensé ¿qué problemas legales podría tener Salud? La diferencia entre este trabajo y el de la Secretaría de Comercio es fundamental y es que cada caso tiene un costo: hay una persona detrás.

Yo: ¿Crees que si más abogados se dedicaran a defender estos casos por la vía civil, se lograría una mayor justicia?

Pedro: Yo estoy convencido que el abogado pasa por un problema similar al del médico. Los abogados mexicanos no han sido formados para defender a los derechos humanos. La vía idónea, correcta sería educar a los nuevos abogados en la defensa de los derechos fundamentales pero sería una vía demasiado larga. Primero tendríamos que cambiar la mentalidad de los catedráticos. La vía corta yo estoy convencido es que sea lucrativo en el campo de trabajo para los abogados. Yo creo, y esto es parte de mi proyecto de la Macarthur que en la medida que los abogados vean que este es un campo en el que pueden ganar dinero, tal vez les pueda interesar.

Yo: ¿Y como están las cosas ahora en el sistema judicial crees que se pueda lograr algo por la vía civil?

Pedro: Yo creo que sí. Yo me atrevería a decir que de los tres poderes en México el que está teniendo una evolución más sólida, más concreta, sería el judicial. O sea yo estoy convencido de que la sociedad mexicana ha cambiado.

Yo: ¿Entonces la mejor vía para lograr la defensa de los derechos reproductivos es la civil?

Pedro: En mi opinión.