

Curso en línea



Fortalecimiento de la
impartición de justicia
con perspectiva de
género e interculturalidad

7 Derecho a la salud sexual y reproductiva



Derecho a la salud sexual y reproductiva

Esta serie de fascículos son parte del material didáctico del curso en línea “Fortalecimiento de la impartición de justicia con perspectiva de género e interculturalidad” en ellos se analizan distintos derechos de los pueblos y comunidades indígenas abordando con más detenimiento aquellos que con frecuencia se vulneran en perjuicio de las mujeres por razones de género.

- 1 Derecho a una vida libre de violencia de género.
- 2 Derecho a la autoadscripción o autoidentificación.
- 3 Derecho al autogobierno y la autodeterminación.
- 4 Derecho a la participación política y a los espacios de toma de decisión: ciudadanía indígena.
- 5 Derecho a la consulta con consentimiento libre, previo e informado.
- 6 Derecho a la tierra y al patrimonio.
- 7 Derecho a la salud sexual y reproductiva ✓

7. Derecho a la salud sexual y reproductiva

El derecho a la salud sexual y reproductiva lleva implícita la capacidad de una persona, de tomar decisiones informadas y autónomas sobre el propio cuerpo; sobre la fecundidad y sobre los hijos/hijas que la persona quiera tener. Se trata, junto con el derecho a una vida sin violencia, de una de las esferas más íntimas y personales de un ser humano que, con base en la perspectiva de interculturalidad y de género, permite también una lectura desde los derechos individuales y colectivos de hombres y mujeres indígenas.



Los *derechos reproductivos* incluyen información, orientación y *consentimiento informado* para el uso de métodos anticonceptivos y el acceso a servicios de planificación familiar, desde la adolescencia hasta el final de la edad reproductiva; también contemplan el acceso a servicios de salud adecuados durante el embarazo, el parto y el puerperio; la prevención y atención de cáncer cérvico uterino y de mama y de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH sida; la atención durante el climaterio y la postmenopausia.¹

Garantizar el derecho a la salud sexual y reproductiva se asocia en gran medida con la erradicación de la violencia de género, pues la violación, el

abuso sexual, el estupro, el acoso sexual y el aborto, son expresiones de violencia que repercuten en la dignidad de la persona agraviada, tal como lo expresan instrumentos nacionales e internacionales, como la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW).

Los conceptos sobre “salud” y “derechos reproductivos” datan de 1974,



cuando se impulsaron los primeros programas de planificación familiar dirigidos prioritariamente a las mujeres²; en México no fue sino hasta 1994 que se incorporaron al marco normativo. Desde mediados de los noventa, el enfoque de los derechos reproductivos empezó a permear en programas de salud y políticas de población.

Para los pueblos originarios la condición de salud no es sólo ausencia de enfermedad, sino un estado de equilibrio y bienestar espiritual, comunal y con el medio ambiente. No obstante lo anterior, la mayoría de las instancias que otorgan servicios de salud a las comunidades originarias, son atendidas por personal

no indígena que desconoce la cosmovisión y cultura de los pueblos con los que interactúa; tampoco se valora ni utiliza el recurso de la medicina tradicional (por ejemplo, las parteras son excluidas de estos espacios).

Por otro lado, las condiciones de salud de la población indígena son también precarias debido a que en México, la concentración de infraestructura y recursos médico en áreas urbanas limita la atención y cobertura de servicios de salud, los cuales no llegan a la población indígena que se localiza principalmente en zonas rurales.

1 Informe de la Consulta nacional sobre la situación que guardan los derechos de las mujeres indígenas en sus pueblos y comunidades, CDI, 2012. p. 119.
2 Idem

Ante esta situación, uno de los recursos más importantes para la población indígena es el de su sistema propio de salud. La **medicina tradicional indígena**, está conformada por un conjunto de sistemas de atención que tiene sus raíces en profundos conocimientos sobre la salud y la enfermedad que los pueblos han acumulado a través de su historia, fundamentados en una interpretación propia del mundo (cosmovisión) y en la incorporación de elementos de otras medicinas.³

Si bien es cierto que en todos los grupos sociales hay rezagos y obstáculos para hacer realidad los derechos sexuales y reproductivos, para las personas indígenas el ejercicio efectivo de los mismos es más lejano por dos razones que debe tomar en cuenta la autoridad jurisdiccional, cuando se presente un conflicto vinculado con estos derechos:

- No tener acceso a seguridad social; o bien, que los servicios no sean culturalmente accesibles.
- La infraestructura y los servicios, así como los recursos materiales y humanos que proporciona el sector salud en regiones rurales e indígenas son insuficientes, deficientes o inexistentes.⁴

Además, en el caso de las mujeres se agrega a estos dos factores uno más: la condición de subordinación que viven ante sus parejas, familias y comunidades, que se fundamenta en funciones de género. El derecho a la salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas ha sido tabú en la mayoría de los pueblos y comunidades, lo que facilita la reproducción de conductas violatorias a estos derechos.

Las preguntas que guían la reflexión de este tema son las siguientes: ¿cómo incorporar la diversidad cultural en el ejercicio pleno del derecho a la salud sexual y reproductiva?, ¿de qué forma pueden intervenir las autoridades jurisdiccionales para proteger estos derechos, desde una perspectiva de género?, ¿qué ocurre con la protección a este derecho en el ámbito comunitario y por parte del Estado?

- Respecto a la demanda de resolución de conflictos derivados de la violación del derecho a la salud de las mujeres en los sistemas normativos indígenas, se cuenta con antecedentes escasos, pues en la comunidad, estos problemas se consideran asuntos privados que deben atenderse por medios propios.



- La autoridad comunitaria se involucra cuando existen graves violaciones de estos derechos contra la mujer y, principalmente, cuando se ve involucrado el Estado a través de sus instancias de salud, en casos de negligencia médica, o falta de medicamentos, de personal y de atención en algunas zonas. El papel

de la autoridad es iniciar la queja, denuncia o demanda contra el Estado, en coadyuvancia con la quejosa/agraviada. En muchos casos las resoluciones obtenidas limitan la posibilidad de seguimiento adecuado a los procesos legales y administrativos ante instancias establecidas en zonas distritales o en la capital de los Estados.

- El impulso a los derechos reproductivos se promueve y defiende sobre todo, por las y los jóvenes, cuya voz y opinión en muchas regiones son poco valoradas debido a su edad. En este aspecto es fundamental dar credibilidad a su dicho pues lo contrario –tanto en poblaciones indígenas como no indígenas– les coloca en una situación de vulnerabilidad frente a posibles agresiones sexuales.

3 http://www.cdi.gob.mx/participacion/dlupe/medicina_tradicional_indigena.pdf, consultado el 04 de abril del 2014.

4 *Idem*.

Un ejemplo se encuentra en los casos violación sexual en comunidades indígenas, en el que la palabra de niños, niñas o jóvenes no tiene el mismo valor, ni credibilidad que el la persona agresora. Por estereotipos de edad normalmente se piensa y se considera que la víctima fue la responsable; si son estudiantes este puede ser un factor de abandono de los estudios; si el hecho se conoce públicamente son víctimas de burla o señalamientos en la comunidad, en el peor de los casos, las niñas que resultan embarazadas tienen que hacerse cargo del hijo(a), lo que implica que abandonen su proyecto de vida.

A partir del trabajo impulsado en los pocos espacios comunitarios que promueven los derechos de las mujeres indígenas en estos ámbitos, como las Casas de la Mujer Indígena, que implementan medidas de atención en temas de salud, puede señalarse que las principales violaciones a estos derechos aparecen en los siguientes contextos:

- Abusos y negligencia del personal de salud⁵ (discriminación y maltrato, realización de intervenciones sin consentimiento de las pacientes) que atiende en zonas indígenas;
- Matrimonios forzados y tempranos;
- Falta de atención a problemas de salud derivados de condiciones de violencia contra las mujeres;
- Falta de cumplimiento al derecho a la decisión informada de todas las mujeres indígenas, independientemente de su edad y condición civil, por ejemplo.

En este contexto, la perspectiva de género toma particular relevancia para que la autoridad jurisdiccional del Estado pueda garantizar el derecho a la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres indígenas; no sólo se trata de revisar si el Estado aporta o no medios institucionales e infraestructura para garantizar ese derecho, sino evaluar si las condiciones socio-culturales promueven o limitan su ejercicio



LECTURAS

Le recomendamos revisar el texto: **Salud y mortalidad asociada a los derechos sexuales y reproductivos en pueblos y comunidades indígenas**

Caso de violación al derecho a la salud sexual y reproductiva, a la no discriminación, a la información, entre otros.

Alicia es una mujer wixárika de 22 años de edad que vive en unión libre con Luis y con su hija de 3 años, en la comunidad de Roca Grande, municipio de los Reyes, Jalisco. Ésta es una localidad de alta marginación ubicada a 8 horas de distancia de la cabecera municipal y a 20 horas de Guadalajara, que cuenta con un sistema de transporte público deficiente y poco frecuente.

Alicia se embarazó de su segundo hijo, pero su salud se deterioraba día con día. Acudió entonces al centro de salud de su comunidad, pero sólo una caja de penicilina sin que le informaran de la enfermedad que padecía aunque le recomendaron que fuera a Guadalajara, porque el centro de salud no tenía medicamentos especiales para su padecimiento. En un hospital de la región le fue diagnosticado cáncer cérvico-uterino con 60% de avance, pero le fue negada la atención médica para dar seguimiento a su caso, porque no podía siquiera pagar los medicamentos básicos del tratamiento, lo cual no podía ser cubierto por el hospital.

5 *Kinal Antzetik*, organización civil del Distrito Federal, señala ante los frecuentes casos, que “parir en la calle es una nueva forma de dar a luz”, ya que en 2013, se registraron 17 casos de mujeres que no fueron atendidas en hospitales o centros de salud, y parieron en la calle, automóviles, baños, salas de espera, o mujeres que fallecieron en ese periodo por mala atención. De los 17 casos, 11 tuvieron lugar en Oaxaca, 2 en Tabasco, seguido de Guerrero, Chiapas, Puebla y Yucatán. Uno de los casos más dramáticos fue el de una mujer Oaxaqueña fallecida el pasado 18 de febrero, tras un año de estar en coma, luego que los médicos olvidaron una tijera en su matriz al practicarle una cesárea. Estos casos muestran violaciones claras a los derechos humanos de las mujeres y los recién nacidos, particularmente el derecho a la vida, a la salud y atención de calidad, a un trato digno y respetuoso. Disponible en: <http://www.cimacnoticias.com.mx/node/65997>.

Alicia regresó a su comunidad y bebió un té que le preparó una partera. Al día siguiente una organización altruista apoyó a Luis y a Alicia para el traslado de ella a Guadalajara. Durante el accidentado camino Alicia perdió el producto. La emergencia fue atendida en el hospital de primer nivel de la región donde, sin ninguna explicación a la paciente, el personal reportó a la representación social un supuesto delito de aborto, circunstancia que provocó la integración de una averiguación previa por el ilícito, y por haber reunido el Ministerio Público los elementos del tipo penal. En consecuencia, Luis como cómplice y Alicia como responsable, fueron consignados ante el juzgado mixto de primera instancia por haberse acreditado lo establecido en el artículo 227 Código Penal de Jalisco (CPJ) ⁶; si bien al mismo tiempo, no se consideró lo establecido en el Artículo 229 del CPJ ⁷.

Alicia y Luis no contaron en ningún momento con perito traductor ni defensor indígena, ni tampoco con el reconocimiento de la jurisdicción de la autoridad indígena y de derechos humanos, enmarcados en los artículos primero y segundo de la CPEUM. El Tribunal de alzada confirmó el auto de formal prisión dictado por el Juez a quo, la defensa de Alicia interpuso amparo indirecto en contra de la confirmación de la Sala, sobre el auto de formal prisión.

El análisis del caso con enfoque de género e interculturalidad, abre las siguientes interrogantes que permitan al juzgador realizar el estudio de fondo, conforme a las disposiciones existentes que tutelan los derechos de los pueblos originarios y los derechos de las mujeres indígenas, en los distintos ámbitos local, nacional e internacional.

- ¿Considera que el Juez y la Sala Penal valoraron conforme a derecho la testimonial de la autoridad comunitaria? Argumentar.
- ¿Identifica qué derechos son vulnerados en el caso redactado?
- ¿Qué principios hubiera considerado Usted en cada una de las instancias para el estudio del caso?
- ¿Identifica el principio que prevalece en la resolución del caso en cada una de las instancias?
- ¿Cómo resolvería usted el caso?

6 Artículo 227 del CPJ. Aborto es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez.

7 Artículo 229 CPJ. No es punible el aborto culposo causado por la mujer embarazada ni cuando el embarazo sea resultado de una violación. Tampoco lo será cuando, de no provocarse el aborto, la mujer embarazada corra peligro de muerte o de un grave daño a su salud, a juicio del médico que la asista, oyendo éste el dictamen de otro médico, siempre que esto fuere posible y no sea peligrosa la demora.