

MESA DIRECTIVA

Dip. Juan Antonio Magaña de la Mora

Presidencia

Dip. Juan Carlos Barragán Velez

Vicepresidencia

Dip. Vicente Gómez Núñez

Primera Secretaría

Dip. Belinda Iturbide Díaz

Segunda Secretaría

Dip. Ana Vanessa Caratachea Sánchez

Tercera Secretaría

JUNTA DE COORDINACIÓN POLÍTICA

Dip. Ma. Fabiola Alanís Sámano

Presidencia

Dip. Sandra María Arreola Ruiz

Integrante

Dip. J. Reyes Galindo Pedraza

Integrante

Dip. Teresita de Jesús Herrera Maldonado

Integrante

Dip. Marco Polo Aguirre Chávez

Integrante

Dip. Adriana Campos Huirache

Integrante

Dip. Grecia Jennifer Aguilar Mercado

Integrante

Dip. Brissa Ireri Arroyo Martínez

Integrante

Dip. Juan Antonio Magaña de la Mora

Integrante

SECRETARÍA DE SERVICIOS PARLAMENTARIOS

Mtro. Fernando Chagolla Cortés

Secretario de Servicios Parlamentarios

Lic. Homero Merino García

Director General de Servicios de

Apoyo Parlamentario

Coordinador de Biblioteca, Archivo

y Asuntos Editoriales

Lic. María Guadalupe González Pérez

Jefe del Departamento de Asuntos Editoriales

La GACETA PARLAMENTARIA es una publicación elaborada por el DEPARTAMENTO DE ASUNTOS EDITORIALES. *Corrector de Estilo:* **Juan Manuel Ferreyra Cerriteño**. *Formación, Reporte y Captura de Sesiones:* Gerardo García López, Juan Arturo Martínez Ávila, María del Socorro Barrera Franco, Mónica Ivonne Sánchez Domínguez, Moisés Cruz Fonseca, Nadia Montero García Rojas, Paola Orozco Rubalcava, Perla Villaseñor Cuevas, Víctor Iván Reyes Mota, Itzel Arias Martínez, Alejandro Solorzano Álvarez.

HONORABLE CONGRESO DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE MICHOACÁN DE OCAMPO

SEPTUAGÉSIMA SEXTA LEGISLATURA

Primer Año de Ejercicio

Segundo Periodo Ordinario de Sesiones

INICIATIVA CON PROYECTO DE
DECRETO POR EL QUE SE ADICIONA
LA FRACCIÓN II BIS AL ARTÍCULO 9°
DE LA LEY POR UNA VIDA LIBRE DE
VIOLENCIA PARA LAS MUJERES EN EL
ESTADO DE MICHOACÁN DE OCAMPO,
PRESENTADA POR LA DIPUTADA
ERÉNDIRA ISAURO HERNÁNDEZ,
INTEGRANTE DE LA REPRESENTACIÓN
PARLAMENTARIA.

Dip. Juan Antonio Magaña de la Mora,
Presidente de la Mesa Directiva del
Congreso del Estado de
Michoacán de Ocampo.
Presente:

Quien suscribe, diputada local Eréndira Isauro Hernández, integrante de la Septuagésima Sexta Legislatura del Congreso del Estado de Michoacán de Ocampo, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 36 fracción II y 44 fracción I de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Michoacán de Ocampo; artículos 8° fracción II, 234 y 235 de la Ley Orgánica y de Procedimientos del Congreso del Estado de Michoacán de Ocampo, me permito presentar a esta soberanía *Iniciativa con Proyecto de Decreto que adiciona la fracción II Bis al artículo 9° de la Ley por una Vida Libre de Violencia para las Mujeres en el Estado de Michoacán de Ocampo*, al tenor de la siguiente

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La violencia obstétrica es una forma específica de violencia contra las mujeres que se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y posparto en los servicios de salud públicos y privados, y consiste en cualquier acción u omisión que cause un daño físico o psicológico a la mujer. La respuesta ante este tipo de violencia implica transformar las condiciones estructurales del sistema de salud en todos sus niveles y no individualizar el problema, penalizando al personal de salud específico, en especial considerando los obstáculos que enfrentan en el país para realizar su trabajo en óptimas condiciones. [1]

En la actualidad, algunas entidades federativas han optado por incluir la violencia obstétrica en sus legislaciones. Éste es el caso de Chiapas, Guerrero, Tamaulipas, Quintana Roo, Veracruz y Aguascalientes. [2]

Así tenemos que de estas legislaciones se considera la violencia obstétrica como lo expreso a continuación:

LEY DE DESARROLLO CONSTITUCIONAL PARA LA IGUALDAD DE GÉNERO Y ACCESO A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA PARA LAS MUJERES PARA EL ESTADO DE CHIAPAS

Artículo 49. Los tipos de violencia contra las mujeres son

VII. Violencia Obstétrica. Apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que

se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad; se consideran como tal, omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical, obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer; alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer y practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural. [3]

LEY NÚMERO 553 DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE GUERRERO

Artículo 9°. Los tipos de violencia contra las mujeres son:

X. Violencia reproductiva: son todas las acciones u omisiones que limitan o vulneran el derecho de las mujeres a decidir libre y voluntariamente sobre su función reproductiva, en relación con el número y espaciamiento de las hijas e hijos, acceso a métodos anticonceptivos de su elección y acceso a una maternidad elegida y segura. [4]

LEY DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA PARA EL ESTADO DE AGUASCALIENTES

Artículo 8°. Los tipos de violencia de género contra las mujeres son:

VI. La violencia obstétrica: Es todo acto u omisión del personal de salud, tanto médico, auxiliar y/o administrativo, que, en ejercicio de su profesión u oficio, dañe, lastime o denigre a la mujer en su salud física y psicoemocional, durante el periodo de embarazo, parto, puerperio y procesos reproductivos;

Se considerará de manera enunciativa que existe violencia obstétrica, en los siguientes casos:

- a) En los que exista negligencia;
- b) En los que la atención médica exprese un trato deshumanizado, discriminatorio o de humillación;
- c) En los que la atención médica niegue a la mujer el recibir la información oportuna y/o conlleve a la pérdida de su autonomía y capacidad de decidir libremente sobre el tratamiento médico que recibe;
- d) En los que se dé la imposición de métodos anticonceptivos

sin mediar consentimiento de la mujer, la práctica del parto por vía cesárea, existiendo la posibilidad para efectuar el parto natural y sin haber obtenido la renuncia voluntaria, expresa e informada de la mujer a esta posibilidad.

e) La negativa, retraso o la omisión injustificada de brindar atención médica oportuna y eficaz a las mujeres en el embarazo, parto, puerperio, y procesos reproductivos.

f) Alterar sin justificación o sin consentimiento de la mujer o de quien legalmente esté facultado para otorgarlo, el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante su patologización, abuso de medicación, o el uso de técnicas que aceleren el nacimiento;

g) Obligar a la mujer a parir en una posición en específico, cuando existan los medios técnicos para que lo realice en la posición que ella elija;

h) Obstaculizar sin causa médica justificada el apego precoz del recién nacido con su madre, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer;

i) Retener a la mujer o al producto de la concepción en los centros de salud o instituciones análogas por su incapacidad de pago; [5]

LEY DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA DEL ESTADO DE QUINTANA ROO

Artículo 5°. Los tipos de Violencia contra las Mujeres son

VII. La violencia obstétrica. Es toda acción u omisión intencional por parte del personal de salud, que dañe, lastime o denigre a la mujer durante el embarazo y parto, así como la negligencia en su atención médica que se exprese en un trato deshumanizado, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad; considerando como tales, la omisión de la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas y practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer; [6]

LEY DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA PARA EL ESTADO DE VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE

Artículo 7°. Son tipos de violencia contra las mujeres

VI. La violencia obstétrica: Apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad; se consideran como tal, omitir la atención oportuna y eficaz

de las emergencias obstétricas, obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical, obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer, alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer y practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer; [7]

LEY PARA PREVENIR, ATENDER, SANCIONAR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES DEL ESTADO DE TAMAULIPAS

Artículo 3°. Los tipos de violencia contra las mujeres son

f). Obstétrica: toda acción u omisión que ejerza el personal médico o de salud, que dañe, lastime, denigre o cause la muerte durante el embarazo, parto o puerperio, expresada en:

I. La negligencia en su atención propiciada por la falta de un trato humanizado;

II. El abuso de medicación y patologización de los procesos naturales, considerando como tales, la omisión de la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas;

III. La práctica del parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para que éste sea natural. El parto vía cesárea podrá efectuarse siempre y cuando no existan riesgos que, a consideración del médico, entrañen un probable daño a la salud del producto o de la paciente;

IV. El uso de métodos anticonceptivos o esterilización sin que medie el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer;

V. El obstaculizar sin causa médica justificada el apego precoz del niño o niña con su madre, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer; [8]

Es importante retomar lo que la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005 refiere sobre la educación para la salud, que es el proceso de enseñanza y aprendizaje que permite, mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes encaminadas a modificar comportamientos para cuidar la salud individual, familiar y colectiva y fomentar estilos de vida sanos. Que los prestadores de servicios de salud, son las y los profesionales, técnicos y auxiliares que proporcionan servicios de salud en los términos de la legislación sanitaria vigente y que son componentes del Sistema Nacional de Salud. [9]

Esta norma establece que en el caso de maltrato en mujeres embarazadas se debe de valorar la falta o el retraso en los cuidados prenatales; la historia previa de embarazos no deseados, amenazas de aborto, abortos, partos prematuros y bebés de bajo peso al nacer; lesiones ocasionadas durante el embarazo, dolor pélvico crónico e infecciones genitales recurrentes durante la gestación. Que el diagnóstico estará apoyado, cuando sea posible, en exámenes de laboratorio y gabinete, estudios especiales y estudios de trabajo social, para lo cual podrán, en caso de estimarlo conveniente, utilizar los recursos disponibles que puedan brindar otras instituciones de salud así como organismos de la sociedad civil especializados en el tema, que contribuyan y faciliten dicho diagnóstico, siempre que no contravengan la presente Norma. [10]

Dese luego que cuándo aludimos al Sistema Nacional de Salud, nos referimos al conjunto constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local y las personas morales o físicas de los sectores social y privado que prestan servicios de salud, así como por los mecanismos establecidos para la coordinación de acciones. Tiene por objeto dar cumplimiento al derecho de la protección de la salud.

Mientras que la NOM-040-SSA2-2004, en materia de información en salud establece que dicha Norma Oficial Mexicana tiene por objeto establecer los criterios para obtener, integrar, organizar procesar, analizar y difundir la información en salud, en lo referente a población y cobertura, recursos disponibles, servicios otorgados, daños a la salud y evaluación del desempeño del Sistema Nacional de Salud. Que para egresos hospitalarios y servicio de corta estancia, el CBDH (Conjunto Básico de Datos Hospitalarios) son en caso de atención obstétrica: parto normal o complicado, cesárea o aborto, edad gestacional, peso en gramos, condición al nacer y condición al egreso del o los productos. [11]

La NOM-005-SSA2-1993, es un documento que contiene la Norma Oficial Mexicana de los servicios de planificación familiar, cuya elaboración fue posible gracias a la participación de las instituciones públicas, sociales y privadas del ámbito nacional que se encuentran relacionadas directamente con servicios de salud reproductiva. Describe las disposiciones generales y especificaciones técnicas para la prestación de los servicios de planificación familiar e incluye tanto la selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos, como la identificación, manejo y referencia de casos con esterilidad e infertilidad, destacando los elementos de información, orientación y consejería.

El objeto de esta Norma es uniformar los principios, criterios de operación, políticas y estrategias para la prestación de los servicios de planificación familiar en México, de tal manera que dentro de un marco de absoluta libertad y respeto a la decisión de los individuos y posterior a la consejería, basada en la aplicación del enfoque de salud reproductiva, pueda realizarse la selección adecuada, prescripción y aplicación de los métodos anticonceptivos, así como también la identificación, manejo y referencia de los casos de infertilidad y esterilidad, y con ello acceder a mejores condiciones de bienestar individual, familiar y social.

El campo de aplicación de esta Norma lo constituyen los servicios de atención médica y comunitaria de las instituciones de los sectores público, social y privado, y regula requisitos para la organización, prestación de servicios y desarrollo de todas las actividades que constituyen los servicios de planificación familiar.

Dentro de la Norma se establece el consentimiento informado, que 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. También se alude a la planificación familiar como el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener la información especializada y los servicios idóneos. El ejercicio de este derecho es independiente del género, la edad y el estado social o legal de las personas.

Por lo que respecta al parto se dice que es el periodo asociado a la condición fisiológica de la mujer después de la resolución por vía vaginal de un embarazo de 21 semanas o más. Mientras que el puerperio (normal) es el proceso que se inicia al término de la expulsión del feto y sus anexos y finaliza al concluir la involución de los órganos genitales maternos. Su duración aproximada es de seis semanas o 42 días, y comprende tres periodos: inmediato, las primeras 24 horas; mediato del segundo al séptimo día; y tardío, desde el octavo hasta el cuadragésimo segundo días posparto.

Se entiende en esta norma que la salud reproductiva es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción, así como en el ejercicio de la sexualidad.

La prestación de los servicios de planificación familiar debe ofrecerse sistemáticamente, a toda persona en edad reproductiva que acuda a los servicios de salud, independientemente de la causa que motive la consulta y demanda de servicios, en especial a las mujeres portadoras de mayor riesgo reproductivo. Los servicios de planificación familiar deben ser gratuitos cuando sean prestados por instituciones del sector público y todo solicitante de los servicios de planificación familiar debe quedar protegido para evitar embarazos no deseados y prevenir el embarazo de alto riesgo, para lo cual, además de la información que reciba, se le debe proporcionar consejería adecuada y, en caso de aceptarlo, se debe prescribir o aplicar algún método anticonceptivo lo cual puede ocurrir desde la primera atención.

La consejería en Planificación Familiar debe incluir 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 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. [12]

Se incorporan a la Norma NOM-007-SSA2-1993 aspectos relevantes enfocados a la salud materna y a la prevención de la morbilidad materna y perinatal, mediante intervenciones previas a que una mujer decida embarazarse, así como durante su embarazo, parto y puerperio y establecer el manejo del autocuidado como una acción de corresponsabilidad para enlazar con el personal de salud, por lo que adquiere importancia el mejorar la calidad de la atención prenatal desde el periodo preconcepcional, es decir, que se realice una valoración correcta del riesgo reproductivo en mujeres con enfermedades concomitantes y en adolescentes; promover la planificación familiar, la detección temprana de diabetes gestacional mediante la realización de tamiz de glucosa, con base en la evidencia científica, sabiendo que su diagnóstico y tratamiento oportunos impactarán en la salud materno-fetal y mejorará además el pronóstico de la mujer una vez finalizado su embarazo.

En este mismo sentido, se afirma que el derecho universal a la salud sexual y reproductiva, la opción libre e informada, el respeto a la integridad física y el derecho a no sufrir discriminación ni coerción en todos los asuntos relacionados con la vida sexual y reproductiva de las personas, y a su vez recibir un trato digno y respetuoso bajo los derechos humanos y la perspectiva de género, llevando un embarazo más seguro y protegido.

Esta norma respeta los derechos reproductivos que se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las personas a decidir, libre y responsablemente, la cantidad de hijos que desean tener, el momento oportuno para tenerlos y el tiempo entre embarazos, así como la de tener la información y los medios para concretar sus deseos, y el derecho de obtener el mayor estándar de salud sexual y reproductiva. Las intervenciones que se desarrollan para alcanzar la maternidad segura son: planificación familiar, atención preconcepcional, prenatal, parto limpio y seguro, puerperio y los cuidados obstétricos esenciales.

La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y la persona recién nacida pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito mediante la aplicación de procedimientos para la atención, entre los que destacan, el uso del enfoque de riesgo, la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas generalizadas que llevadas a cabo en forma rutinaria y sin indicaciones generan riesgos innecesarios. Por lo tanto, las acciones incluidas en esta Norma, tienden a favorecer el desarrollo fisiológico de cada una de las etapas del embarazo y a prevenir la aparición de complicaciones.

Considerando el incremento de maltrato reportado en estudios nacionales e internacionales hacia la mujer en todas sus formas, y en razón al estado de vulnerabilidad que se presenta durante el embarazo, esta debe ser identificada y atendida con oportunidad. La violencia sexual y la violencia a la mujer pueden ocasionar embarazos no deseados, problemas ginecológicos, abortos provocados e infecciones de transmisión sexual, entre ellas, la infección por sífilis y/o VIH.

La violencia o maltrato hacia la mujer durante el embarazo aumenta la probabilidad de sufrir abortos espontáneos, muerte fetal, parto prematuro y bajo peso al nacer, para lo cual es necesario realizar acciones de prevención primaria de la violencia familiar y de género, así como canalizar a servicios especializados a las mujeres que la viven, sobre todo si se encuentran en etapa gestacional.

Es así como esta norma tiene por objeto establecer los criterios mínimos para la atención médica a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio normal y a la persona recién nacida. La Calidad de la atención en salud, al grado en el que se obtienen los mayores beneficios de la atención médica, acorde con las disposiciones jurídicas aplicables, con los menores riesgos para los pacientes y al trato respetuoso y de los derechos de las usuarias, considerando los recursos con los que se cuenta y los valores sociales imperantes. Incluye oportunidad de la atención, accesibilidad a los servicios, tiempo de espera, información adecuada, así como los resultados.

Cabe mencionar que el embarazo es la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del “conceptus” en el endometrio y termina con el nacimiento. Mientras que la urgencia obstétrica, es la complicación médica o quirúrgica que se presenta durante la gestación, parto o el puerperio, que condiciona un riesgo inminente de morbilidad o mortalidad materna y perinatal y que requiere una acción inmediata por parte del personal de salud encargado de su atención y la obstetricia, es la parte de la medicina que trata de la gestación, el parto y el puerperio.

La atención médica que reciban las mujeres en edad reproductiva en los establecimientos para la atención médica públicos, privados y sociales del país, debe ser con un enfoque preventivo, educativo, de orientación y consejería. La atención debe ser integral y enfocada a considerar la reproducción humana como una expresión de los derechos reproductivos, para que sea libremente escogida y segura; fomentando la corresponsabilidad en el cuidado de la salud de la mujer, su pareja, la comunidad y el personal de salud e informar sistemáticamente de las ventajas de lograr un periodo intergenésico mínimo de 2 años, para reducir los riesgos a largo plazo y planificar adecuadamente la familia.

En los establecimientos para la atención médica de los sectores público, social y privado, que no cuenten con el servicio de atención de urgencias obstétricas, se debe procurar en la medida de su capacidad resolutoria, auxiliar a las mujeres embarazadas en situación de urgencia, y una vez resuelto el problema inmediato y estabilizado y que no esté en peligro la vida de la madre y la persona recién nacida, se debe proceder a su referencia a un establecimiento para la atención médica que cuente con los recursos humanos y el equipamiento necesario para la atención de la madre y de la persona recién nacida.

Los establecimientos para la atención médica que brinden atención de urgencias obstétricas deben contar con espacios habilitados, personal especializado, calificado y/o debidamente capacitado para atender dichas urgencias, equipo e instalaciones adecuadas, así como los insumos y medicamentos necesarios para su manejo, además de contar con servicio de transfusión sanguínea o banco de sangre con hemocomponentes y laboratorio para procesamiento de muestras; 24 horas del día, todos los días del año.

La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y a la persona recién nacida debe ser proporcionada con calidad y respeto de sus derechos humanos, principalmente a su dignidad y cultura, facilitando, en la medida de lo posible, apoyo psicológico durante su evolución. Todas las instituciones de salud deben capacitar a las licenciadas en enfermería obstétrica, parteras técnicas y parteras tradicionales para identificar complicaciones del embarazo, parto y puerperio; así como, proveer facilidades para la referencia y acompañamiento oportuno de la embarazada a los establecimientos para la atención médica, en su caso. Los partos de bajo riesgo de término, pueden ser atendidos por enfermeras obstetras, parteras técnicas y parteras tradicionales capacitadas. [13]

La violencia obstétrica es una forma específica de violencia contra las mujeres que se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y puerperio en los servicios de salud públicos y privados y es producto de un entramado multifactorial en donde confluyen la violencia institucional y la violencia de género.

Las mujeres en México enfrentan serios obstáculos para ejercer sus derechos reproductivos, que van desde la discriminación en el acceso y la negativa de los servicios de salud obstétrica, hasta la atención deficiente en la prestación de los servicios.

En muchas de las ocasiones las opiniones de las mujeres no son tomadas en cuenta durante los procesos obstétricos. En México, la identificación de la violencia obstétrica y el acceso a la justicia en casos de violación a los derechos humanos de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio aún se encuentra en una etapa incipiente. A pesar de que existe una amplia gama de procedimientos de queja y sanción, éstos no cuentan con una perspectiva de derechos humanos y son mecanismos de reparación segmentados que obligan a las mujeres a recurrir a más de un procedimiento. [14]

Respecto al planteamiento aquí hecho, la Comisión Nacional de Derechos Humanos ha emitido la Recomendación General 31/2017 [15] sobre violencia obstétrica, criterios que a la letra dicen:

Primera. *Que se diseñe y ponga en práctica una política pública de prevención de violaciones a los derechos humanos de las mujeres en ocasión del embarazo, el parto y el puerperio, centrada en el reconocimiento de la mujer como protagonista, en la relación materno-fetal, que atienda a las perspectivas de derechos humanos y género, constituida por acciones de capacitación y sensibilización continua al personal de salud que presta sus servicios en la atención gineco-obstétrica, para contrarrestar prejuicios basados en la discriminación de las mujeres y para el cumplimiento de las Normas Oficiales Mexicanas; así como de información a las mujeres usuarias sobre sus derechos y cómo ejercerlos.*

Segunda. *Que se asuman los acuerdos necesarios, sobre requerimientos técnicos, humanos y para que se programe el presupuesto necesario, entre otros, que permitan ampliar y mejorar la infraestructura hospitalaria en la que se atiende a las mujeres en ocasión del embarazo, el parto y el puerperio, con prioridad en zonas alejadas y de marginación social. Al respecto, es necesario que en los establecimientos en que se presten servicios de salud gineco obstétricos y, principalmente en el área de urgencias, cuenten con médicos que atiendan en la forma adecuada a quienes solicitan el servicio.*

Tercera. *Que se implemente el “Modelo de Atención a las Mujeres durante el Embarazo, Parto y Puerperio con Enfoque Humanizado, Intercultural y Seguro” de la Secretaría de Salud, en las instituciones del Sistema Nacional de Salud, a fin de garantizar la disminución de la morbi-mortalidad materno-infantil, la atención médica calificada, digna, respetuosa y con perspectiva de género.*

Cuarta. *Implementar en las instituciones de salud a su cargo, una campaña de promoción de los derechos humanos y salud reproductiva de las mujeres, durante la atención del embarazo, el parto y el puerperio.*

Quinta. *Implementar eficazmente las políticas públicas ya previstas en el orden jurídico nacional, relacionadas con la partería tradicional en México y adoptar las medidas necesarias para fortalecer el proceso de vinculación de las parteras y parteros tradicionales al Sistema Nacional de Salud, creando un entorno jurídico e institucional que propicie el respeto y el ejercicio de dicha actividad, mediante el reconocimiento y la promoción de las aportaciones, práctica y desarrollo de la medicina tradicional indígena en condiciones adecuadas y garantizando que la capacitación técnica que reciban sea periódica, actualizada y además*

tome en cuenta sus usos y costumbres. Señalando de manera enunciativa más no limitativa, las siguientes medidas: Asegurar el acceso y destinar espacios adecuados en los hospitales para que las parteras y parteros tradicionales puedan asistir y brindar acompañamiento a las mujeres embarazadas; impartir cursos y/o talleres y desarrollar campañas de sensibilización dirigidos al personal médico que labora dentro de Sistema Nacional de Salud sobre la importancia y el respeto de la partería tradicional; proveer a las parteras y parteros tradicionales de los instrumentos necesarios para prestar sus servicios en condiciones idóneas (distribución de suministros, maletines obstétricos o sencillos estuches desechables para asegurar las buenas condiciones higiénicas de los partos, organización de sistemas de transporte para trasladar los embarazos patológicos, mejoramiento del procedimiento de envío de casos); asegurar que el material que se les facilite durante su capacitación sea culturalmente adecuado e implementar los mecanismos para la sistematización de los resultados y beneficios del ejercicio de la partería.

Sexta. *Se adopte lo necesario para asegurar, que en las distintas actividades que se realicen con motivo del desarrollo académico de médicos y/o especialistas, tales como congresos, simposios, foros, seminarios, coloquios, cursos, talleres, entre otras, se integre el estudio de la violencia obstétrica, tomando en cuenta el análisis realizado por esta Comisión Nacional en la presente Recomendación General.*

Cabe mencionar que en esta recomendación surge el término violencia obstétrica con el objeto de visibilizar e identificar las causas que reproducen la violencia contra la mujer, ocurrida bajo dichas circunstancias. Siendo así que a través del término violencia obstétrica, es posible construir un marco teórico y conceptual referente para el personal médico en el desempeño de su servicio, una guía para las autoridades al momento de adoptar políticas públicas, y una herramienta útil para las mujeres, víctimas y organizaciones de la sociedad civil al momento de exigir la satisfacción plena de sus derechos, así como la reparación del daño.

Establece que la violencia obstétrica tiene uno de sus orígenes en las relaciones asimétricas de poder donde convergen el género, las jerarquías, la “lucha por la posesión del conocimiento legitimado”, la influencia del sexismo y el androcentrismo en el campo de la medicina, la preeminencia del parto medicalizado sobre el natural y el ejercicio de prácticas patriarcales y autoritarias sobre las decisiones y el cuerpo de la mujer.

En ocasiones, las prácticas que constituyen violencia obstétrica son una “forma de poder disciplinario específica, ligada a la estructura social de género propia del sistema patriarcal del cual emerge esta forma de violencia como mecanismo de disciplinamiento, control y producción de subjetividad”.

Cabe mencionar que la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, ha resuelto asuntos que involucran violencia obstétrica con motivo de la trasgresión de derechos reproductivos, tal es el caso de *F.S. Vs. Chile* 28, *María Mamérita Mestanza Chávez vs. Perú* 29 e *I.V. Vs. Bolivia*, relacionados con la esterilización forzada de las víctimas.

Tracy Robinson, entonces Relatora sobre los Derechos de las Mujeres de la Comisión Interamericana, en el marco del Día Internacional de la Mujer declaró que persiste la violencia obstétrica en los entornos de atención de salud, lo cual se expresa, por ejemplo, en la patologización de procesos naturales como el parto, la utilización de técnicas de aceleración sin obtener el consentimiento previo de la mujer, la práctica de cesáreas existiendo condiciones para un parto natural y sin consentimiento previo de la mujer, entre otros aspectos.

En Latinoamérica, el desarrollo y reconocimiento de la violencia obstétrica han sido paulatinos. En el 2012, el Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI) observó que hasta ese año, seis países contaban con leyes integrales de violencia contra la mujer, de los cuales sólo Venezuela y Argentina contenían el término “violencia obstétrica”; sin dejar de mencionar que en el caso de México, este tipo de violencia está contemplado desde el 2008 en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz.

En el 2007 Venezuela adoptó este concepto en la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, con el objeto de identificar una nueva forma de violencia. Esto representó un avance en la protección de los derechos humanos de las mujeres, al reconocer la autonomía sexual y reproductiva como un derecho que debe ser respetado y garantizado por las instituciones de salud.

Por su parte, Argentina incluyó este término en su normatividad en el 2009. El artículo 6° de la Ley 26.485 de Protección Integral a las Mujeres, la contempla como una modalidad de la violencia.

Respecto a la incidencia de esta figura en el contexto nacional Roberto Castro, especialista en la materia, manifestó que desde hace varios años se han venido acumulando una serie de denuncias que señalan que en muchas instituciones de salud, tanto públicas como privadas, con frecuencia se violan, bajo diversas formas, los derechos reproductivos de las mujeres.

Para ejemplificar lo anterior, la Comisión Nacional de Derechos Humanos hace referencia a tres situaciones que ilustran y contextualizan esta problemática. Un ejemplo que no busca generalizar consiste en un estudio realizado por integrantes de la Universidad de las Américas de Puebla, en el que se entrevistó a 29 médicos especializados en obstetricia y se detectó que 10 de los 29 encuestados quienes afirmaron haber sido testigos de casos relacionados con violencia obstétrica y discriminación en razón de la edad, etnia o condición social, mientras que 11 de los 29, aseguraron haber identificado tratos groseros y agresiones verbales. De la totalidad de médicos consultados, 19 refirieron no tener suficiente información de violencia obstétrica ni herramientas para hacerle frente o evitarla.

Un caso que ejemplifica la situación contextual que se vive en algunas regiones de México, es el que consta en el artículo derivado de un estudio efectuado en establecimientos públicos de salud en el Estado de Oaxaca. La encuesta realizada a 323 mujeres reveló que las prácticas de la atención durante el trabajo de parto, parto y puerperio inmediato, se realizan en muchos casos sin apego a los estándares nacionales y/o a las recomendaciones de la OMS.

Los resultados arrojaron que las recomendaciones de la OMS se implementan en porcentajes bajos o muy bajos, sobre todo en el segundo nivel de atención, toda vez que no se llevan a cabo prácticas estandarizadas como el acompañamiento a la mujer durante el trabajo de parto, la libre deambulacion y adopción de posiciones durante el trabajo de parto, la adopción de la posición que la mujer escoja libremente para las fases de pujo y de expulsión y la entrega inmediata del recién nacido a la madre, entre otros.

En abril de 2014, la Secretaría de Gobernación elaboró el Programa Integral para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres 2014- 2018, en el que se plantearon las estrategias 1.1 y 2.3., relacionadas con la violencia obstétrica. La primera tiene por finalidad, promover la armonización de la legislación nacional con

tratados y convenciones internacionales, eliminando disposiciones discriminatorias en contra de las mujeres. La segunda, busca fortalecer los servicios para la detección oportuna de la violencia contra las mujeres en el Sistema Nacional de Salud a través de la promoción de políticas institucionales para erradicar la violencia de género que ocurre en los servicios de salud, incluyendo violencia obstétrica.

Por su parte, la Secretaría de Salud ha hecho manifiesto su rechazo a cualquier forma de violencia contra las mujeres, y ha reconocido que existen casos de violencia obstétrica que ocurren en las instituciones de salud públicas y privadas del país, por lo que se compromete a reforzar las acciones en favor de la salud materna, garantizando el respeto a los derechos humanos de las mujeres.

A través del Modelo de Atención a las Mujeres durante el Embarazo, Parto y Puerperio con Enfoque Humanizado Intercultural y Seguro, elaborado por la citada Secretaría en el año 2008, se propone una estrategia alternativa para erradicar la violencia institucional y coadyuvar a la atención oportuna y eficaz de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, en la que la mujer embarazada sea la protagonista de su parto y se involucre la participación de las parteras y los parteros tradicionales asistidos, de ser necesario, por médicos, así como herramientas interculturales para escuchar la voz de las mujeres y hacer de dicho modelo uno en el que aquellas sean sujetos y no objetos de la atención.

Asimismo, cuenta con el Programa de Acción Específico (PAE) de Salud Materna y Perinatal del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), en el que se asentaron objetivos, estrategias y líneas de acción, a los que deberán apegarse las diferentes instituciones de la administración pública federal para materializar el derecho a la protección de la salud. Entre los retos identificados en el Programa se señala la necesidad de implementar los servicios de salud obstétrica con perspectiva de género e interculturalidad, con respeto a los derechos humanos y contar con personal capacitado, infraestructura e insumos necesarios.

De igual manera, se han desarrollado acciones de capacitación permanente al personal médico con enfoque en la atención primaria, así como estrategias diseñadas y ejecutadas a partir del Instituto Nacional de Perinatología, como son la atención prioritaria a grupos en condición de vulnerabilidad, atención con estricto apego a los principios bioéticos, implementación gradual de las recomendaciones

de la Organización Mundial de la Salud dirigidas a abatir prácticas vinculadas con la violencia obstétrica, entre otras.

Al respecto las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, se dieron a la tarea de agrupar recomendaciones para la atención de las distintas etapas reproductivas, en las guías de práctica clínica sobre vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), dentro de las Recomendaciones Generales para mejorar la calidad de la atención obstétrica, establece que una de las responsabilidades de los prestadores de la atención médica es proporcionar a la paciente trato respetuoso y digno de acuerdo a la ética médica. [16]

Cabe hacer mención de que la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN), refiere en un comunicado que la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en sesión remota, concedió el amparo a una mujer a la que le fue practicada una esterilización no consentida durante un procedimiento de cesárea en un Hospital del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Se resolvió que a la mujer se le practicó una esterilización no consentida, pues su “consentimiento” para realizar dicho procedimiento no fue previo, pleno, libre ni informado, al recabarse en un ambiente de estrés, amenazas e intimidación durante la labor de parto.

Esta esterilización constituyó violencia de género, pues el personal médico actuó conforme a estereotipos de género; se decidió esterilizarla sin su autorización a partir de una disminución de su capacidad de decisión en relación con su propio cuerpo.

Además, el Máximo Tribunal concluyó que la quejosa fue víctima de violencia obstétrica institucional como una forma de violencia de género expresada a través de un conjunto de prácticas deshumanizantes ejercidas en el ámbito de la salud pública, específicamente, de la salud reproductiva que redundó en la afectación a la autonomía, libertad y capacidad de las mujeres de decidir libremente sobre su cuerpo y su sexualidad.

Al respecto, la Sala destacó que la mujer — como paciente en edad reproductiva— no recibió consejería previas de manera amplia en términos de

la normativa aplicable, ni tuvo el tiempo suficiente para valorar y decidir cabalmente sobre el método de anticoncepción permanente denominado oclusión tubaria bilateral. Además, advirtió que no había urgencia para la práctica de la esterilización quirúrgica, ni era necesario que se realizara en forma inmediata para preservar la vida y la salud de la mujer.

Finalmente —partiendo de la reversión de la carga de la prueba— la Primera Sala determinó que la mujer también fue víctima de otras formas de violencia obstétrica expresadas, no sólo en la esterilización no consentida que se le practicó, sino también en el maltrato recibido en su trabajo de parto, parto y post parto por las autoridades señaladas como responsables. La anterior conclusión se basó en que la quejosa fue humillada, regañada, intimidada y agredida por el personal médico que la atendió.

De esta manera, a fin de procurar la restitución de los derechos de la solicitante de amparo, en cuanto a los efectos de su otorgamiento, la Primera Sala ordenó al hospital responsable prestar atención médica quirúrgica sin costo a la mujer afectada, para que, de mediar un consentimiento pleno, previo, informado y libre, y ser medicamente viable, se le practique el procedimiento correspondiente para revertir la esterilización. De no ser factible, se le ofrezca la posibilidad de reproducción asistida, ya sea practicada en el Instituto, o bien, en una institución privada de salud, con cargo al IMSS.

Asimismo, la Sala instruyó a la autoridad responsable para que proporcione a la víctima un tratamiento médico psicológico o psiquiátrico orientado en salud sexual y reproductiva, para resarcir la afectación en la esfera psico-emocional sufrida.

Aunado a ello, frente a la existencia de violencia obstétrica institucional ejercida contra la mujer, la Primera Sala ordenó dar vista al Órgano de Control Interno del IMSS, para que el área competente determinara si procede y existen elementos suficientes para iniciar o no de oficio, un procedimiento de responsabilidad administrativa.

Además, la Primera Sala ordenó al IMSS elaborar, integrar y difundir una guía integral para prevenir y erradicar conductas generadoras de violencia obstétrica institucional, cuyos ejes de contenido, enunciativa pero no limitativamente, deben centrarse en la perspectiva de género y en la obtención y generación de un consentimiento libre, pleno, previo e informado de las pacientes sujetas a tratamientos

médicos o intervenciones quirúrgicas derivadas de métodos anticonceptivos y planificación familiar. Ello, aunado a la realización de capacitaciones dirigidas al personal vinculado con el tratamiento e intervenciones quirúrgicas derivadas de una condición obstétrica. [17]

De lo narrado considero que existe la necesidad de que en nuestra entidad se contemple la violencia obstétrica con el fin de erradicar estas conductas que afectan los derechos humanos de las mujeres embarazadas, un tipo de violencia que escuchamos comúnmente cuando recorremos nuestro distrito, este es un sentir de muchos de los que nos encontramos cuando nos acercamos a la gente de nuestro Estado de Michoacán.

Por lo antes expuesto, pongo a consideración del Pleno de esta Soberanía el siguiente Proyecto de

DECRETO

Único. Se adiciona la fracción II Bis al artículo 9º de la Ley por una Vida Libre de Violencia para las Mujeres en el Estado de Michoacán de Ocampo, para quedar como sigue:

II Bis. Violencia obstétrica: Es toda acción u omisión por parte de uno o varios prestadores de servicios del Sistema Nacional de Salud, que cause un daño físico o psicológico a la mujer durante el embarazo, parto o puerperio; que se exprese en la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, tratos crueles, inhumanos o degradantes, abuso de medicación y patologización de los procesos naturales que menoscabe su capacidad o impida decidir de manera previa, plena, libre e informada sobre los procesos reproductivos, practicar el parto por vía de cesárea existiendo condiciones para el parto natural o la imposición de métodos anticonceptivos sin mediar u obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer;

TRANSITORIOS

Primero. Notifíquese el presente Decreto al Titular del Poder Ejecutivo del Estado de Michoacán, para su conocimiento y efectos legales procedentes.

Segundo. El presente decreto entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Periódico Oficial del Gobierno Constitucional del Estado de Michoacán de Ocampo.

PALACIO DEL PODER LEGISLATIVO de Morelia, Michoacán, a 16 de mayo del año 2025.

Atentamente

Dip. Eréndira Isauro Hernández.

[1] Instituto Nacional de Salud Pública del Gobierno de México. Fecha de última actualización 26 de agosto de 2020. Consultable en <https://www.insp.mx/avisos/5138-dia-violencia-mujer-obstetrica.html>

[2] Entidades que penalizan la violencia obstétrica consultable en <https://gire.org.mx/plataforma/entidades-que-penalizan-la-violencia-obstetrica/>

[3] Consultable en https://www.congresochiapas.gob.mx/new/Info-Parlamentaria/LEY_0133.pdf?v=OA==

[4] DECRETO NÚMERO 809 POR EL QUE SE REFORMA LA FRACCIÓN X Y SE LE ADICIONAN LAS FRACCIONES XI Y XII AL ARTÍCULO 9 DE LA LEY NÚMERO 553 DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE GUERRERO consultable en <https://www.guerrero.gob.mx/wp-content/uploads/2022/04/P.O-52-ALC-IV-28-JUN-2024.pdf>

[5] REFORMADA, P.O. 22 DE AGOSTO DE 2016 Consultable en <https://eservicios2.aguascalientes.gob.mx/NormatecaAdministrador/archivos/EDO-18-2.pdf>

[6] Consúltase en <http://documentos.congresoqroo.gob.mx/leyes/L122-XVII-20220907-L1620220907265.pdf>

[7] Consultarse en <https://www.legisver.gob.mx/leyes/LeyesPDF/MUJVIOLTO..pdf>

[8] Búsqueda en el siguiente URL https://po.tamaulipas.gob.mx/wp-content/uploads/2021/03/Ley_Violencia_Mujeres.pdf

[9] Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. Consultable en <https://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR19.pdf>

[10] Ibídem

[11] NORMA Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, En materia de información en salud. Consúltase https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=2093165&fecha=28/09/2005#gsc.tab=0

[12] NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM 005-SSA2-1993, DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR. DOF: 30/05/1994. Consultar en https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4699269&fecha=30/05/1994#gsc.tab=0

[13] Consultar URL https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016#gsc.tab=0. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-2016, PARA LA ATENCION DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, Y DE LA PERSONA RECIEN NACIDA

[14] GIRE, "Violencia obstétrica" en Niñas y mujeres sin justicia. Derechos reproductivos en México, 2015. Consultado el día 15/05/2019 en <http://informe2015.gire.org.mx/#/conclusiones-violencia-obstetrica>

[15] RECOMENDACIÓN GENERAL No. 31/2017 SOBRE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. Ciudad de México, a 31 de julio de 2017 disponible en https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Recomendaciones/generales/RecGral_031.pdf

[16] Ibídem

[17] Amparo en revisión 1064/2019. Ponente: Ministra Norma Lucía Piña Hernández. Resuelto en sesión de 26 de mayo de 2021, por unanimidad de votos. Comunicado No. 148/2021, Ciudad de México, a 26 de mayo de 2021, disponible en el enlace <https://www.internet2.scjn.gob.mx/red2/comunicados/noticia.asp?id=6455>.











www.congresomich.gob.mx