

INICIATIVA QUE REFORMA Y ADICIONA DIVERSAS DISPOSICIONES DE LAS LEYES GENERALES DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA, Y DE SALUD, EN MATERIA DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA, SUSCRITA POR LOS DIPUTADOS MELBA NELIA FARIÁS ZAMBRANO, ANA PATRICIA PERALTA DE LA PEÑA Y ARMANDO CONTRERAS CASTILLO, DEL GRUPO PARLAMENTARIO DE MORENA

Quienes suscriben, Melba Nelia Farías Zambrano, Ana Patricia Peralta de la Peña y Armando Contreras Castillo, diputadas y diputado integrantes del Grupo Parlamentario Morena de la LXIV Legislatura del honorable Congreso de la Unión, en ejercicio de la facultad que confieren los artículos 71, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 77 y 78 y demás relativos del Reglamento de la Cámara de Diputados, someten a la consideración de esta Asamblea la siguiente iniciativa con proyecto de decreto por el que se reforma la fracción I del artículo 61, artículo 62, se adiciona la fracción V al artículo 64 de la Ley General de Salud, se reforma la fracción VI y adiciona la fracción VII del artículo 6 de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, al tenor de la siguiente

Exposición de Motivos

La violencia es uno de los fenómenos multifactoriales más complejos para la sociedad contemporánea, sus variadas manifestaciones nos han obligado a ampliar la definición, de modo que hoy día no la entendemos solo como agresión física, sino como diversas manifestaciones orientadas a denigrar, lastimar, agraviar o deshonrar, dicha actitud que puede presentarse en distintos niveles y áreas de la vida teniendo en cada grupo social características de expresión particulares.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la violencia es el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte.

Por su parte, la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, define que la Violencia contra las Mujeres es “cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado, como en el público”.

En este sentido, el grupo social más vulnerable ante situaciones de violencia es el de las mujeres. Destaca una conducta relacionada con la condición biológica de la mujer, pues solo por el hecho de tener características únicas para la gestación del ser humano se vuelve vulnerable; a este fenómeno se le ha denominado violencia obstétrica.

Para las mujeres de México esto representa una realidad dolorosa en la cual se volvió indispensable visibilizar la variedad de violencias como efectos de una estructura patriarcal y machista, por lo que identificar, prevenir y sancionar dichas formas se tornó en una tarea inaplazable para las legisladoras y los legisladores.

La violencia obstétrica es una forma específica de violencia contra las mujeres que constituye violación a los derechos humanos. Se genera en el ámbito de la atención obstétrica en los servicios de salud públicos y privados y consiste en cualquier acción u omisión por parte del personal del Sistema Nacional de Salud que cause un daño físico y/o psicológico a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, que se exprese en la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, un trato cruel, inhumano o degradante, o un abuso de medicalización, menoscabando la capacidad de decidir de manera libre e informada sobre dichos procesos reproductivos (GIRE, 2015).

Se han establecido dos modalidades de violencia obstétrica:

a) La física, que se configura cuando se realizan prácticas invasivas y suministro de medicación no justificadas por el estado de salud, o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto biológico.

b) La psicológica, que incluye el trato deshumanizado, grosero, discriminación humillación cuando se pide asesoramiento, o se requiere atención en el transcurso de una práctica obstétrica. Comprende también la omisión de información para la mujer y sus familiares sobre la evolución de su parto (GIRE, 2015).

Conviene señalar que la definición de este tipo de violencia no debe darse manera taxativa, sino a través de una enunciación general que contemple que la violencia obstétrica es resultado de múltiples factores como violencia institucional y la violencia de género.

- Acción u omisión por parte del sistema nacional de salud;
- Que se materialice con motivo de la atención de embarazo, parto y puerperio;
- Que se expresa en un trato cruel o inhumano hacia las mujeres y/o un abuso de medicalización de los procesos naturales; y
- Que tiene como consecuencia la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre las distintas etapas del embarazo, trabajo de parto, así como del alumbramiento y el nacimiento (GIRE, 2015).

Por lo que se refiere a la Secretaría de Salud, desde el 2008 inicio estudios sobre la violencia obstétrica, iniciando operativos para implantar el modelo humanizado intercultural en los servicios de salud, por lo que inicio trabajos para crear las condiciones para ello; es así que publicó el Modelo de Atención a las Mujeres durante el Embarazo, Parto y Puerperio. Enfoque Humanizado, Intercultural y Seguro, el cual responde a la problemática y toma en cuenta las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las evidencias científicas, los derechos humanos suscritos por México, la perspectiva de género y la normativa vigente.

Dicho modelo postula tres elementos como esenciales para la atención de las mujeres en el embarazo, parto y puerperio:

Enfoque humanizado. Parte de comprender que las mujeres deben de ser el sujeto protagonista de su embarazo, parto y puerperio, con la capacidad de tomar decisiones acerca de cómo, dónde y con quien parir, bajo la cobertura de los derechos humanos, persiguiendo el objetivo de que se viva la experiencia del nacimiento como un momento especial y placentero en condiciones de dignidad humana. De esta manera se pretende tomar en cuenta, de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y sus familias en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio.

Enfoque intercultural. Pretende identificar y erradicar las barreras culturales y de género que dificultan el acceso a los servicios de salud, reconociendo la diversidad cultural existente entre las mujeres de nuestro país, con sus demandas y expectativas, así como por la propuesta de enriquecimiento de la atención del parto con elementos de la partería tradicional indígena, como de otros modelos clínico terapéuticos y de fortalecimiento de la salud no convencionales, todos los cuales fortalecen tanto los elementos técnicos, como los mismos procesos de humanización del parto.

Enfoque seguro. Parte de reconocer a las mujeres como sujeto del derecho de recibir una atención médica basada en fundamentos científicos, y porque además de procurar condiciones de comodidad durante el parto, promueve también que estas se lleven a cabo en espacios confortables, con lo mejor de la atención

desmedicalizada, pero en condiciones de seguridad en coordinación y contigüidad con espacios resolutivos, en caso de que se presente una complicación de última hora.

El enfoque seguro también incluye las competencias obstétricas que debe de tener el personal del primer nivel de atención, para la identificación de los riesgos obstétricos durante el embarazo, así como para la atención del parto de acuerdo a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y para el manejo y referencia de complicaciones del mismo. Con respecto al segundo nivel incluye todas las competencias, condiciones y acuerdos interinstitucionales para poder identificar, atender y resolver de manera oportuna las complicaciones y emergencias obstétricas. Toma en cuenta, además, el enfoque de redes funcionales de flujo real en los servicios de salud, para garantizar la atención oportuna de las mujeres en trabajo de parto, posean o no complicaciones, bajo el lema de “cero rechazos”.

Asimismo, establece que la violencia obstétrica se puede clasificar en diferentes categorías:

a) **Procedimientos técnicos efectuados de manera rutinaria que no cuentan con evidencias de efectos positivos, de los que la OMS recomienda su exclusión si no existe una indicación médica precisa.** En esta categoría se puede incluir: el rasurado de la mujer, previo al parto, los tactos vaginales, los enemas evacuantes, la inducción del parto con oxitócicos, el uso de sedantes y tranquilizantes, la posición horizontal de litotomía, la restricción de la ingesta de líquidos, el confinamiento en cama, el dejar a la mujer sola, sin acompañamiento psicoafectivo, el separar a las madres de sus bebés, así como la episiotomía y la revisión de cavidad uterina. Son elementos que atentan contra la integridad de la mujer.

b) **Maltratos y humillaciones.** Frases expresadas en el trabajo de parto como aquella que dice: “¿verdad que hace nueve meses no le dolía?”, referidas por personal médico y de enfermería tanto masculino como femenino cuando la mujer expresa dolor, han sido confirmadas en todos los hospitales y servicios de salud de todo el país, cuando se pregunta intencionadamente al personal si la han escuchado.

c) **Procedimientos obstétricos realizados sin necesidad, para facilitar el aprendizaje de estudiantes, internos y residentes.** En esta categoría se incluye a los tactos vaginales, episiotomías, aplicación de anestesia epidural y de fórceps, revisiones de cavidad uterina y realización de cesáreas. Este fenómeno no se presenta de manera tan cruda en otras áreas o especializaciones médicas. Estas prácticas “médicas” frecuentemente realizadas con mujeres, nos refieren a una conducta en la cual la mujer es despersonalizada y valorada como un objeto para otros, donde sus intereses y percepciones no cuentan y en el que las metas de enseñanza del interno o residente se colocan en un nivel superior.

d) **Diseño de presupuestos y espacios de atención materna.** Las mujeres representan en México un poco más de la mitad de la población. De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2010, siete de cada diez mexicanas de más de 15 años han tenido al menos un hijo vivo, lo que indica que 71.6% de la población femenina con vida reproductiva en México ha necesitado atención médica durante el período de embarazo, parto y puerperio. El marco jurídico que regula las condiciones de ciudadanía les otorga igualdad de derechos. Ellas pagan impuestos al igual que los hombres. Sin embargo, ha sido claro que el diseño de presupuestos y, en particular, de los espacios de atención perinatal, se realiza desde la mirada androcéntrica del varón. Ahora se habla de presupuestos con perspectiva de género.

Por ello y en aras de generar el parto humanizado y la interculturalidad, el mismo modelo de atención recomienda diferentes posturas para llevar a cabo un parto placentero y humanizado, así como las ventajas:

El parto en posición vertical

La posición vertical es aquella en la cual el torso de la mujer y su canal pelviano oscilan dentro de un ángulo de 45 ° y 90° con respecto al plano horizontal.

Las diferentes posiciones verticales (que involucran la gravedad), pueden ser:

- Sentada (Pueden utilizar silla o banqueta obstétrica);
- Semidecúbito (tronco inclinado hacia atrás 45° con respecto a la vertical);
- De rodillas;
- En cuclillas. Una versión es pegando los talones a los glúteos, con el peso hacia atrás (con la ayuda de preferencia de un cojín de parto o una persona para sostener la espalda). Otra es con los talones levantados y las pompas más arriba, sostenida en una barra.
- Parada (Sostenida de otra persona o de un implemento: barra, rama, hamaca cuerda).

Ventajas de la posición vertical:

- Efectos respiratorios: El peso del útero, bebé, placenta, líquido amniótico y sangre, favorecen que la matriz descienda y no se ejerza presión sobre los pulmones. Esto aumenta la capacidad respiratoria y por consiguiente la oxigenación de la madre y el bebé. El respirar con menor resistencia, también ayuda a la relajación de la madre que ya no siente inquietud por que no puede respirar bien.
- Efectos mecánicos y de la gravedad: La acción positiva de las fuerzas de la gravedad favorece el encaje y descenso del feto, estimándose que la madre gana entre 30 a 40 milímetros de mercurio en valores de presión intrauterina cuando adopta la posición vertical. Esta postura también favorece un mejor acomodamiento del feto para su paso a través de la pelvis (“ángulo de dirección”). Una vez iniciado el trabajo de parto la inspiración profunda que realiza la mujer hace descender el diafragma, lo cual se complementa con la acción contráctil de la prensa abdominal: entre ambas acciones se impulsa al bebe hacia la abertura vulvar, como única salida. Él nene, una vez iniciado su descenso, estimulado por las contracciones uterinas y por su propio peso, no puede retroceder. Para llevar a cabo esta acción, es necesario que la parturienta esté sentada o en cuclillas, de manera que los músculos se tensen y ejerzan su fuerza sobre la zona que debe abrirse; cuando la mujer está acostada se anula la acción fisiológica de esta musculatura. Acostarla implica privarla de un instrumento clave para parir.
- Disminución de los riesgos de compresión aorto-cava y mejoría de los resultados ácido-base en los recién nacidos. Con ello se previene la aparición de dos cuadros que pueden originar sufrimiento fetal, ambos relacionados con la posición de decúbito dorsal de la embarazada: síndrome supino-hipotensivo (producido por la compresión de la cava inferior por el útero grávido) y el efecto Poseiro (causado por la compresión de la aorta abdominal y/o arterias ilíacas internas contra la columna vertebral por el útero contraído).
- Eficiencia de la combinación matriz - prensa abdominal. Se establece una sinergia entre las contracciones uterinas más fuertes y eficientes que la posición vertical estimula 17, 18, con el esfuerzo del diafragma y músculos abdominales durante el pujo. Esto implica también menor uso de la oxitócina y menos riesgos de alteraciones de los latidos cardiacos fetales.
- Disminuye de la duración del trabajo de parto, tanto la del periodo de dilatación como la del expulsivo.

- La amniorrexis espontánea se produce más tardíamente. La integralidad de la bolsa disminuye las posibilidades de riesgo para el bebé y además le permite adaptarse mejor al canal del parto.
- La terminación espontánea es más frecuente, reduciéndose la incidencia de episiotomías y desgarros. Las complicaciones del alumbramiento son menos frecuentes.
- La posición vertical disminuye la posibilidad de prolapso de cordón, pues no deja hueco entre la cabeza y el cuello. Aun cuando la bolsa de aguas esté rota y con la presentación no encajada, no se desaconsejan la deambulación y la posición vertical.
- Se proporcionan beneficios psicoefectivos importantes a la madre, como la reducción del dolor, sensación de libertad, de control, de participación, y de mayor satisfacción durante y después del parto.
- Cuando el cuerpo se encuentra en vertical reproduce el esquema corporal que adquirió durante la niñez para realizar las funciones expulsivas de defecar y orinar, es decir, reproduce el modelo original y pone en marcha la memoria de funciones biológicas naturales.

Fundamentos culturales

Históricamente las diferentes variedades de posiciones verticales han sido utilizadas por las culturas de todo el mundo. Existen referencias históricas en Australia, Turquía, India, África, Europa, Mesoamérica y Sudamérica.

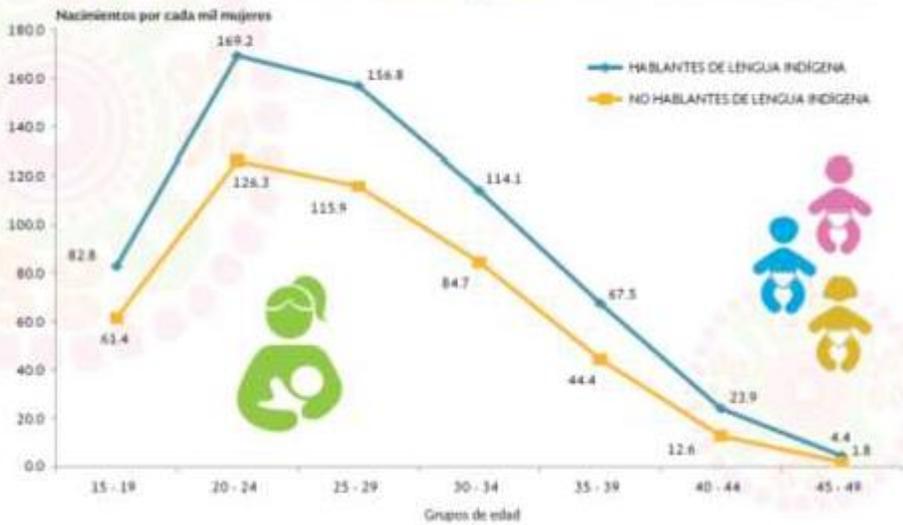
Asimismo, en muchos países del mundo, la población de origen indígena sigue utilizando las posiciones verticales y en algunos han demandado su incorporación en los Servicios de Salud. Perú ya cuenta con una Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación intercultural. Lo interesante es que también en otras naciones la población en general ha demandado esta posición debido a sus ventajas fisiológicas, psicológicas, culturales y sociales.

Por lo que respecta a México, principalmente en Oaxaca, Chiapas y Guerrero, las mujeres indígenas siguen llevando a cabo estas buenas prácticas y cada vez más parteras se han ido certificando con las diferentes instituciones de salud que operan en las diferentes regiones.

En este sentido y con base en la información emitida por la Comisión Nacional de Población (Conapo) en la República Mexicana hay 121.0 millones de personas¹ y, de acuerdo a la Encuesta Intercensal de 2015, 21.5 por ciento se considera indígena de acuerdo con su cultura, historia y tradiciones, 1.6 por ciento se considera en parte indígena y 74.7 por ciento no se reconoce como indígena; sin embargo, sólo 6.5 por ciento de la población de tres años y más habla alguna lengua indígena.

Las mujeres hablantes de lengua indígena tienen en promedio 3.1 hijos nacidos vivos, casi un hijo más respecto al número promedio de hijos de los no hablantes de lengua indígena (2.2 hijos).

Tasas específicas de fecundidad de hablantes y no hablantes de lengua indígena, 2015



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en Encuesta Intercensal 2015.

La fecundidad de las adolescentes hablantes de lengua indígena (82.8 nacimientos por cada mil mujeres entre 15 y 19 años) es mayor a la que presentan las adolescentes no hablantes de lengua indígena (61.4 nacimientos).

Tanto en hablantes como en no hablantes de lengua indígena la fecundidad máxima se alcanza en las mujeres de 20 a 24 años, seguida por las de 25 a 29 años.

La proporción de población hablante de lengua indígena afiliada a alguna institución de salud es de 84.9 por ciento, y de población no hablante de lengua indígena afiliada es de 82.5 por ciento.

La población hablante de lengua indígena está afiliada en mayor medida al Seguro Popular, mientras que los no hablantes de lengua indígena al Seguro Popular y al IMSS, casi en la misma proporción.

Con base en dichas cifras y más los datos recabados por la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016, que por primera vez incluyó 12 preguntas para conocer la experiencia de las mujeres de 15 a 49 años durante su último parto, 11 por ciento de las mujeres que tuvieron un hijo durante los últimos cinco años previos a la encuesta, recibieron gritos o regaños por parte del personal médico o de trabajo social; 10 por ciento se quejó de no ser atendida con celeridad porque el personal dijo que se quejaba mucho. Al mismo tiempo, 10 por ciento de las mujeres refirieron no haber sido informadas de la necesidad del procedimiento de cesárea y, 9 por ciento dijeron haber sido presionadas para aceptar un dispositivo anticonceptivo u operación (Castro y Frías, 2017).

	%
Abuso y violencia	
La obligaron a permanecer en posición incómoda o molesta	9.2
Le gritaron o regañaron	11.2
Le dijeron cosas ofensivas o humillantes	7.0
La ignoraban al preguntar sobre parto o bebé	9.9
Se negaron a anestésicarla o aplicar bloqueo para disminuir dolor sin dar explicaciones	4.9
Tardaron mucho tiempo en atenderla porque decían que gritaba o se quejaba mucho	10.3
Le impidieron ver, cargar o amantar al bebé	3.2
Atención no autorizada	
Colocaron anticonceptivo o esterilizaron sin preguntar o avisar	4.2
Presionaron para que aceptara un dispositivo u operación	9.2
Obligar a firmar algún papel	1.7
No le informaron de que era necesaria cesárea	10.2
Dio permiso para cesárea	9.6
Cualquiera de las anteriores	33.2

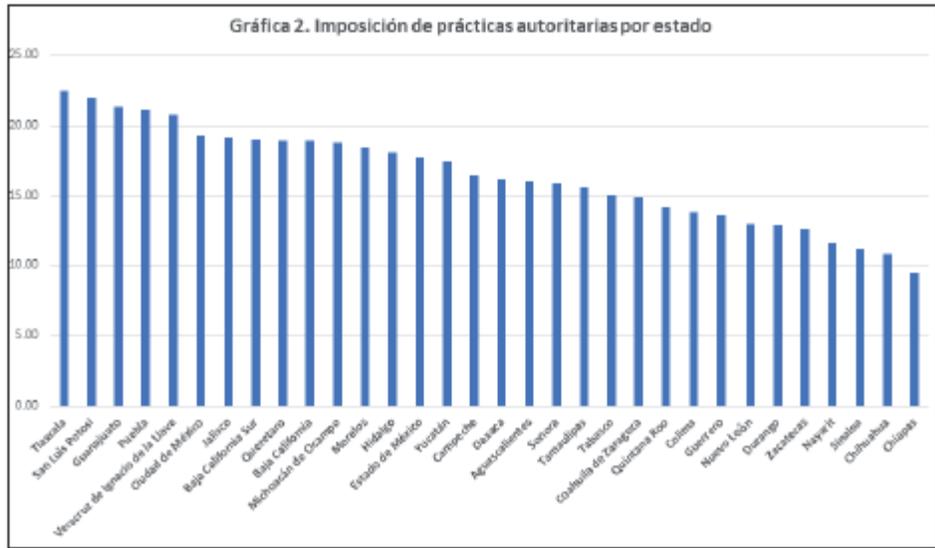
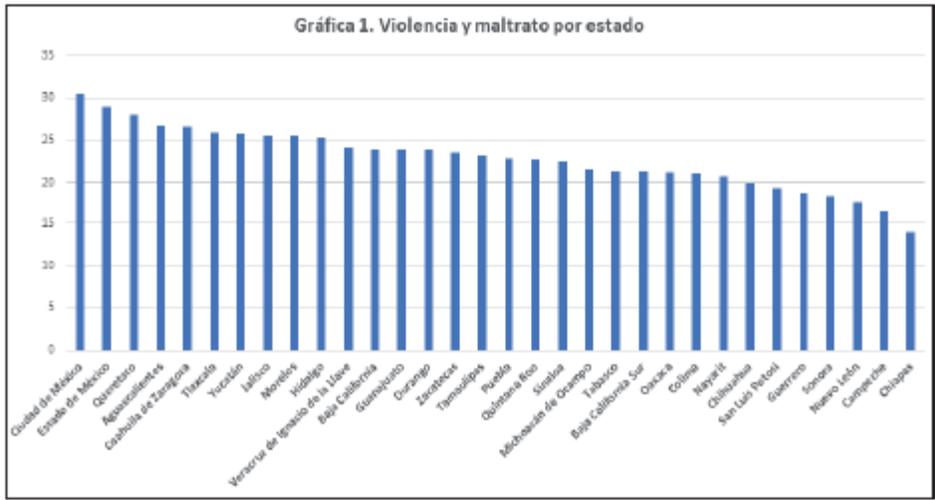
Tabla 1. Actos constitutivos de violencia obstétrica en México, según la ENDIREH (Castro y Frías, 2017).

Al totalizar el conjunto de formas de abuso, se tiene que 33.2 por ciento de las mujeres de 15 a 49 años que tuvieron un hijo nacido vivo en los últimos 5 años, sufrieron una o varias formas de abuso durante el parto (Castro y Frías, 2017: 5).

Las prácticas que se han denominado como violencia y maltrato hacia las mujeres gestantes (gritos, ofensas, amenazas, omisiones y castigos) la Ciudad de México es la entidad con la más alta proporción de reportes (30.5 por ciento), seguida de un segundo grupo de entidades con una proporción superior a 25 por ciento: estado de México, Querétaro, Aguascalientes, Coahuila, Tlaxcala, Yucatán, Jalisco, Morelos e Hidalgo (Castro y Frías, 2017).

Por otro lado, las prácticas que han sido catalogadas como no autorizadas porque violentan el derecho de autonomía y de libre decisión de las mujeres sobre su cuerpo como procedimientos autoritarios para imponer un método anticonceptivo a las mujeres o para realizar una cesárea, tiene las prevalencias más altas en los estados de Tlaxcala, San Luis Potosí, Guanajuato, Puebla y Veracruz, con porcentajes arriba de 20 por ciento.

En el caso de la colocación del dispositivo intrauterino (DIU) o a la esterilización sin el consentimiento de las mujeres², las prevalencias más altas, según el reporte de las mujeres, se registran para Baja California y Puebla (6.7 por ciento), seguidas de Veracruz (6.5 por ciento), y Tabasco, estado de México y San Luis Potosí (con prevalencias arriba de 5 por ciento).



En consecuencia, durante el periodo 2015-2018, la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) emitió 44 recomendaciones a distintas instituciones gubernamentales y de salud pública respecto a casos de violaciones al derecho a una vida libre de violencia obstétrica. Al final de dicho periodo, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) había acumulado 21 recomendaciones en esta materia, las otras 23 recomendaciones fueron

emitidas a los gobiernos estatales de Puebla, Chiapas, Tabasco, Veracruz, Oaxaca, Morelos y Tamaulipas, así como al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

En segunda instancia nos cuestionamos la forma en que el tema ha sido abordado en otras geografías, en América, por ejemplo, sólo dos países han legislado en materia específica de violencia obstétrica. En 2007, Venezuela se convirtió en el primer país del continente en publicar una ley sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, en ella se reconocieron diecinueve formas de violencia contra la mujer, entre las que destacó la violencia obstétrica. En 2009, Argentina promulgó la Ley de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la Violencia contra las Mujeres en los Ámbitos en que Desarrollen sus Actividades en la que, como Venezuela, se definieron distintas modalidades de violencia hacia las mujeres, de las cuales formó parte violencia obstétrica.

Las leyes promulgadas en Argentina y Venezuela en torno a la violencia obstétrica otorgan la definición así como las conductas específicas para su constitución³, además de la sanción que corresponde a quien la ejerza. En la siguiente tabla se presenta la comparativa de ambos países.

Tabla 2. Legislación sobre violencia obstétrica en otros países (Quattrocchi, 2018).

	Venezuela	Argentina
Definición	<p><i>“Se entiende por violencia obstétrica la 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, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres”</i></p>	<p><i>“Aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929”</i></p>
Conductas	<ul style="list-style-type: none"> • No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas. • Obligar innecesariamente a parir en posición supina y con las piernas levantadas. • Impedir sin causa el apego, alterar injustificadamente el proceso natural del parto mediante técnicas de aceleración y practicar cesáreas innecesarias. • Aunque erróneamente no se le considera propiamente violencia obstétrica, se agrega la esterilización forzada 	<p>El reglamento que complementa este texto legal define trato deshumanizado como:</p> <p><i>“El trato cruel, deshonroso, descalificador, humillante o amenazante ejercido por el personal de salud en el contexto de la atención del embarazo, parto y postparto, ya sea a la mujer o al/la recién nacido/a, así como en la atención de complicaciones de abortos naturales o provocados, sean punibles o no”</i></p>
	Dos clases de sanciones:	La Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los

Sanción	a) Pena privativa de libertad. Sólo en los casos de esterilización forzada.	<i>Ámbitos en que Desarrollen sus Actividades no contempla medidas de sanción para los casos de violencia obstétrica.</i>
	b) Penas pecuniarias: Otras manifestaciones de violencia obstétrica.	Por su parte, la Ley de Parto Humanizado sólo sanciones administrativas cuya gravedad es determinada discrecionalmente por la autoridad que la aplica.

De manera semejante en 2013 Bolivia legisló en materia de violencia de género que, si bien no definió la violencia obstétrica como una modalidad de las violencias ejercidas sobre las mujeres, abordó el problema a través de la definición violencia de los derechos reproductivos y la violencia en servicios de salud. En el mismo tenor, Brasil y El Salvador legislaron en favor de los servicios de salud maternos que impulsan un parto digno, humanizado y respetado.

A diferencia de América Latina ningún país de Europa ha legislado en relación a la violencia obstétrica ejercida sobre mujeres a pesar de ser un tema discutido en los círculos de las organizaciones de la sociedad civil que promueven los derechos humanos y los derechos de las mujeres, pugnando por un parto más humano y respetuoso. (Quattrocchi, 2018). Así pues, en el plano internacional México es considerado uno de los países pioneros en la legislación sobre la violencia obstétrica (junto con Venezuela y Argentina) (Quattrocchi, 2018; Díaz, L. y Fernández, Y., 2018), contando actualmente con la Ley General de Acceso de la Mujeres a una Vida Libre de Violencia, no obstante, en esta legislación aún no se contempla dentro de las modalidades de violencia la violencia obstétrica.

En consonancia con lo anterior, una de las tareas pendientes para el Estado mexicano es cumplir con los compromisos internacionales suscritos en la materia, como es el caso de la Convención sobre la Eliminación de Toda Forma de Discriminación contra la Mujer, CEDAW, por sus siglas en inglés, cuyo comité ha exhortado a armonizar las leyes federales y estatales para calificar la violencia obstétrica como una forma de violencia institucional y por razón de género, de conformidad con la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, y garantice el acceso efectivo a la justicia y a medidas integrales de reparación a todas las mujeres víctimas de la violencia obstétrica.

Resaltando que la atención con perspectiva de género e interculturalidad debe entenderse que esta última refiere a la atención con pertinencia cultural, es decir, la aplicación del principio del derecho a la diferencia en su sentido positivo, para brindar la atención en materia de salud adecuado a su cultura indígena.

Por las razones expuestas, se somete a consideración de esta soberanía la siguiente iniciativa con proyecto de decreto con el que se reforma y adiciona diversas disposiciones a la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en materia de violencia obstétrica y a la Ley General de Salud.

Se expone a continuación un cuadro comparativo entre la legislación vigente y el texto normativo propuesto para una mejor comprensión del mismo:

Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia

Dice:	Debe decir:
<p>ARTÍCULO 6. Los tipos de violencia contra las mujeres son:</p> <p>I a V. ...</p> <p>Sin Correlativo</p> <p>VI. Cualesquiera otras formas análogas que lesionen o sean susceptibles de dañar</p>	<p>ARTÍCULO 6. Los tipos de violencia contra las mujeres son:</p> <p>I a V. ...</p> <p>VI. Violencia Obstétrica: Se refiere a toda acción u omisión de profesionales y personal de la salud en el ámbito público y privado, que cause 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 sexual o reproductiva; un trato cruel, inhumano o degradante; un abuso de la medicalización en los procesos biológicos naturales; la práctica innecesaria o no autorizada de intervenciones o procedimientos quirúrgicos; la manipulación o negación de información; y, en general, en cualquier situación que implique la pérdida o disminución de su autonomía y la capacidad de decidir, de manera libre e informada, a lo largo de dichas etapas.</p> <p>VII. Cualesquiera otras formas análogas que lesionen o sean susceptibles de dañar la dignidad, integridad o libertad de las mujeres.</p>

<p>la dignidad, integridad o libertad de las mujeres.</p>	
<p>ARTÍCULO 46. Corresponde a la Secretaría de Salud:</p> <p>I. En el marco de la política de salud integral de las mujeres, diseñar con perspectiva de género, la política de prevención, atención y erradicación de la violencia en su contra;</p> <p>II a X. ...</p> <p>XI. Capacitar al personal del sector salud, con la finalidad de que detecten la violencia contra las mujeres;</p> <p>XII a XIV. ...</p>	<p>ARTÍCULO 46. Corresponde a la Secretaría de Salud:</p> <p>I. En el marco de la política de salud integral de las mujeres, diseñar con perspectiva de género, pertinencia cultural, la política de prevención, atención y erradicación de todas las formas de violencia en su contra, incluida la obstétrica;</p> <p>II a X. ...</p> <p>XI. Capacitar al personal del sector salud con perspectiva de género y pertinencia cultural con la finalidad de que detecten todas las formas de violencia incluidas la institucional y obstétrica.</p>

Ley General de Salud

Dice	Debe decir
<p>Artículo 61. El objeto del presente Capítulo es la protección materno-infantil y la promoción de la salud materna, que abarca el periodo que va del embarazo, parto, post-parto y puerperio, en razón de la condición de vulnerabilidad en que se encuentra la mujer y el producto.</p> <p>La atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende, entre otras, las siguientes acciones:</p> <p>I. La atención integral de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, incluyendo la atención psicológica que requiera;</p> <p>I Bis a VI. ...</p>	<p>Artículo 61. El objeto del presente Capítulo es la protección materno-infantil y la promoción de la salud materna, que abarca el periodo que va del embarazo, parto, post-parto y puerperio, en razón de la condición de vulnerabilidad en que se encuentra la mujer y el producto.</p> <p>La atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende, entre otras, las siguientes acciones:</p> <p>I. La atención integral, libre de violencia y con pertinencia cultural a la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, incluyendo la atención psicológica que requiera;</p>
<p>Artículo 62. En los servicios de salud se promoverá la organización institucional de comités de prevención de la mortalidad materna e infantil, a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes.</p>	<p>Artículo 62. En los servicios de salud se promoverá la organización institucional de comités de prevención de la mortalidad materna e infantil y de eliminación de la violencia obstétrica, a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes.</p>
<p>Artículo 64. En la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, las autoridades sanitarias competentes establecerán:</p>	<p>Artículo 64. En la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, las autoridades sanitarias competentes establecerán:</p>
<p>I a IV. ...</p> <p>Sin correlativo</p>	<p>I a IV. ...</p> <p>V. Las acciones institucionales necesarias para identificar, prevenir y erradicar la violencia obstétrica contra las mujeres, asegurando trato digno y con pertinencia cultural durante el embarazo, parto y puerperio garantizando el derecho al parto humanizado.</p>

Por lo expuesto, sometemos a consideración de la Cámara de Diputados del honorable Congreso de la Unión, la iniciativa con proyecto de

Decreto que reforma y adiciona diversas disposiciones de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia y de la Ley General de Salud

Primero. Se adiciona una nueva fracción VI, recorriendo en su orden la subsecuente fracción del artículo 6; reforma la fracción I y XI del artículo 46 de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, para quedar como sigue:

Artículo 6. ...

VI. Violencia obstétrica: Se refiere a toda acción u omisión de profesionales y personal de la salud en el ámbito público y privado, que cause 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 sexual o reproductiva; un trato cruel, inhumano o degradante; un abuso de la medicalización en los procesos biológicos naturales; la práctica innecesaria o no autorizada de intervenciones o procedimientos quirúrgicos; la manipulación o negación de información; y, en general, en cualquier situación que implique la pérdida o disminución de su autonomía y la capacidad de decidir, de manera libre e informada, a lo largo de dichas etapas.

VII. Cualesquiera otras formas análogas que lesionen o sean susceptibles de dañar la dignidad, integridad o libertad de las mujeres.

Artículo 46. ...

I. En el marco de la política de salud integral de las mujeres, diseñar con perspectiva de género, **pertinencia cultural**, la política de prevención, atención y erradicación de todas las formas de violencia en su contra, incluida la **obstétrica**;

II. a X. ...

XI. Capacitar al personal del sector salud con perspectiva de género y pertinencia cultural con la finalidad de que detecten todas las formas de violencia incluidas la institucional y obstétrica.

XII. a XIV. ...

Segundo. Se reforma la fracción I del artículo 61; reforma el artículo 62; y se adiciona la fracción V al artículo 64 de la Ley General de Salud, para quedar como sigue:

Artículo 61. ...

I. La atención **integral, libre de violencia y con pertinencia cultural** a la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, incluyendo la atención psicológica que requiera;

I Bis a VI. ...

Artículo 62. En los servicios de salud se promoverá la organización institucional de comités de prevención de la mortalidad materna e infantil **y de eliminación de la violencia obstétrica**, a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes.

Artículo 64. ...

V. Las acciones institucionales necesarias para identificar, prevenir y erradicar la violencia obstétrica contra las mujeres, asegurando trato digno y con pertinencia cultural durante el embarazo, parto y puerperio garantizando el derecho al parto humanizado.

Transitorio

Artículo Único. El presente decreto entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Notas

1 Cerca de 19 por ciento de las mujeres de 15 a 49 años tuvo al menos un hijo nacido vivo en los últimos 5 años, lo que representa a alrededor de 8.7 millones de mujeres.

2 Este tipo de prácticas son contempladas como un delito en diversos códigos penales estatales.

3 En el caso argentino, estas conductas son abordadas con detalle en la ley 25.929 o Ley de Parto Humanizado, publicada en 2004.

Referencias

Castro, R. y Frías, S. 2017. Violencia Obstétrica en México: resultados de la ENDIREH 2016. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM).

Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), 2015. Informe GIRE 2015. Obtenido de:

<http://informe2015.gire.org.mx/#/marco-normativo-violencia-obstetrica>

Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (2017). Diagnóstico sobre la victimización a causa de la violencia obstétrica en México. Obtenido de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/194701/Diagnostico_VO_p_ort.pdf

Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Diario Oficial de la Federación, 1 de febrero de 2007.

Díaz, I. y Fernández, Y. (2018). "Situación legislativa de la violencia obstétrica en América Latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile." *Revista de Derecho* de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, (51)123-143.

Quattrocchi, Patrizia. (2018). Violencia obstétrica. Aportes desde América Latina. *Periódico do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Gênero e Direito*, v.7, 20-46.

Comisión Nacional de Derechos Humanos. Base de datos. Consultado en: <http://www.cndh.org.mx/Recomendaciones>

Barbara, V. (13 de marzo de 2019). ¿Por qué en América Latina, una región que dice amar a las madres, reina la violencia obstétrica? *New York Times*. Recuperado de:

https://www.nytimes.com/es/2019/03/13/violencia-obstetrica-america-latina/Infografía_población_indígena_Conapo_2015.

<https://www.gob.mx/conapo/es/documentos/infografia-de-la-poblacion-indigena-2015>

Nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio. 2012

<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/.../Nacimientohumanizado.pdf>

La Atención Intercultural del trabajo de parto en posición vertical en los servicios de salud. Dirección de medicina tradicional y desarrollo. 2008

<http://www.omm.org.mx/images/stories/documentos/Parteria/Mexico2008.pdf>

Modelo de Atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque Humanizado, Intercultural Y Seguro. . <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29343/GuiaImplantacionModeloPartopdf> .

Dado en Cámara de Diputados del honorable Congreso de la Unión, a veinticuatro de septiembre de 2019.

Diputados: Melba Nelía Farías Zambrano, Ana Patricia Peralta de la Peña y Armando Contreras Castillo (rúbricas).