



J. Ricardo Fuentes G.
Diputado del Congreso de la Ciudad de México,
I Legislatura.

morena
La esperanza de México

Ciudad de México **28 de mayo** del 2020
Oficio N° CCM/IL/JRFG/C19-32/20

**COORDINACIÓN DE SERVICIOS PARLAMENTARIOS
CONGRESO DE LA CIUDAD DE MÉXICO
I LEGISLATURA
PRESENTE.**

De conformidad con lo establecido por los artículos 5 fracción I, 82, 95 Fracción II y 118 del Reglamento del Congreso de la Ciudad de México, le solicito de manera respetuosa, **sírvase enlistar en el Orden del Día de la próxima Sesión Ordinaria del año en curso**, la presente Iniciativa con proyecto de Decreto bajo el siguiente título:

INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR LA QUE SE REFORMAN y ADICIONAN DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL, EN MATERIA DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Sin más por el momento, le envío un afectuoso saludo y adjunto al presente la iniciativa referida.

ATENTAMENTE



DIP. JESÚS RICARDO FUENTES GÓMEZ

**DIP. ISABELA ROSALES HERRERA
PRESIDENTA DE LA MESA DIRECTIVA
DEL CONGRESO DE LA CIUDAD DE MÉXICO
I LEGISLATURA
PRESENTE.**

El que suscribe, Diputado JESÚS RICARDO FUENTES GÓMEZ, integrante del Grupo Parlamentario Morena ante la I Legislatura del Congreso de la Ciudad de México, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 122, apartado A, Base II, primer párrafo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 29, apartado A, numeral 1, apartado D, inciso a); 30, numeral 1, inciso b); 6, apartado F, numeral 2 de la Constitución Política de la Ciudad de México; 12, fracción II, de la Ley Orgánica del Congreso de la Ciudad de México; 5, fracción I; 82, 95, fracción II y 96 del Reglamento del Congreso de la Ciudad de México, someto a la consideración de este H. Congreso de la Ciudad de México, la presente **INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR LA QUE SE REFORMAN DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL**, con base en la siguiente:

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La violencia de género presenta múltiples formas de agravio sobre la integridad, dignidad, derecho de expresión y libre tránsito de la mujer, incluido el derecho a la vida. Dentro de las diferentes formas en que se manifiesta la violencia hacia la mujer, se ha dejado de lado un aspecto que, sin duda, resulta ineludible reflexionar hoy en día: el de "la violencia obstétrica", mismo que todavía sufren millones de mujeres en una etapa tan importante de su vida reproductiva.

El parto es uno de los momentos más significativos y trascendentales en la vida de una mujer, de tal modo que lo que sucede durante éste, queda marcado en la vida tanto de la madre como del bebé. A pesar de los importantes debates e investigaciones que se han desarrollado durante muchos años, el concepto de "normalidad" durante el trabajo de parto y el parto mismo, no es universal ni está estandarizado. En las últimas dos décadas, se ha producido un aumento considerable en la aplicación de ciertos medicamentos como parte de las prácticas de trabajo de parto que permiten iniciar, acelerar, terminar, regular o vigilar dicho proceso fisiológico, con el fin de mejorar los resultados tanto para las mujeres como para los bebés. Esta medicación creciente en dichos procesos de parto, tiende a debilitar la capacidad de la mujer de dar a luz y afecta de manera negativa su experiencia de parto. Además, el mayor uso de intervenciones en el trabajo de parto sin indicaciones claras, continúa ampliando la brecha sanitaria en cuanto a la equidad entre entornos con muchos y pocos recursos.

Hoy en día, cada vez se habla más acerca de partos y cesáreas humanizadas y de respetar los derechos de las madres al momento de nacer sus bebés. Durante un parto humanizado, la madre toma absoluto control respecto a la manera en que desea parir, decidiendo en todo momento algo tan sencillo como la posición que tomará durante su labor de parto, convirtiéndose junto a su pareja o familiar que la acompañe, en protagonistas de este evento tan importante en sus vidas. Por el contrario, en un parto "normal" el médico es quien toma todas las decisiones respecto a la manera en que se llevará a cabo todos los procesos que conducen al parto, abusando en muchas ocasiones, de esta facultad que tienen como profesionales de la salud.

El tema de la violencia obstétrica se deriva del desconocimiento que da por sentado que las prácticas llevadas a cabo en los hospitales son innecesarias y realizadas por simple rutina, como es el caso de la tricotomía; la venoclisis o la episiotomía, las cuales no son absolutamente necesarias en todos los casos, restándole en consecuencia, naturalidad al parto.

Tomando en cuenta las actitudes y acciones que la definen, la violencia obstétrica comprende todas aquellas prácticas irrespetuosas y agresivas ejercidas por el personal médico hacia la mujer gestante durante la atención del parto, lo cual se generaliza en todos los servicios de salud no sólo de Latinoamérica y de México, sino de todo el mundo, por lo que se considera como uno de los tipos más extendidos de violencia de género, reforzando además los prejuicios en la atención hacia las mujeres, motivo por el cual la violencia obstétrica es considerada también como un tipo de violencia institucional, producto del patriarcado y expresada en relaciones de poder que legitiman y naturalizan una serie de procedimientos, entre los que se da¹:

a) Una apropiación del cuerpo de la mujer y de los procesos fisiológicos presentes durante el embarazo, el trabajo de parto, el periodo expulsivo del mismo, el alumbramiento de la placenta y la atención de la o el recién nacido y del puerperio en la mujer.

b) Un trato deshumanizador hacia la mujer, un abuso de la medicación y una patologización de los procesos naturales, trayendo consigo la pérdida de autonomía y de la capacidad de decisión de parte de las mujeres durante su embarazo, parto y puerperio, lo cual mengua sus derechos humanos.

Todo lo anterior comprende una serie de acciones que van desde el maltrato físico; humillación y abuso verbal; procedimientos autoritarios para imponer desde la posición corporal que debe adoptar la mujer para el parto, prácticas quirúrgicas "de rutina" para facilitar la expulsión del bebé (episiotomía); imposición en la aplicación de métodos

¹ Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. SECRETARÍA DE SALUD GÉNERO Y SALUD en cifras - Vol. 8 • N° 3
Septiembre – Diciembre 2010

anticonceptivos o para realizar la cesárea, violación a la confidencialidad y a la privacidad de su intimidad; obtención de consentimientos de forma involuntaria o con deficiencia en la información; negación al tratamiento solicitado por la mujer en trabajo de parto; detención de las mujeres y los recién nacidos en las instalaciones hospitalarias debido a la imposibilidad de pagar el servicio, por mencionar sólo algunos ejemplos.

Para un gran número de mujeres atendidas durante el embarazo, parto y puerperio, la violencia obstétrica representa una condición de sufrimiento innecesario, insatisfacción generalizada, violación a sus derechos humanos y un riesgo para su salud, lo cual se extiende hacia sus bebés.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente 140 millones de nacimientos tienen lugar cada año en todo el mundo. La mayoría de éstos ocurren sin complicaciones para las mujeres y sus bebés. Sin embargo, en los últimos 20 años, los profesionales han aumentado el uso de intervenciones que anteriormente sólo se usaban para evitar riesgos o tratar complicaciones, como el uso de oxitocina para acelerar el trabajo de parto (medicalización durante el parto), así como el incremento en la práctica de las cesáreas, en muchas ocasiones para comodidad del médico y su agenda.²

La OMS asegura que *"si el parto progresa normalmente y la mujer y su bebé están en buenas condiciones, no necesitan recibir intervenciones adicionales para acelerar el parto"*; ante ello, la OMS emitió recientemente 56 nuevas recomendaciones para establecer estándares globales de atención para las mujeres embarazadas sanas y reducir las intervenciones médicas innecesarias, colocando a la mujer en el centro para una mejor experiencia durante el parto. Estas recomendaciones se encuentran basadas en evidencia respecto a cuáles deben ser los cuidados necesarios durante el trabajo de parto e inmediatamente después de éste, tanto para la mujer como para su bebé. Además de que buscan establecer normas de buenas prácticas para llevar adelante un trabajo de parto y un parto sin complicaciones. Promueve el concepto de la experiencia en la atención como un aspecto fundamental para asegurar una atención de alta calidad en el trabajo de parto y el parto, así como mejores resultados y no simplemente como un complemento de las prácticas clínicas de rutina. Es relevante para todas las embarazadas sanas y sus bebés, tomar en cuenta que el parto es un proceso fisiológico que se puede llevar a cabo sin complicaciones para la gran mayoría de las mujeres. En dichas recomendaciones se reconoce una "experiencia de parto positiva", así como un desenlace trascendente para todas las mujeres en trabajo de parto.³

Entre estas recomendaciones destacan:

I. ATENCIÓN RESPETUOSA DE LA MATERNIDAD (ARM)

² <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2018/positive-childbirth-experience/en/#>

³ https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- II. COMUNICACIÓN EFECTIVA (Entre prestadores de atención y las mujeres en trabajo de parto)
- III. ACOMPAÑAMIENTO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y EL PARTO
- IV. LAS EMBARAZADAS SANAS DEBEN DECIDIR LIBREMENTE LA POSICIÓN QUE QUIERE ASUMIR DURANTE EL PARTO Y NO OBLIGARLAS A LA POSICIÓN DE LITOTOMÍA (ACOSTADA BOCA ARRIBA) DURANTE EL TRABAJO DE PARTO.
- V. **NO SE RECOMIENDA LA TRICOTOMIA (RASURADO PÚBLICO O PERINEAL "DE RUTINA")**
- VI. **NO SE RECOMIENDA LA AMNIOTOMIA TEMPRANA NI "DE RUTINA".**
- VII. **NO SE JUSTIFICA EL USO "RUTINARIO" DE EPISIOTOMÍA (INCISIÓN PARA AMPLIAR LA ABERTURA VAGINAL.**
- VIII. **NO SE RECOMIENDA LA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA DE "RUTINA" PARA MUJERES CON PARTO VAGINAL SIN COMPLICACIONES NI CON EPISIOTOMÍA REALIZADA.**
- IX. SE DEBE MANTENER A LOS RECIÉN NACIDOS SIN COMPLICACIONES EN CONTACTO PIEL CON PIEL (CPP) CON SUS MADRES DURANTE LA PRIMERA HORA DESPUÉS DEL NACIMIENTO PARA PREVENIR LA HIPOTERMIA Y PROMOVER LA LACTANCIA.
- X. **NO SE RECOMIENDA LA ASPIRACIÓN NASAL U ORAL "DE RUTINA" EN NEONATOS NACIDOS CON LÍQUIDO AMNIÓTICO CLARO QUE COMIENZAN A RESPIRAR POR SU PROPIA CUENTA AL NACER.**

Desde 2007, diversos países del contexto latino-americano han adoptado leyes en contra de la violencia obstétrica, siendo Venezuela el primer país que lo definió formalmente como *"la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por el personal, que se expresa 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, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres"*.⁴ Por su parte, Argentina incluye este término dentro de su normatividad de Protección Integral a las Mujeres en el 2009, como una modalidad de la violencia.⁵

En México, son ya 20 de las 32 entidades federativas las que cuentan con reglamentación específica sobre la violencia obstétrica. Veracruz fue el primer Estado en incorporar dentro de su orden jurídico el concepto de violencia obstétrica en 2008 dentro de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz. El resto de los estados que han ido legislando desde entonces en dicha materias son:




⁴ <https://www.gaceta.unam.mx/padecen-mujeres-violencia-obstetrica-en-mexico/>

⁵ CNDH. RECOMENDACIÓN GENERAL No. 31/2017 SOBRE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-07/RecGral_031.pdf

Aguascalientes, Baja California, Coahuila, Tlaxcala, Nayarit, Chiapas, Guanajuato, Durango, Chihuahua, Quintana Roo, Tamaulipas, Campeche, Colima, Estado de México, Hidalgo, Morelos, Puebla, Querétaro y San Luis Potosí. Cabe destacar que en Veracruz, Guerrero, Chiapas y Estado de México, tal conducta se encuentra tipificada como delito en el Código Penal de la entidad.⁵

Para una mayor claridad, se precisa la regulación de la violencia obstétrica en las entidades



-  La prevén como tipo y/o modalidad de violencia en su ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia.
-  La tipifican como delito en su código penal.
-  La prevé en la Ley de Salud del Estado de Durango.

federativas a través del siguiente mapa ejemplificativo.

En el caso específico de la Ciudad de México, la inclusión del término “violencia obstétrica” se encuentra dentro de la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal, desde marzo del 2015.

Es un hecho contundente que millones de mujeres mexicanas han experimentado violencia obstétrica, en instituciones de salud tanto públicas como privadas. De acuerdo con el INEGI, entre 2011 y 2016, el 33.4% de las mujeres de 15 a 49 años que tuvieron un parto, sufrió algún tipo de maltrato por parte del personal que las atendió.⁶

La Ciudad de México tiene la más alta proporción de reportes con el 30.5%. Le siguen con el 25% Estado de México, Querétaro, Aguascalientes, Coahuila, Tlaxcala, Yucatán, Jalisco, Morelos e Hidalgo. Con más baja pero aún muy elevada prevalencia con el 20%, están

⁶ <https://www.insp.mx/avisos/5138-dia-violencia-mujer-obstetrica.html>

Chihuahua, SLP, Guerrero, Sonora Nuevo León y Campeche. Chiapas es la única entidad por debajo del 15%.

En atención no autorizada, con el 20% están Tlaxcala, SLP, Guanajuato, Puebla y Veracruz. Por debajo del 15% se ubican Coahuila, Quintana Roo, Colima, Guerrero, Nuevo León, Durango, Zacatecas, Nayarit, Sinaloa, Chihuahua. Y con prevalencia menor a 10%, Chiapas. En colocación de DIU o esterilización sin consentimiento, los porcentajes más altos son para Baja California y Puebla (6.7%), seguidas de Veracruz (6.5) y Tabasco, Estado de México y SLP (arriba de 5%). Con prevalencias más bajas están Chiapas, Colima, Campeche y Aguascalientes. Chihuahua es la única con prevalencia menor a 2%.⁷

VIOLENCIA Y MALTRATO

- El 11.2% sufrió gritos y regaños durante el parto.
- El 10.3% dijo que el personal se tardó "mucho en atenderla porque decían que gritaba o se quejaba mucho".
- El 9.9% fue ignorada cuando preguntaba sobre el parto o su bebé.
- El 9.2% fue obligada a permanecer en una posición incómoda o molesta.
- El 7% sufrió ofensas y humillaciones del personal.
- Casi el 5% de las mujeres señaló que el personal se negó a anestesiarla o ampliar el bloqueo para disminuir el dolor, sin dar explicaciones.
- Al 3.2%, tras el parto, le impidieron ver, cargar o amamantar a su bebé, durante más de 5 horas, sin explicación alguna; sin que les informaran qué causó la tardanza.

ATENCIÓN NO AUTORIZADA

- El 9.2% fue presionada para que le pusieran un dispositivo o la operaran para ya no tener hijos.
- Al 4.2% se les realizó alguno de estos procedimientos, sin avisarles o sin su consentimiento.
- El 1.7% reportó haber sido obligada a firmar un papel sin conocer de qué se trataba.
- Y al 10.6% de las mujeres que tuvieron cesárea, no se les informó con claridad que era necesaria y el 9.6% no otorgó su autorización.

Estudios realizados por investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) han documentado la violencia hacia las mujeres durante la atención del embarazo, parto y puerperio. *"Pregunté por la causa de la muerte de mi bebé, pero no quisieron darme ninguna explicación", "Recuerdo vagamente que me dio una hoja de papel para firmar y tomó mi mano para poner mi huella digital sin ninguna explicación" o "Si estamos aquí, es*

⁷ <https://www.gaceta.unam.mx/padecoen-mujeres-violencia-obstetrica-en-mexico/> (MARZO 5, 2020)

solo porque no tenemos dinero”, son testimonios de las mujeres que han sufrido abusos por parte de profesionales al recibir atención en los servicios de salud.⁸

Además del maltrato físico y verbal, otra de las formas de violencia en la atención obstétrica es la práctica injustificada de cesáreas en nuestro país. Durante los últimos 5 años, cerca de 8.7 millones de mujeres tuvo al menos un hijo nacido vivo; de ésta cifra, casi el 43% tuvo a su bebé por cesárea, según datos de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2016 (ENDIREH).⁹

El sector más vulnerable son las mujeres indígenas. En nuestro país hay más de seis millones de mujeres indígenas, lo que significa que 4.8 millones de éstas (el 80%) son víctimas de la violencia obstétrica. La situación es grave, debido a que según los datos oficiales, seis de cada 10 mujeres indígenas están en etapa reproductiva. En promedio, comienzan su vida sexual a los 16 años, aunque se reportan casos en que la edad disminuyó a los doce años.¹⁰

Cabe mencionar que bajo este contexto, desafortunadamente la Ciudad de México no es la excepción, dado que la violencia obstétrica que sufren las mujeres indígenas de la Capital, deriva de actos de discriminación, exclusión y una ausencia de acciones gubernamentales a partir de dos vías: la primera radica en la falta de capacitación hacia el personal perteneciente al Sistema de Salud en materia intercultural y derechos indígenas, lo cual impacta en la forma de entender el embarazo, el parto y puerperio por parte de las mujeres indígenas, independientemente del grupo étnico al que pertenezcan. La segunda, refiere a la condición biocultural del parto para este sector de la población, ya que es de entenderse que el proceso del embarazo, parto y puerperio, no es un acto folclórico ni anecdótico. Por el contrario, intervienen diversos factores de tipo cultural, desde la lengua materna hasta la utilización de la herbolaria y algunas prácticas ancestrales, como es el caso de la partería, que no se concibe como un mero procedimiento gineco-obstétrico unilateral. Sin duda, la ausencia de facilitadores interculturales profundiza la violencia obstétrica hacia las mujeres indígenas en particular y potencia las acciones de discriminación por parte del Sistema Local de Salud.

Por ello, integrar la perspectiva intercultural y de género al Sistema Institucional de Salud en nuestro país, y sobre todo en esta Ciudad, es de vital importancia para erradicar progresivamente la violencia obstétrica hacia este sector vulnerable de la población. Como claro ejemplo de este avance, podemos mencionar a los Estados de Chiapas e Hidalgo, que han establecido modelos de atención basados en la interculturalidad. Por ejemplo, en el Hospital de la Mujer de San Cristóbal de las Casas participan parteras y se usan prácticas tradicionales. Otro ejemplo es el del Hospital de la Comunidad de Teoceló, muy cerca de Xalapa, Veracruz, el cual tiene casi 20 años tratando de forma natural el parto con cero

⁸ <https://www.insp.mx/avisos/5138-dia-violencia-mujer-obstetrica.html>

⁹ <https://www.gaceta.unam.mx/padocem-mujeres-violencia-obstetrica-en-mexico/>

¹⁰ <https://www.eldictamen.mx/veracruz/bocs-ver/9-de-cada-10-mujeres-sufren-violencia-obstetrica-en-veracruz/>

muerdes materno-infantil. Ahí se aplica un modelo humanista, para volver a la naturalización del parto y atenderlo de manera natural desde la etapa pre-natal.¹¹

En esta entidad, la Secretaría de Pueblos y Barrios Originarios y Comunidades Indígenas Residentes (SEPI), ha llevado a cabo acciones que buscan fortalecer el trabajo de la partería tradicional en la Ciudad de México, planteando los múltiples desafíos y propuestas que logren dignificar a la partería dentro del Sistema de Salud de la Capital.¹² Es de recordar, que el reconocimiento, rescate y la práctica de la medicina tradicional, se encuentran plasmados en los artículos 9 y 59 de la Constitución Política de la Ciudad de México y es nuestra obligación como legisladores considerarlo para la adecuación de las leyes.

A pesar de múltiples estudios y de su incorporación en el marco legal de algunos países latinoamericanos y entidades federativas, en el caso particular de México la violencia obstétrica continúa pasando desapercibida en las políticas de calidad de los servicios de salud, así como en la discusión para la formación y práctica gineco-obstétrica.

¹¹ CNDH. RECOMENDACIÓN GENERAL No. 31/2017 SOBRE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.
www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-07/RecGral_031.pdf

¹² <https://www.sepi.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/boletin-32>

El sector salud cuenta con Normas Oficiales cuyo contenido regula los aspectos vinculados con la prestación de los servicios de salud materna, como procedimientos, expediente clínico, residencias médicas, infraestructura y equipamiento, señalando de manera enunciativa más no limitativa, las siguientes:

Normas Oficiales Mexicanas relacionadas

NOM-007-SSA2-2016 Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.

NOM-206-SSA1-2002 Regulación de los Servicios de Salud, que Establece los Criterios de Funcionamiento y Atención en los Servicios de Urgencias de los Establecimientos de Atención Médica.

NOM-090-SSA1-1994 Para la Organización y Funcionamiento de Residencia Médicas Objetivo y Campo de Aplicación.

NOM-001-SSA3-2012 Educación en salud. Para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas.

NOM-234-SSA1-2003 Utilización de Campos Clínicos, para Ciclos Clínicos e Internado de Pregrado.

NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico.

NOM-016-SSA3-2013 Establece las Características Mínimas de Infraestructura y Equipamiento de Hospitales y Consultorios de Atención Médica Especializada.

Por lo que respecta a la NOM-007-SSA2-2016, "Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida" es preciso destacar dos aspectos: El primero con relación al punto 3.33 de dicha norma, en el cual se define qué es el *parto vertical*, que a diferencia de la norma oficial anterior, en la vigente se incluyó este término, lo que resulta un cambio positivo, por lo que es necesaria su difusión y conocimiento tanto en hospitales públicos como privados. El segundo aspecto es el numeral 5.5.3 de la misma norma, el cual establece que: *"ninguna persona que preste servicios de ginecología y obstetricia, discriminará o ejercerá algún tipo de violencia hacia la mujer en trabajo de parto"*, con ello, apercibe al personal que presta servicios de salud en caso de discriminar o ejercer violencia hacia la mujer.

Cabe mencionar que el Estado Mexicano ha recibido recomendaciones en cuanto a la necesidad de legislar respecto a la violencia obstétrica, tanto por parte del Comité para la

Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (*Convention on de Elimination of all Forms of Discrimination against Woman* CEDAW), como de la misma Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH). Pese a ello, el tema no ha sido incorporado en el marco de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia ni en la Ley General de Salud de nuestro país; no obstante, ya se encuentra una minuta al respecto del tema, en las Comisiones correspondientes en el Senado de la República.

Conforme a las observaciones finales que hiciera el CEDAW (CEDAW/C/MEX/9), sobre el noveno informe periódico de México, el 25 de julio de 2018, se destaca en cuanto a las observaciones de salud, la preocupación reiterada por parte del Comité respecto a las denuncias de actos de violencia obstétrica por parte del personal médico durante el parto; las tasas desproporcionadamente altas de mortalidad materna entre las mujeres de comunidades indígenas y las denuncias de esterilización forzada de mujeres y niñas, así como el acceso limitado a los servicios de salud reproductiva, en particular para las mujeres y las niñas con discapacidad mental y de otra índole.

El mismo documento, en sus observaciones finales señala al Estado Parte su recomendación general núm. 24 (1999) sobre la mujer y la salud que:

a) a c)...

d) Armonice 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;

e) Reduzca la incidencia de la mortalidad materna, en particular mediante la colaboración con las parteras tradicionales y la capacitación de los profesionales sanitarios, especialmente en las zonas rurales, velando por que todos los partos cuenten con la asistencia de personal sanitario especializado, de conformidad con las metas 3.1 y 3.7 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible; y

f) Vele porque el personal médico solicite el consentimiento plenamente informado antes de realizar esterilizaciones, que se sancione a los profesionales que realicen esterilizaciones sin dicho consentimiento y que se ofrezcan reparaciones e indemnizaciones monetarias a las mujeres víctimas de esterilizaciones no consentidas.

Por su parte, la CNDH emite la recomendación 31/2017 sobre violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud, dentro del marco normativo del derecho a la protección de la salud; en la cual enfatiza que éste tipo de violencia hacia la mujer es un problema que debe hacerse visible, dada la magnitud que ha alcanzado en México. Si bien, reconoce el avance que ha habido en materia legislativa en algunas entidades federativas, sugiere que aún se

requieren estrategias y mecanismos que permitan difundir de manera ampliada y constante ésta visión de la atención gineco-obstétrica como una política permanente, pues el Estado está obligado a tomar medidas que prevengan y erradiquen este tipo de conductas.

Dicha recomendación va dirigida a las Instituciones del Sector Salud Mexicano involucradas, como son la Secretaría de Salud; SEDENA; SEMAR; IMSS; ISSSTE; PEMEX; Gubernaturas de las entidades federativas y la persona titular de la Jefatura de Gobierno de la Ciudad de México. En el documento enfatiza que los Derechos Humanos violentados en la práctica de éste tipo de violencia son¹³:

- Derecho a la Salud física y mental
- Derecho a la vida
- Derecho a la integridad personal
- Derecho a la protección de la salud
- Derecho a una vida libre de violencia
- Derecho de acceso a la información
- Derecho al libre consentimiento informado
- Derecho a la libertad y autonomía reproductiva
- Derecho a la dignidad
- Derecho a la igualdad y a la no discriminación

De esta recomendación, cabe destacar que criminalizar y recurrir a la vía penal en los casos de violencia obstétrica, resultan ser medidas poco efectivas para asegurar una atención obstétrica adecuada; por lo que la Comisión defensora de los Derechos Humanos, sugiere a las autoridades recomendadas elaborar un diagnóstico o análisis para detectar las necesidades materiales, de infraestructura y de personal que requieren para satisfacer las demandas obstétricas de la población objetivo, con calidad y calidez debidas. Asimismo, considera conveniente que en futuros instrumentos respecto al tema en cuestión, se solicite a las autoridades responsables realizar acciones para difundir entre la población en general y de manera especial entre las mujeres, sus derechos durante el embarazo, parto y puerperio, dado que, como aspecto importante de este fenómeno de la violencia obstétrica, obedece en gran parte al desconocimiento de las acciones y omisiones que constituyen dicha actuación.

En congruencia con la defensa de los Derechos Humanos y de las mujeres a una vida libre de violencia, la Ciudad de México debe armonizar su normatividad vigente correspondiente, con el fin de proporcionar a su población femenina, una atención accesible, aceptable y con un trato de calidad en la etapa de su embarazo, parto y puerperio.

¹³ Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Universidad Nacional Autónoma de México. Compendio. Estudios sobre el cumplimiento e impacto de las recomendaciones generales e informes especiales 2001-2017. Primera edición. Septiembre, 2019. Tomo X. Derecho a la protección de la salud.

Bajo este contexto, la propuesta legislativa que presento, pretende garantizar que la atención obstétrica hacia la mujer capitalina, dentro de los servicios de salud público y privado, sean realizados en total cumplimiento y apego a los derechos humanos existentes, a las recomendaciones realizadas y aplicables en la materia, así como lo mandatado en el Artículo 6, apartado F, numeral 2, de nuestra Constitución Política de la Ciudad de México, que a la letra dice:

*Artículo 6
Ciudad de libertades y derechos*

F. Derechos reproductivos

1. (...)

2. Las autoridades adoptarán medidas para prevenir, investigar, sancionar y reparar la esterilización involuntaria o cualquier otro tipo de método anticonceptivo forzado, así como la violencia obstétrica.

Asimismo, dentro de las reformas aquí planteadas y en total apego al reconocimiento, la inclusión y derechos reconocidos dentro del Artículo 9, apartado D, numeral 3, inciso e); y en el Artículo 59, apartado H, numeral 1; ambos de la Constitución Política de la Ciudad de México, dirigidos a uno de los sectores más vulnerables de nuestra Ciudad, como lo es la población indígena; propongo en relación al tema ya expuesto y vertido en la presente iniciativa, que se incluya la perspectiva de interculturalidad, dando además apertura, a modo de precedente, al reconocimiento y dignificación de los servicios de partería dentro del Sistema Local de Salud, específicamente en los servicios de atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio:

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO

*Artículo 9
Ciudad solidaria*

A. a C. (...)

D. Derecho a la salud

1 a 2 (...)

3. *Las autoridades de la Ciudad de México asegurarán progresivamente, de conformidad con la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y las leyes generales aplicables:*

a) a d) (...)

e) *El desarrollo de investigación científica para rescate y promoción de la medicina tradicional indígena; y*

(...)

Artículo 59

De los derechos de los pueblos y barrios originarios y comunidades indígenas residentes

A a G. (...)

H. Derecho a la salud

1. La Ciudad de México garantiza el derecho a la salud a los integrantes de los pueblos y barrios originarios y las comunidades indígenas residentes y el acceso a las clínicas y hospitales del Sistema de Salud Pública. Se establecerán centros de salud comunitaria. Sus integrantes tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a disfrutar del más alto nivel de salud.

Lo anterior, también obedece a lo plasmado en los numerales 1°, 2°, 3° y 4° del artículo 40 de la Ley de Derechos de los Pueblos y Barrios Originarios y Comunidades Indígenas Residentes de la Ciudad de México, que cito a continuación:

Ley de Derechos de los Pueblos y Barrios Originarios y Comunidades Indígenas Residentes de la Ciudad de México

Artículo 40. Derecho a la salud

1. El Gobierno de la Ciudad garantizará el acceso al sistema público de salud a las personas indígenas, independientemente de su condición, de conformidad con las disposiciones aplicables.

2. Las personas indígenas y de pueblos, barrios y comunidades tendrán derecho a contar con apoyo de facilitadores interculturales para la atención a la salud cuando requieran de estos servicios. El sistema público de salud realizará las gestiones necesarias para garantizar este derecho.

3. El sistema público de salud de la Ciudad de México adoptará las siguientes medidas para garantizar el derecho a la salud de las personas indígenas, de pueblos, barrios o comunidades:

I. Fortalecerá su capacidad institucional para disponer de información adecuada sobre la situación y desigualdades que experimentan las personas indígenas en materia de salud, así como para adecuar los sistemas de registros, generar evidencia y monitoreo para estos efectos;

II. Implementará programas de capacitación continua a su personal orientados a desarrollar y fortalecer la pertinencia cultural y de género de las acciones del sistema público de salud, y

III. Promoverá que las entidades de educación superior incorporen la perspectiva intercultural en la formación de los profesionales de la salud.

4. La Secretaría de Salud de la Ciudad emitirá protocolos para la atención a la salud de las personas indígenas con perspectiva de interculturalidad y de género, tanto en los servicios públicos como privados.

Para mayor comprensión de la propuesta, se presenta el siguiente cuadro comparativo:

LEY DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL	
TEXTO VIGENTE	PROPUESTA PLANTEADA
<p>Título I Fundamentos y Conceptos Básicos Capítulo I Disposiciones Iniciales</p> <p>Artículo 6.- Para los efectos de esta Ley se entiende por:</p> <p>I a XIX. (...)</p> <p>(Sin correlativo)</p>	<p>Título I Fundamentos y Conceptos Básicos Capítulo I Disposiciones Iniciales</p> <p>Artículo 6.- Para los efectos de esta Ley se entiende por:</p> <p>I a XIX. (...)</p> <p>XX. Violencia Obstétrica.- Toda acción u omisión ejercida por parte del personal médico o administrativo perteneciente al Sistema de Salud, público o privado, de la Ciudad de México, que dañe o lastime física o psicológicamente, discrimine o denigre a la mujer, sin importar su condición física o social, raza o grupo indígena del que forme parte y que omita toda perspectiva de interculturalidad durante el embarazo, parto o puerperio, así como la negación o negligencia de la atención médica y la vulneración o limitación de sus derechos humanos sexuales y reproductivos. Comprende además cualquier otra forma análoga de lesión, daño a la dignidad, integridad o libertad de las mujeres, así como cualquier otro acto o procedimiento médico o quirúrgico de "rutina", que se exprese en un trato deshumanizado, abuso de medicación y patologización de los procesos naturales del embarazo, parto y puerperio, incluyendo la cesárea, sin el consentimiento de la mujer, previamente informada de manera adecuada y completa, estrictamente apegada a sus derechos humanos.</p>

<p>Capítulo III Del Sistema de Salud del Distrito Federal y de las Competencias</p>	<p>Capítulo III Del Sistema de Salud del Distrito Federal y de las Competencias</p>
<p>Artículo 15.- ...</p> <p>I. (...)</p> <p>II. Proporcionar servicios de salud a la población, considerando criterios de universalidad, equidad y gratuidad;</p> <p>III. a XIII. (...)</p> <p>(sin correlativo)</p> <p>XIV. Los demás que le sean reconocidos en el marco del funcionamiento y organización del Sistema Nacional de Salud.</p>	<p>Artículo 15.- ...</p> <p>I. (...)</p> <p>II. Proporcionar servicios de salud a la población, considerando criterios de universalidad, equidad, gratuidad, accesibilidad, calidad, calidez, ética e interculturalidad, en estricto apego a los derechos humanos y reproductivos de toda mujer, sin importar su condición física o social, raza o grupo indígena del que forme parte, así como de las garantías reconocidas en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, de la Constitución Política de la Ciudad de México, en los tratados e instrumentos internacionales de los que el Estado Mexicano forma parte y en las Normas Oficiales generales y locales.</p> <p>III. a XIII. (...)</p> <p>XIV. Adoptar las medidas establecidas en el Artículo 40, numeral 3°, de la Ley de Pueblos y Barrios Originarios y Comunidades Indígenas Residentes de la Ciudad de México.</p> <p>XV. Los demás que le sean reconocidos en el marco del funcionamiento y organización del Sistema Nacional de Salud.</p>

<p>Artículo 17.- ...</p> <p>I. ...</p> <p>a) a c) (...)</p> <p>d) La prestación de los servicios integrales de atención materna e infantil, el cual comprende, entre otros, la</p>	<p>Artículo 17.- ...</p> <p>I. ...</p> <p>a) a c) (...)</p> <p>d) La prestación de los servicios integrales de atención materna e infantil, el cual comprende, entre otros, la atención del niño</p>
--	--



<p>atención del niño y la vigilancia de su crecimiento, desarrollo, salud mental; así como la promoción de la vacunación oportuna, la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio y, la lactancia materna.</p> <p>(...)</p>	<p>y la vigilancia de su crecimiento, desarrollo, salud mental, así como la promoción de la vacunación oportuna, la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio y, la lactancia materna, con perspectiva de interculturalidad, enfocada en la atención de las personas indígenas residentes en la Ciudad de México.</p>
<p style="text-align: center;">Capítulo V De la Secretaría de Salud del Distrito Federal</p> <p>Artículo 24. ...</p> <p>I. a XXV. (...)</p> <p>XXVI. Desarrollar e implementar un programa de medicina integrativa, en el que se incluya lo relacionado a la homeopatía, herbolaria, quiropráctica, acupuntura y naturoterapia, entre otros, que tenga como propósitos su integración y ofrecimiento en la (<i>sic</i>) unidades de atención a su cargo, el fomento a su conocimiento y práctica adecuada, así como la vigilancia de su uso terapéutico apropiado y seguro;</p> <p>(sin correlativo)</p> <p>XXVII. a XXXIII. (...)</p> <p>(Sin Correlativo)</p>	<p style="text-align: center;">Capítulo V De la Secretaría de Salud del Distrito Federal</p> <p>Artículo 24. ...</p> <p>I a XXV. (...)</p> <p>XXVI. Desarrollar e implementar un programa de medicina integrativa, en el que se incluya lo relacionado a la homeopatía, herbolaria, quiropráctica, acupuntura, naturoterapia, medicina indígena tradicional y partería, entre otros, que tenga como propósitos su integración, ofrecimiento y acceso en las unidades de atención a su cargo, el fomento a su conocimiento y práctica adecuada, así como la vigilancia de su uso terapéutico apropiado y seguro;</p> <p>XXVI Bis. Emitir protocolos para la atención a la salud de las personas indígenas con perspectiva de interculturalidad y de género, tanto en los servicios públicos como privados.</p> <p>XXVII. a XXXIII. (...)</p> <p>XXXIV. Desarrollar, coordinar, implementar y fomentar un programa de divulgación e información ampliada a toda la población, en la que se den a conocer los derechos humanos y reproductivos que tiene toda mujer, sin importar su condición física o social, raza o grupo indígena del que forme parte, para su atención durante su embarazo, parto y puerperio en los servicios de salud, público y privado de la Ciudad de México,</p>

<p>XXXIV. Las demás que señale esta Ley y los instrumentos jurídicos aplicables.</p>	<p>con la finalidad de inhibir la violencia obstétrica.</p> <p>XXXV. Las demás que señale esta Ley y los instrumentos jurídicos aplicables.</p>
<p>Título Segundo Aplicación de las Materias de Salubridad General Capítulo VI Atención Materno-Infantil</p> <p>Artículo 49.- ...</p> <p>I. La atención humanizada a las mujeres y personas embarazadas, sin violencia ni discriminación y con enfoque de derechos humanos durante el embarazo, el parto y el puerperio;</p> <p>II a X. (...)</p>	<p>Título Segundo Aplicación de las Materias de Salubridad General Capítulo VI Atención Materno-Infantil</p> <p>Artículo 49.- ...</p> <p>I. La atención humanizada a las mujeres y personas embarazadas, sin importar su condición física o social, raza o grupo indígena del que formen parte, con perspectiva de interculturalidad, evitando el ejercicio de la violencia obstétrica y con enfoque de derechos humanos y reproductivos durante el embarazo, el parto y el puerperio;</p> <p>II a X. (...)</p>
<p>Artículo 50.- ...</p> <p>I. (...)</p> <p>II. Acciones de orientación y vigilancia institucional, fomentar la lactancia materna y la ayuda alimentaria (<i>sic</i>) tendiente a mejorar el estado nutricional del grupo materno-infantil.</p>	<p>Artículo 50.- ...</p> <p>I. (...)</p> <p>II. Acciones de orientación y vigilancia institucional, que incluyan una perspectiva de interculturalidad, enfocadas a prevenir y evitar el ejercicio de la violencia obstétrica, dirigidas además a fomentar la lactancia materna y la ayuda alimentaria tendiente a mejorar el estado nutricional del grupo materno-infantil.</p>

Por lo anteriormente expuesto y fundado, someto a consideración de esta Soberanía la siguiente Iniciativa con proyecto de:

DECRETO

ÚNICO.- SE ADICIONA UNA FRACCIÓN XX AL ARTÍCULO 6; SE REFORMA LA FRACCIÓN II Y SE ADICIONA UNA FRACCIÓN XIV, RECORRIÉNDOSE LA SUBSECUENTE DEL ARTÍCULO 15; SE REFORMA EL INCISO d) DE LA FRACCIÓN I DEL ARTÍCULO 17; SE REFORMA LA FRACCIÓN XXVI Y SE ADICIONAN LAS FRACCIONES XXVI BIS, XXXIV, RECORRIÉNDOSE LA SUBSECUENTE, DEL ARTÍCULO 24; SE REFORMA LA FRACCIONES I DEL ARTÍCULO 49 Y SE REFORMA LA FRACCIÓN II DEL ARTÍCULO 50, TODAS DE LA LEY DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL, PARA QUEDAR DE LA SIGUIENTE MANERA:

Título I
Fundamentos y Conceptos Básicos

Capítulo I
Disposiciones Iniciales

Artículo 6.- Para los efectos de esta Ley se entiende por:

I a XIX. (...)

XX. Violencia Obstétrica.- Toda acción u omisión ejercida por parte del personal médico o administrativo perteneciente al Sistema de Salud, público o privado, de la Ciudad de México, que dañe o lastime física o psicológicamente, discrimine o denigre a toda mujer, sin importar su condición física o social, raza o grupo indígena del que forme parte y que omita toda perspectiva de interculturalidad durante el embarazo, parto o puerperio, así como la negación o negligencia de la atención médica y la vulneración o limitación de sus derechos humanos sexuales y reproductivos. Comprende además cualquier otra forma análoga de lesión, daño a la dignidad, integridad o libertad de las mujeres, así como cualquier otro acto o procedimiento médico o quirúrgico de "rutina", que se exprese en un trato deshumanizado, abuso de medicación y patologización de los procesos naturales del embarazo, parto y puerperio, incluyendo la cesárea, sin el consentimiento de la mujer, previamente informada de manera adecuada y completa, estrictamente apegada a sus derechos humanos.

Capítulo III
Del Sistema de Salud del Distrito Federal y de las Competencias

Artículo 15.- ...

I. (...)

II. Proporcionar servicios de salud a la población, considerando criterios de universalidad, equidad, gratuidad, accesibilidad, calidad, calidez, ética e interculturalidad, en estricto apego a los derechos humanos y reproductivos de toda mujer, sin importar su

condición física o social, raza o grupo indígena del que forme parte, así como de las garantías reconocidas en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, de la Constitución Política de la Ciudad de México, en los tratados e instrumentos internacionales de los que el Estado Mexicano forma parte y en las Normas Oficiales generales y locales.

III. a XIII. (...)

XIV. Adoptar las medidas establecidas en el Artículo 40, numeral 3°, de la Ley de Pueblos y Barrios Originarios y Comunidades Indígenas Residentes de la Ciudad de México.

XV. Los demás que le sean reconocidos en el marco del funcionamiento y organización del Sistema Nacional de Salud.

Artículo 17.- ...

I. ...

a) a c) (...)

d) La prestación de los servicios integrales de atención materna e infantil, el cual comprende, entre otros, la atención del niño y la vigilancia de su crecimiento, desarrollo, salud mental, así como la promoción de la vacunación oportuna, la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio y, la lactancia materna, con perspectiva de interculturalidad, enfocada en la atención de las personas indígenas residentes en la Ciudad de México.

Capítulo V

De la Secretaría de Salud del Distrito Federal

Artículo 24. ...

I a XXV. (...)

XXVI. Desarrollar e implementar un programa de medicina integrativa, en el que se incluya lo relacionado a la homeopatía, herbolaria, quiropráctica, acupuntura, naturoterapia, medicina indígena tradicional y partería, entre otros, que tenga como propósitos su integración, ofrecimiento y acceso en la unidades de atención a su cargo, el fomento a su conocimiento y práctica adecuada, así como la vigilancia de su uso terapéutico apropiado y seguro.

XXVI Bis. Emitir protocolos para la atención a la salud de las personas indígenas con perspectiva de interculturalidad y de género, tanto en los servicios públicos como privados.

XXVII. a XXXIII. (...)

XXXIV. Desarrollar, coordinar, implementar y fomentar un programa de divulgación e información ampliada a toda la población, en la que se den a conocer los derechos humanos y reproductivos que tiene toda mujer, sin importar su condición física o social, raza o grupo indígena del que forme parte, para su atención durante su embarazo, parto y puerperio en los servicios de salud, público y privado de la Ciudad de México, con la finalidad de inhibir la violencia obstétrica.

XXXV. Las demás que señale esta Ley y los instrumentos jurídicos aplicables.

Título Segundo
Aplicación de las Materias de Salubridad General

Capítulo VI
Atención Materno-Infantil

Artículo 49.- ...

I. La atención humanizada a las mujeres y personas embarazadas, **sin importar su condición física o social, raza o grupo indígena del que formen parte, con perspectiva de interculturalidad, evitando el ejercicio de la violencia obstétrica** y con enfoque de derechos humanos y reproductivos durante el embarazo, el parto y el puerperio;

II a X. (...)

Artículo 50.- En la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, la Secretaría establecerá:

I. (...)

II. Acciones de orientación y vigilancia institucional, **que incluyan una perspectiva de interculturalidad, enfocadas a prevenir y evitar el ejercicio de la violencia obstétrica, dirigidas además a fomentar la lactancia materna y la ayuda alimentaria** tendiente a mejorar el estado nutricional del grupo materno-infantil.

ARTÍCULOS TRANSITORIOS.

PRIMERO. – El presente Decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México.

SEGUNDO. – La Secretaría de Salud deberá hacer las adecuaciones a todas las disposiciones reglamentarias y normativas para dar cumplimiento al presente Decreto en la práctica hospitalaria, dentro de los siguientes 90 días después de su publicación.

Dado en el Palacio Legislativo de Donceles, a los 29 días del mes de mayo de 2020.

ATENTAMENTE



DIP. JESÚS RICARDO FUENTES GÓMEZ