



**HONORABLE XIV LEGISLATURA CONSTITUCIONAL DEL
ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE QUINTANA ROO.
PRESENTE**

Las suscritas, Diputada Arlet Molgóra Glover, Presidenta de la Comisión de Salud y Asistencia Social, y Diputada Maritza Aracelly Medina Díaz, Presidenta de la Comisión de Equidad y Género, ambas integrantes del grupo parlamentario del Partido Revolucionario Institucional, en ejercicio de la facultad que nos confiere la fracción II del artículo 68 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Quintana Roo, los numerales 107 y 108 de la Ley Orgánica del Poder Legislativo del Estado, así como el artículo 36 fracción II del Reglamento para el Gobierno Interior de la Legislatura del Estado de Quintana Roo, nos permitimos presentar a la consideración de esta Honorable Soberanía, la presente Iniciativa de Decreto por el que se reforma la fracción VII y se adiciona una fracción VIII al artículo 5 de la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de Quintana Roo, y se reforma el artículo 56 de la Ley de Salud del Estado de Quintana Roo, bajo la siguiente:

Exposición de Motivos

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su artículo 4o, menciona que *"el varón y la mujer son iguales ante la Ley"*. Así también en su artículo 1o establece que *"Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las*



personas.” Lo anterior ha sido motivado en virtud de que, desde 1975, en el marco de la Primera Conferencia sobre la Mujer y posteriormente en acuerdos como la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1979); México se ha adherido a acuerdos internacionales para el fortalecimiento de estrategias dirigidas a procurar el bienestar integral de la mujer, así como, la salvaguarda de sus derechos humanos (1ª Conferencia Internacional sobre la Mujer, 1975, CEDAW); desde ese momento y hasta la fecha, se han registrado grandes avances jurídicos, cuyo objetivo central es garantizar el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, para generar condiciones de desarrollo en el marco de la equidad y respeto. En este sentido, surge la propuesta jurídica nacional “Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia” aprobada en México en 2007, ésta Ley propone como eje central: *“prevenir, sancionar, y erradicar la violencia contra las mujeres, así como los principios y modalidades para garantizar su acceso a una vida libre de violencia, que favorezca su desarrollo y bienestar conforme a los principios de igualdad y de no discriminación”* así mismo, en el año 2013, se enfatiza la incorporación de la perspectiva de género en la política nacional (PND, 2013). No se puede negar que este andamiaje normativo es necesario, y es un avance cualitativo, sin embargo, esto no ha permitido la erradicación de la violencia en la mujer. En este sentido, la igualdad normativa se concibe como un medio para lograr la realización práctica del principio de igualdad, que puede ser un instrumento de cambios estructurales, culturales y personales que a largo plazo redundaran en condiciones de vida más favorables para la mujer.

Las políticas dirigidas a efectuar cambios culturales, requieren un cuerpo teórico desarrollado que permita analizar los significados, las creencias, las prácticas, los símbolos, las representaciones, los discursos y las ideologías que las personas construyen a partir de la diferenciación por género.



La violencia de género se reconoce como un problema de salud pública, de derechos humanos y de justicia social. El atributo central de la violencia de género es que se trata de la violencia que se ejerce hacia las mujeres por ser mujeres. Se trata de formas específicas de violencia (sexual, psicológica, emocional, física) basadas en las estructuras de desigualdad de género que se legitiman por medio del conjunto de normas y creencias que constituyen a las mujeres como subordinadas a los hombres.

Justificaciones Internacionales.

En el año 2000, en el marco de la Cumbre del Milenio en Nueva York; 189 países miembros de la Naciones Unidas acordaron plantear ocho objetivos estratégicos para contribuir al desarrollo humano en el Orbe; fue así que se firmó el Acuerdo para el Desarrollo y Evaluación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Se crearon ocho objetivos; el número cinco tiene como objetivo central, mejorar la salud materna, a través de dos actividades estratégicas: Reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna y, lograr el acceso universal a la salud reproductiva. Como producto de esta necesidad, el 27 de septiembre de 2010 fue lanzada la Iniciativa Maternidad Segura, cuyo objetivo es la promoción de buenas prácticas que confluyan en una maternidad segura, promoviendo y protegiendo el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud de mujeres, madres y recién nacidos.

El nacimiento en este siglo

Parir, puede ser considerado como un evento importante y trascendental en la vida de una mujer. En este sentido y como parte de la política internacional del Nacimiento Humanizado, en 1985, la Organización Mundial de la Salud



emitió una recomendación encaminada a difundir las opciones que existen para parir *"toda la comunidad debe ser informada sobre los distintos métodos de atención al parto, de modo que cada mujer pueda elegir el tipo de parto que prefiera"*. Actualmente existe la opción de nacimiento humanizado bajo el modelo que ofrece la educación perinatal. En este sentido, los prestadores de servicios de salud estarían obligados a dar a conocer las diversas opciones de nacimiento que tiene un recién nacido. Atender u ofrecer la opción de un parto humanizado es un indicador claro del ejercicio efectivo de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las mujeres y por parte de los prestadores de servicios de salud, un ejercicio profesional, en cumplimiento a las recomendaciones internacionales y normas técnicas emitidas en la materia, pero sobre todo respetuoso de las decisiones y derechos de sus pacientes y de la propia naturaleza del evento de parir.

Para que la mujer pueda decidir y establecer un diálogo de negociación efectivo con su proveedor de salud, es necesario que se encuentre informada sobre sus derechos humanos y de mujer embarazada, es decir, sus derechos reproductivos. La información no sólo se dirige a la madre, también es importante considerar a las personas que le darán soporte a lo largo del embarazo, nacimiento de su hijo y crianza de éste.

Violencia obstétrica. La regulación jurídica.

Hasta hace algunas décadas se empezó a analizar la experiencia del nacimiento bajo la óptica del ejercicio de los derechos humanos; y surge el concepto de violencia obstétrica, considerada como un tipo de violencia de género y simbólica. Este poder simbólico que ostenta y detenta el campo médico, hace creer tanto a dominantes como a dominados que es *necesario* entregarse a las indicaciones médicas (la mujer), bajo la premisa de tener una



buena atención (médicos). Y confiar ciegamente en que el médico hace su trabajo y debe dejar hacerlo aun a pesar de no estar conforme con el trato, con la explicación, si acaso se da.

Se entiende por violencia obstétrica, “toda conducta, acción u omisión, realizada por personal de la salud que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales”.

Expertos en el tema identifican dos modalidades de violencia obstétrica. Por un lado la física, la cual se “configura cuando se realizan a la mujer prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta [...] o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto biológico”.

La segunda modalidad es la psicológica, que incluye “el trato deshumanizado, grosero, discriminación, humillación, cuando la mujer va a pedir asesoramiento, o requiere atención, o en el transcurso de una práctica obstétrica. Comprende también la omisión de información sobre la evolución de su parto”. Como alternativa, en años recientes ha adquirido fuerza un modelo de parto humanizado, el cual pretende “tomar en cuenta de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y su familia en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio; teniendo como objetivo fundamental el que se viva la experiencia como un momento especial, placentero, en condiciones de dignidad humana, donde la mujer sea sujeto y protagonista de su propio parto, reconociendo el derecho de libertad de las mujeres o las parejas para tomar decisiones sobre dónde, con quién parir”.



Lo anterior ha motivado diversas recomendaciones por parte de la Organización Mundial de la Salud, las cuales se recogen en diversas normas en materia internacional, donde el Estado Mexicano ha firmado diversos acuerdos internacionales (Primera Conferencia sobre la Mujer, Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, Objetivos de Desarrollo del Milenio, Iniciativa por una Maternidad Segura), con el objetivo de procurar el bienestar integral de la mujer, así como en la promoción de buenas prácticas que confluían en una maternidad segura, promoviendo y protegiendo el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud de mujeres, madres y recién nacidos y la salvaguarda de sus derechos humanos.

Regulación Internacional.

Al respecto la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Contra la Mujer establece lo siguiente:

Artículo 12.

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.
2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 supra, los Estado Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.



De acuerdo con el artículo 1 de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra la Mujer (Convención de Belem do Pará) se entiende como violencia contra la mujer: Cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado.

Así mismo dicha Convención en su artículo 9, impone a los Estado obligaciones positivas para erradicar todas las manifestaciones de violencia contra las mujeres, y establece que se debe prestar especial atención cuando la mujer que es objeto de violencia se encuentra embarazada.

En este orden de ideas, las acciones o conductas, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, por su condición de género, en el ámbito de la salud reproductiva constituyen formas de violencia y discriminación contra la mujer.

Los actos u omisiones que atentan contra los derechos reproductivos de las mujeres pueden constituir actos de tortura, tratos crueles, inhumanos y degradantes, en caso de que causen penas o sufrimientos físicos o mentales y se cometan con el fin de anular la personalidad o sus capacidades físicas o mentales o cualquier otro fin.

América Latina

Venezuela fue el primer Estado en América Latina en tipificar la violencia obstétrica en el año 2007. El artículo 51 de la Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia de Venezuela, establece:



Se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistentes en:

1. No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.
2. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.
3. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer.
4. 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.
5. Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

En tales supuestos, el tribunal impondrá al responsable o la responsable, una multa de doscientas cincuenta (250 U.T.) a quinientas unidades tributarias (500 U.T.), debiendo remitir copia certificada de la sentencia condenatoria definitivamente firme al respectivo colegio profesional o institución gremial, a los fines del procedimiento disciplinario que corresponda.

Regulación Nacional.

La regulación de la violencia obstétrica encuentra su fundamento en el artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que establece que el varón y la mujer son iguales ante la Ley y que toda persona tiene el derecho a la protección de la salud.



A nivel nacional y local (Quintana Roo) contamos con una Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, aprobadas ambas en el año de 2007, que regulan las políticas públicas en la materia, cuyos objetivos generales son la prevención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres, así como establecer los principios y modalidades para garantizar su acceso a una vida libre de violencia que favorezca su desarrollo y bienestar conforme a los principios de igualdad y de no discriminación. En ambas normas se contemplan diferentes tipos y modalidades de violencia, entre los que no se considera la violencia obstétrica.

En cuanto a la violencia obstétrica como tipo de violencia, sólo cuatro estados de la República Mexicana, la consideran en sus respectivas leyes de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia: Chiapas, Guanajuato, Durango y Veracruz. En el caso de la tipificación del delito de violencia obstétrica, sólo el estado de Veracruz lo considera en su Código Penal.

La Ley del Distrito Federal contiene un tipo de violencia contra los derechos reproductivos que, aunque no menciona a la violencia obstétrica específicamente, en su definición hace referencia a que es "todo acto u omisión que limite o vulnere el derecho de las mujeres [...] en relación [...] a servicios de atención prenatal, así como a servicios obstétricos de emergencia.

La Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de Guanajuato define a la violencia obstétrica como: "[...] todo acto 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.



Las definiciones de las leyes de Acceso de los estados de Durango, Chiapas y Veracruz son más específicas respecto de los actos y omisiones que configuran la violencia obstétrica.

En congruencia con la naturaleza e interés de este tipo de regulación, las leyes de acceso de esos tres estados contemplan que el perpetrador de este tipo de violencia es el personal de salud, sin especificarse su carácter, lo que implica que puede ser cualquier persona que brinde o participe en la prestación de un servicio de salud, ya sea público, social o privado.

El Código Penal de Veracruz tiene tipificado el delito de violencia obstétrica en su artículo 363, el cual contempla que comete este delito, el personal de salud que:

- I. No atienda o no brinde atención oportuna y eficaz a las mujeres en el embarazo, parto, puerperio o en emergencias obstétricas;
- II. Altere 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;
- III. No obstante existir condiciones para el parto natural, practique el parto por vía de cesárea, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer;
- IV. Acose o presione psicológica u ofensivamente a una parturienta, con el fin de inhibir la libre decisión de su maternidad;
- V. Sin causa médica justificada, obstaculice el apego del niño o niña con su madre, mediante la negación a ésta de la posibilidad de cargarle o de amamantarlo inmediatamente después de nacer; y
- VI. Aún cuando existan los medios necesarios para la realización del parto vertical, obligue a la mujer a parir acostada sobre su columna y



con las piernas levantadas o en forma distinta a la que sea propia de sus usos, costumbre y tradiciones obstétricas.

Las penas contempladas van de tres a seis años de prisión y multa de hasta 300 días de salario para el caso de las fracciones I a IV, y de seis meses a tres años de prisión y multa de hasta 200 días de salario, para las fracciones V y VI. Aunado a las penas señaladas, si el sujeto activo del delito fuere servidor público, se le impondrá la destitución e inhabilitación—hasta por dos años— para ejercer otro empleo, cargo o comisión públicos.

Al respecto, el informe “Omisión e indiferencia: derechos reproductivos en México”, elaborado por el Grupo de Información en Reproducción Elegida, recomienda que antes de criminalizar deberían buscarse medidas de tipo administrativo y de política pública que refuercen el marco normativo y de derechos humanos. En su caso, el incumplimiento o violación de los derechos tendría que sancionarse por la vía administrativa o civil. Así también recomienda que se debe considerar un tipo penal que sancione sólo ciertas conductas de violencia obstétrica, tales como la esterilización forzada. Para otro tipo de conductas, como la mala atención médica, que no resuelven de fondo la problemática estructural, habría que buscar otras alternativas o vías de solución que incluyan medidas administrativas y de política pública. Finalmente, sostiene el informe que la vía penal no es una “vía idónea para evitar prácticas de violencia obstétrica ya que predispone a los médicos y no promueve un cambio de mentalidad ni de políticas públicas sobre parto humanizado”.

A este respecto, nuestro Estado contempla dentro del Código Penal, un Capítulo VII, denominado Delitos contra los Derechos Reproductivos, el cual comprende en sus artículos 113 Bis, Ter y Quater, la realización de



inseminación artificial sin consentimiento; el implante a una mujer de un óvulo fecundado, cuando hubiere utilizado para ello un óvulo ajeno o esperma de donante no autorizado, sin el consentimiento expreso de la paciente, o del donante; y el delito de esterilidad provocada, estipulando para estas conductas prisión de cuatro a siete años, y en caso de realizarse con violencia los primeros dos delitos, de cinco a catorce años de prisión. De lo anterior, tenemos que el establecimiento de la violencia obstétrica en nuestra Ley de Acceso, y Ley de Salud, vendría a reforzar lo que en la materia ya se ha realizado en nuestra Entidad.

En materia administrativa, existe todo un marco regulatorio que obliga a las y los prestadores del servicio de atención a observar en el servicio que brindan, los estándares de calidad y protección a derechos humanos de las mujeres durante el parto. Por ejemplo, la Ley General de Salud señala en su artículo 61, fracción I, que *"La atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende, entre otras, las siguientes acciones: I. La atención integral de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, incluyendo la atención psicológica que requiera"*. Asimismo, en los artículos 51 y 51 Bis 1, de la norma en cometo, se establece de manera general que las y los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares; así como derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna, y veraz; y desde luego la orientación que sea necesaria respecto de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen.

En México, la violencia obstétrica es un fenómeno poco estudiado, sin embargo, existe una investigación realizada en el estado de Morelos que



documentó la violencia contra las mujeres al parir. Se observó que el personal más violento fueron médicas y enfermeras (40 y 30% respectivamente) y médicos (23%), cerca de 30% reportó maltrato verbal, 8% reportó maltrato físico y 29% abuso total.

Esta evidencia científica, invita a médicos, enfermeras y prestadores de servicios de salud involucrados en la atención del parto a reflexionar y analizar su proceder profesional. La calidad en la atención también involucra el humanismo, no solo es el dominio de los aspectos técnicos. Existen elementos descritos que los invitan a que permitan la participación activa de la mujer en uno de los eventos más sensibles de su vida, son sujetos históricos, inteligentes, capaces de tomar decisiones al momento de parir.

Como legisladores debemos tener como prioridad lograr que toda esta problemática se vuelva visible, para sensibilizar tanto al personal médico como a la sociedad en general, sobre la importancia de incorporar prácticas a favor de la calidad y la calidez en la atención del embarazo y del parto de las mujeres en nuestro Estado.

Por todo lo anteriormente expuesto, y convencidas de que si se diera este cambio en la atención del parto, representaría una transformación social y política, y se llevaría a la realidad el ejercicio de la equidad de género, es que proponemos incluir el concepto de violencia obstétrica tanto en la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, como en la Ley de Salud del Estado, con la finalidad de dar certeza, seguridad y tranquilidad a las mujeres quintanarroenses durante la gestación, el parto y el puerperio, a fin de evitar que se ponga en riesgo su salud y la de sus hijos.



En este sentido y tomando en consideración la necesidad de promover el respeto y cumplimiento de los derechos reproductivos de la mujer, así como la eliminación de toda práctica médica que lleve consigo la violación a estos derechos, tenemos a bien someter a la consideración de esta Honorable XIV Legislatura la siguiente:

INICIATIVA DE DECRETO POR EL QUE SE REFORMA LA FRACCIÓN VII Y SE ADICIONA UNA FRACCIÓN VIII AL ARTÍCULO 5 DE LA LEY DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA DEL ESTADO DE QUINTANA ROO, Y SE REFORMA EL ARTÍCULO 56 DE LA LEY DE SALUD DEL ESTADO DE QUINTANA ROO.

Primero: Se reforma la fracción VII y se adiciona una fracción VIII al artículo 5 de la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de Quintana Roo, para quedar como sigue:

ARTÍCULO 5.- Los tipos de Violencia contra las Mujeres son:

I. a VI.- ...

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; y

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

Segundo: Se reforma el artículo 56 de la Ley de Salud del Estado de Quintana Roo, para quedar como sigue:

CAPITULO V ATENCIÓN MATERNO-INFANTIL

Artículo 56.- El objeto del presente capítulo es la protección materno-infantil y la promoción de la salud materna, que abarca el período 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.

La atención materno-infantil tiene carácter prioritario, **motivará al cumplimiento de los derechos reproductivos de la mujer, la no violencia obstétrica y los derechos de la niñez** y comprende las siguientes acciones:

I. La atención **integral** de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio;

II. La atención del niño y la vigilancia de su crecimiento y desarrollo **integral**, incluyendo la promoción de la vacunación oportuna, **atención prenatal**, y



III. La promoción de la integración y del bienestar familiar.

TRANSITORIO

Único. El presente Decreto entrará en vigor el día de su publicación en el Periódico Oficial del Estado de Quintana Roo.

CIUDAD CHETUMAL, QUINTANA ROO, A LOS VEINTICUATRO DIAS DEL MES DE MARZO DEL AÑO DOS MIL CATORCE.

**LA DIPUTADA PRESIDENTA DE LA COMISIÓN
DE SALUD Y ASISTENCIA SOCIAL**

M en AD. ARLET MÓLGORA GLOVER

**LA DIPUTADA PRESIDENTA DE LA COMISIÓN
DE EQUIDAD Y GÉNERO**

PROFRA. MARITZA ARACELLY MEDINA DÍAZ.

