



**DIPUTADO PASCUAL SIGALA PAEZ
PRESIDENTE DE LA MESA DIRECTIVA
DEL CONGRESO DEL ESTADO
PRESENTE.**

Brenda Fabiola Fraga Gutiérrez, en mi carácter de diputada integrante del Partido del Trabajo y con fundamento en el artículo 44 de nuestra Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Michoacán de Ocampo, y artículo 8 fracción II 234 y 235, someto a consideración de esta Soberanía, la presente Iniciativa que propone

EL ARTICULO 286 BIS. AL CÓDIGO PENAL PARA EL ESTADO DE MICHOACÁN DE OCAMPO.

Al tenor de la siguiente:

EXPOSICION DE MOTIVOS:

La Convención Internacional para erradicar todo tipo de Discriminación hacia la Mujer la (CEDAW), así como de la Convención Interamericana para la Prevención, Sanción y Erradicación de la Violencia hacia las Mujeres el (Belem do Pará), la Ley General por una Vida Libre de Violencia para las Mujeres, y la Ley General para la Igualdad entre Hombres y Mujeres, son disposiciones legales que deben guiar nuestros comportamientos y compromisos.

La Ley por una Vida Libre de Violencia para las Mujeres en el Estado de Michoacán, nos exhortan y llaman a participar activamente en generar condiciones que permitan dotar de las herramientas necesarias que garanticen mejores condiciones a las mujeres y legislar en favor de ellas para erradicar todo tipo y toda forma de violencia que sufren gran parte las mujeres en algún momento de su vida.

Hemos sido víctimas durante generaciones, debido a las sociedades patriarcales donde se reproducen valores, conceptos, pensamientos, y conductas machistas, mismas que en muchos casos ocasionan daños a la dignidad, a la moral, a la honra y acontecimientos psicológicos que marcan a la víctima de por vida.



La violencia obstétrica y ginecológica, es una forma específica de violación a los derechos humanos y reproductivos de las niñas y mujeres, incluyendo los derechos a la igualdad, a la no discriminación, a la información, a la integridad, a la salud y a la autonomía reproductiva en los servicios de salud —públicos y privados—, y es producto de un entramado multifactorial en donde confluyen la violencia institucional y la violencia de género.

El uso de servicios ginecológicos se caracteriza por requerirse en cualquier etapa de la vida de la mujer, mientras que la obstetricia hace referencia a un periodo concreto, el embarazo, parto y puerperio.

La violencia obstétrica ocurre cuando en los centros médicos se obliga a la embarazada a tener un parto por cesárea o el mismo mediante una posición ajena a sus usos y costumbres.

Se conocen estadísticas de estos hechos sobre quejas presentadas entre el 2009 y 2012. En el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) reportó 122 quejas por malos tratos y negligencia médica en el marco de la atención gineco-obstétrica.

Sin embargo, instancias como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Secretaría de Salud (Ss) argumentan no tener tal información. “La CNDH informó que recibió también 122 quejas, de las cuales 92 eran del IMSS, 13 del ISSSTE y 3 de la Ss.

Lo anterior muestra cómo las cifras reales sobre la violencia obstétrica y ginecológica son difícilmente conocidas, además el hecho de que no existan penalizaciones, reparaciones del daño o compromisos para no repetir tales acciones orilla a muchas mujeres a callar o dejar pasar tales situaciones.

La violencia obstétrica puede ser de dos tipos. La primera es física e implica manipulación del cuerpo, prácticas invasivas, suministro de medicamentos no justificados y modificar los procesos biológicos de la mujer sin que ella otorgue su consentimiento. Algunas acciones que entran en esta categoría de violencia obstétrica física son las “episiotomías, inducciones al parto a través del uso de oxitocina, uso de anestésicos, monitoreo fetal, y en el caso más extremo esterilizaciones forzadas, temporales e incluso definitivas”, trato deshumanizado.



Un elemento clave en la violencia obstétrica es la realización de cesáreas aun cuando existen las posibilidades de que la mujer tenga un parto natural.

México ocupa el cuarto lugar a nivel mundial en este tipo de procedimientos con un 38% de los nacimientos. Los hospitales privados llevan la batuta con la cifra del 90%, el IMMS con 51%, el ISSSTE con 40% y la Secretaría Salud con 25%.

En relación a la casi obligatoriedad de la cesárea que practican los hospitales privados y al lucro desmedido que hacen, resulta alarmante pues tales datos “contravienen la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que indica que la tasa de cesáreas debe ser como máximo de entre 10 y 15 por ciento de los nacimientos”.

El pensador Iván Illich (1975) afirma que mientras más poder se le otorgue al (a) médico éste (a) comenzará a apoderarse de los procesos de la vida. Por ejemplo, en el caso de las cesáreas la figura del médico afianza su poderío “con el examen prenatal mensual, cuando decide cómo y cuándo habrá de nacer el feto, el ambiente llega a considerarse como un útero mecánico y el profesional de la salud como el burócrata que asigna a cada quien su lugar adecuado”.

El segundo tipo de violencia obstétrica y también ginecológica es la psicológica e incluye “regañones, burlas, ironías, insultos, amenazas, humillaciones, manipulación de la información, negación al tratamiento... utilizarlas como recurso didáctico sin ningún respeto a su dignidad humana”.

El Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM) realizó una investigación que tenía como objetivo recabar testimonios de mujeres de barrios pobres que acudían a hospitales, maternidades y centros de salud públicos para atención ginecológica y obstétrica.

Los resultados fueron publicados en un informe titulado “*con todo al aire*” esto debido a que varias mujeres narraron “haber sido obligadas a permanecer desnudas en el parto o en consultas ginecológicas. Textualmente manifestaron “Me metieron la mano más o menos 13 estudiantes”, “sentí rabia, vergüenza”, “me metían el dedo como a un fenómeno”, un sin fin de experiencias desagradables para todas las mujeres que tuvieron que pasar por este proceso.



Testimonios de violencia ginecológica y obstétrica y medicalización del cuerpo es en base al reporte mencionado y a la información encontrada en blogs, redes sociales y demás páginas de internet sobre violencia ginecológica y obstétrica que a continuación se intentará mostrar cada arista de este tipo de agresiones en contra de las mujeres anexando sus propios testimonios.

Esto con la intención de que sus experiencias puedan ser conocidas, que su palabra sea escuchada. Una expresión frecuentemente usada por el personal médico hacia las mujeres en el momento del parto es aquella que indica que “si antes disfrutaron del sexo, ahora les toca aguantarse”, “Si te gustó lo dulce, aguántate lo amargo”;

¿Acaso hay un juicio de valor implícito sobre que la sexualidad en un momento placentera lleva aparejada a su contrario, el displacer, el dolor?. Es como si el personal sanitario intentara limitar la sexualidad de las mujeres a aquellos “prejuicios, valores o necesidades”. Casos como los anteriores hacen pensar que la consulta ginecológica y obstétrica se encuentra teñida de roles y funciones que una determinada cultura atribuye a la mujer.

Ahora bien, es común que el personal médico tome estos casos de violencia ginecológica y obstétrica como algo que se puede presumir con sus colegas, un indicio de la superioridad que se obtuvo a fuerza de descalificaciones.

Otro elemento importante es la falta de información que tienen las mujeres respecto a su estado médico y las posibilidades a las que tienen acceso por ser derechohabientes de un servicio sanitario.

En estos casos el personal de medicina y de enfermería no usa, sino que abusa de los datos que tiene sobre la mujer. Se utiliza a conveniencia la información y el lenguaje “para dar órdenes, indicaciones, instrucciones, señalizaciones, para producir comportamientos, ejecutar funciones, en fin, para hacer que la paciente obedezca, lo que se justifica con el argumento de que “ellas no saben nada, no entienden”.

Es aquí donde surge la pregunta ¿Cuál es el posicionamiento que toma el personal sanitario y cuál el de las mujeres respecto a informar o informarse sobre los derechos que se tienen al acudir a consulta o algún otro procedimiento quirúrgico?.



Una situación más donde se presenta la violencia ginecológica y obstétrica es cuando el personal médico hace uso de una relación disimétrica para invalidar las percepciones y decisiones de las mujeres sobre sus procesos fisiológicos, sobre el acontecer de su cuerpo.

Por ejemplo, en el momento de un parto parecieran no contar los aprendizajes que se tuvieron al alumbrar algún (a) hijo (a) previo o los cambios “en sus propios cuerpos, desdeñando aun las señales de alarma referidas por las pacientes, que permitirían identificar oportunamente el inicio de una complicación médica u obstétrica”.

Todos los testimonios anteriormente mencionados nos muestran a un cuerpo femenino medicalizado. La medicalización implica que una situación sea considerada como una problemática, que los agentes que lo solían atender no lo solucionen de manera efectiva.

Por lo tanto, se demandará a un nuevo sector su intervención, éste decidirá si responde a tal demanda, y de ser así, lo hará su nuevo campo de acción. Ahora bien, esto no es algo estático e inamovible, fue ocurriendo a través de los años gracias a diversas variables como lo son la aparición y mejora de herramientas y técnicas médicas, que el estado se haya empezado a hacer responsable de brindar atención sanitaria a sus habitantes, la percepción de los sujetos sobre sus posibilidades y responsabilidades como derechohabientes, entre otros.

Para ejemplificar el grado de la medicalización del cuerpo femenino tomaremos el caso concreto del parto. Existen narraciones y escritos antiguos que testifican que la mujer cuando empezaba a notar ciertos cambios en su cuerpo y deducía que se avecinaba el momento del parto, “se alejaba de los suyos para aislarse y dar a luz sin nadie en frente, sola, en las orillas de los ríos o de las lagunas”.

Sin embargo, hubo algunas ocasiones donde se presentaban algunas complicaciones o bien, se necesitaba el apoyo moral o físico de otro, por lo que la mujer acudió a alguna de sus semejantes que adquirió el nombre de partera.

Considerando el incremento de maltrato reportado en estudios nacionales e internacionales hacia la mujer en todas sus formas, y en razón al estado



vulnerabilidad que se presenta durante el embarazo, esta debe ser identificada y atendida con oportunidad.

Otros factores de riesgo que pueden incidir en el incremento de la mortalidad materna es la violencia que, en sus diferentes formas, tiene efectos negativos en la salud emocional y física de la mujer embarazada y complicaciones graves en su salud sexual y reproductiva.

La violencia sexual y la violencia a la mujer pueden ocasionar embarazos no deseados, problemas ginecológicos, abortos provocados e infecciones de transmisión sexual, entre ellas, la infección por sífilis y/o VIH.

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

Por lo mencionado, es necesario efectuar cambios en los procedimientos de la atención materno-infantil que deben ser normados, a fin de garantizar su cumplimiento en todo el país. De esta manera la presente iniciativa contribuirá a corregir desviaciones actualmente en uso, que afectan la calidad de la atención en salud y señalar pautas específicas a seguir para disminuir la mortalidad y la morbilidad materna y perinatal.

De esta manera buscamos la satisfacción de las mujeres para lograr una libertad de elegir la forma que conforme a sus costumbres y cultura decidan como deben ser tratadas a la hora de acudir a una revisión, atención médica o quirúrgica y prevenir daños físicos y psicológicos a las mismas.

Compañeras diputadas y diputados integrantes de la Septuagésima Tercera Legislatura del Honorable Congreso del Estado de Michoacán de Ocampo, en virtud de lo anteriormente expuesto y con fundamento legal en los artículos 36 fracción II y 44 fracción I de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Michoacán de Ocampo; artículo 8 fracción II, 234 y 235 de la Ley Orgánica y de procedimientos del Congreso del Estado de Michoacán de Ocampo; Presento la siguiente iniciativa con proyecto de:



DECRETO:

Artículo Único. Se adicionan los artículos 286 Bis. Al Código Penal para el Estado de Michoacán de Ocampo, para quedar como sigue:

Artículo 286 Bis.- Cometén el delito de violencia ginecológica y obstétrica, los profesionistas y auxiliares que realicen prácticas quirúrgicas y de atención médica que no hayan sido autorizadas o consentidas por la usuaria, causando daño psicológico con regaños, burlas, ironías, insultos, amenazas, humillaciones, manipulación de la información, negación al tratamiento y/o daño físico que implica manipulación del cuerpo, prácticas invasivas, suministro de medicamentos no justificados y modificar los procesos biológicos de la mujer sin que ella otorgue su consentimiento, violentando la dignidad y limitando a la víctima su derecho de libertad de decisión en los términos siguientes:

I.- Además de las penas fijadas para los delitos que resulten consumados según sean intencionales o por culpa punible, se les aplicará suspensión de un mes a dos años en el ejercicio de la profesión, o definitiva en caso de reincidencia;

II.- Estarán obligados a la reparación del daño por sus actos propios y por los de sus ayudantes, enfermeros o practicantes, cuando éstos obren de acuerdo con las instrucciones de aquéllos.

Este delito se persiguiera por querrela.

TRANSITORIO

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

Morelia, Michoacán, Palacio del Poder Legislativo del Estado de Michoacán de Ocampo, a los 23 veintitrés días del mes de septiembre del 2016 dos mil dieciséis.

Dip. Brenda Fabiola Fraga Gutiérrez



H. CONGRESO DEL ESTADO DE MICHOACÁN DE OCAMPO
COMISIÓN DE IGUALDAD DE GENERO

