



LXIV
 LEGISLATURA
 H. CONGRESO DEL
 ESTADO DE OAXACA
 EL CONGRESO DE LA IGUALDAD DE GÉNERO

"2019, AÑO POR LA ERRADICACIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES."



RECIBIDO
 13:37 hrs
 17 SEP 2019
 Lic. Chigas
 DIRECCIÓN DE APOYO
 LEGISLATIVO

San Raymundo Jalpan, Centro, Oax., 17 de Septiembre del 2019.

H. CONGRESO DEL ESTADO DE OAXACA
 LXIV LEGISLATURA

RECIBIDO
 12:47 hrs
 17 SEP 2019
 CON ANEXO
 SECRETARÍA DE SERVICIOS
 PARLAMENTARIOS

LIC. JORGE ABRAHAM GONZÁLEZ ILLESCAS.
SECRETARIO DE SERVICIOS PARLAMENTARIOS
DEL HONORABLE CONGRESO DEL ESTADO DE
OAXACA.
P R E S E N T E.

Las suscritas Diputadas Aleida Tonelly Serrano Rosado y Elim Antonio Aquino, integrantes del Grupo Parlamentario de MUJERES INDEPENDIENTES, por este medio anexo al presente remitimos a Usted, la presente **INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE REFORMA LA FRACCIÓN XVI DEL ARTÍCULO 7, Y SE ADICIONAN LA FRACCIÓN XVII DEL ARTÍCULO 7, Y LA FRACCIÓN V DEL ARTÍCULO 94 DE LA LEY ESTATAL DE SALUD.**

Lo anterior, para que sea incluida en la orden del día de la sesión ordinaria del Pleno Legislativo a celebrarse a las 11:00 horas del día miércoles dieciocho de septiembre del año en curso.

No dudando de la atención e intervención que brinde al presente, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE
"EL RESPETO AL DERECHO AJENO ES LA PAZ"

DIP. ALEIDA TONELLY SERRANO
ROSADO.

DIP. ELIM ANTONIO AQUINO



H. CONGRESO DEL ESTADO DE OAXACA
 LXIV LEGISLATURA

DIP. ELIM ANTONIO AQUINO

San Raymundo Jalpan, Oaxaca, a 05 de Septiembre del 2019.

**DIP. CESAR ENRIQUE MORALES NIÑO.
PRESIDENTE DE LA MESA DIRECTIVA
DE LA LXIV LEGISLATURA DEL
HONORABLE CONGRESO DEL ESTADO.
P R E S E N T E.**

Las suscritas **ALEIDA TONELLY SERRANO ROSADO** y **ELIM ANTONIO AQUINO**, Diputadas integrantes del Grupo Parlamentario de MUJERES INDEPENDIENTES, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 50 fracción I, 59 fracción LIII de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Oaxaca; y, 30 fracción I de la Ley Orgánica del Poder Legislativo del Estado de Oaxaca; y, 54 fracción I del Reglamento Interior del Congreso del Estado de Oaxaca, nos permitimos someter a la consideración de este Pleno Legislativo la presente **INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE REFORMA LA FRACCIÓN XVI DEL ARTÍCULO 7, Y SE ADICIONAN LA FRACCIÓN XVII DEL ARTÍCULO 7, Y LA FRACCIÓN V DEL ARTÍCULO 94 DE LA LEY ESTATAL DE SALUD**, al tenor de la siguiente:

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

PRIMERO.- La violencia contra las mujeres es una violación a los derechos humanos reconocidos en instrumentos internacionales como la Convención Belém do Pará, la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación en contra de la Mujer (CEDAW por sus siglas en inglés), y a nivel nacional en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, se protege a las mujeres de cualquier tipo de violencia, tanto en el ámbito público como el privado, incluyendo la violencia obstétrica.

Al respecto, es importante precisar que el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, estableciendo la Suprema Corte de Justicia de la Nación

jurisprudencia que entre los elementos que comprende el derecho a la salud se encuentra: “el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, por lo que para garantizarlo, es menester que sean proporcionados con calidad, lo cual tiene estrecha relación con el control que el Estado haga de los mismos”.¹

De igual forman, los artículos 10.1 y 10.2, incisos a) y b) del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”, reconocen que “toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”; asimismo que los Estados partes “se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho: a. La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad y b. La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado”.

Respecto del derecho a la salud de las mujeres, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, en su Recomendación General N° 24 señaló que “el acceso a la atención de la salud, incluida la salud reproductiva, es un derecho básico previsto en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer”.² Asimismo, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, en su “Informe sobre acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos”, enfatizó que es deber de los Estados garantizar el derecho a la integridad física, psíquica y moral de las mujeres en el

¹Jurisprudencia administrativa. “Derecho a la Salud. Su Protección en el artículo 271, segundo párrafo, de la Ley General de Salud”. Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009. Registro 167530

² CNDH. Recomendación 22/2018, 11 de julio de 2018, párr. 57.

acceso a servicios de salud materna en condiciones de igualdad, implica la priorización de recursos para atender las necesidades particulares de las mujeres en cuanto al embarazo, parto y/o periodo posterior al parto, particularmente en la implementación de intervenciones claves que contribuyan a garantizar la salud materna, como la atención de las emergencias obstétricas”.³

SEGUNDO.- Para muchas mujeres, el parto ha sido considerado una experiencia que puede representar el “cielo” o el “infierno”, percepciones en gran medida derivadas del cuidado y trato que hayan recibido, así como de la suficiencia o insuficiencia de recursos humanos, materiales, técnicos y especializados existentes en los espacios donde fueron atendidas.

El parto puede representar el “cielo” cuando se vive en una situación de tranquilidad, con la presencia de personal de salud que explica el curso del parto y atiende todas las situaciones que se presentan, disminuyendo el temor y la ansiedad; cuando se aprovechan las técnicas psicoprofilácticas con las que ya se cuenta para mejorar la posición, la respiración y la relajación con la subsecuente disminución del dolor y las molestias; cuando se respeta el pudor y la dignidad de la paciente y no se le agrede con procedimientos rutinarios sin sentido; cuando se le ofrece masajes y afecto; cuando se favorece que participe un/a acompañante para brindar apoyo físico-emocional y cariño, con la consecuente estimulación de oxitocina natural que favorece el trabajo de parto y la producción de endorfinas y relaxina; cuando se incluye un ambiente de poca luz, música relajante y temperatura ambiental adecuada, lo cual ayuda a la concentración, relajación y disfrute de ese momento tan especial disminuyendo la adrenalina, y cuando se reconocen los derechos de la mujer para “tomar las riendas” de su propio proceso de parto para vivirlo como una experiencia única, vital y gozosa.

³ CNDH. Recomendación 22/2018, 7 de junio de 2010, párr. 84.

En cambio, el mismo proceso puede ser vivido como “el infierno” si se atiende a la mujer de una manera rutinaria y fría, generando culpas con regaños, maltratos y humillaciones; cuando se le deja sola creándole temor, utilizando batas desechables casi transparentes o rotas y sin amarre que las cubra lo suficiente para respetar su intimidad, si no es que quedan desnudas; cuando se utiliza, sin su consentimiento previo, su cuerpo —y su ser— como objeto de enseñanza a personal en internado y residencia; cuando se les impone una serie de procedimientos agresivos, molestos e intimidantes —la mayoría de veces sin necesidad—, como el rasurado de la región púbica, los enemas, los tactos continuos y rutinarios, la inducción-conducción con oxitócicos, las episiotomías, la imposición de posturas horizontales antifisiológicas y del pujo dirigido⁴, así como la prohibición de moverse libremente, caminar, o beber líquidos, lo que atenta contra su integridad física y emocional.

Además, se les prohíbe la compañía de familiares o personas de su confianza y de parteras, tomar decisiones sobre las posturas de sus cuerpos para un parto natural, afectando su autoestima y confianza, con el consecuente dolor y la posibilidad de generar —por el exceso de acciones técnico medicalizadas innecesarias— complicaciones como distocias de contracción, atonías uterinas y sufrimiento fetal a consecuencia del efecto Poseiro⁵ y síndrome de vena-cava.⁶ Estos elementos, junto con los regaños — efecto del personal de salud que trabaja con monotonía y estrés— y la cercanía de otras mujeres angustiadas, favorecen la

⁴ El pujo dirigido se aplica durante el proceso de parto, al indicar a las mujeres hacerlo sin importar su impulso natural de cuándo pujar. Se convirtió en la norma hace medio siglo, cuando las mujeres eran medicadas fuertemente durante el parto, y sigue siendo una práctica común, a pesar de que las pruebas demuestran que esta técnica puede ser riesgosa para la salud de la/el bebé, por lo que debería evitarse

⁵ Compresión de la aorta abdominal y arterias ilíacas producida por el útero grávido contra la columna vertebral en la posición de decúbito supino.

⁶ Compresión de la vena cava inferior por el útero grávido en los mismos términos. Como efecto de éste y del mecanismo anterior, se disminuye el gasto cardíaco y el retorno venoso, y se produce consecuentemente hipotensión arterial, predisponiendo al colapso circulatorio; así mismo, puede ocasionar alteración de la irrigación de la placenta y, por ende, reducir el oxígeno que recibe la/el bebé, repercutiendo a su vez, en sufrimiento fetal.

producción de adrenalina y la inhibición de oxitocina, lo cual altera el proceso de parto.

En otros casos se les induce, también de manera habitual, a aceptar procedimientos presentados como una “alternativa” a la atención del parto natural, que alteran el trabajo de parto o la cesárea, por ejemplo, la analgesia epidural⁷, pero sin informar adecuadamente de todas las consecuencias, riesgos y molestias concomitantes.

En algunos hospitales del país aún se practica de manera rutinaria la revisión de la cavidad uterina sin anestesia⁸, desestimando el dolor causado por este procedimiento. Cuando por fin se culmina con el nacimiento del/la bebé, las experiencias negativas pueden continuar, puesto que no se les permite el contacto inmediato con su hijo/a. Resultado: vivir la experiencia de parto como un momento que puede cursar con sufrimiento, pena, dolor y frustración, sin la oportunidad de conectarse adecuadamente con el nuevo ser.

El “acceso al cielo” no requiere un gasto extraordinario para los servicios de salud o una inversión de tiempo adicional. De hecho, estimaciones señalan que el modelo de parto bajo las recomendaciones de la OMS produce una disminución significativa de los costos de atención. Los procedimientos técnicos propuestos, sus fundamentos científicos y la conciencia de querer vivir y disfrutar también, en tanto prestador/a de servicios de salud, el parto como una experiencia donde es posible

⁷El abuso de la analgesia obstétrica incrementa normalmente el uso de oxitócicos, así como el parto asistido por fórceps, por extractor de vacío, o la necesidad de una cesárea.

⁸ La retención de membranas o restos de la placenta es la tercera causa en frecuencia de las hemorragias obstétricas, lo cual puede ser sustituido simplemente llevando a cabo un adecuado manejo del alumbramiento, así como la inspección inmediata y completa de la placenta y membranas.

participar y enriquecerse personalmente, respetando los derechos humanos y actuando con el principio de equidad hacia la mujer.⁹

Derivado de lo anterior, en los últimos años se ha hablado del concepto "parto humanizado" que se ha prestado a controversias, sin embargo, este concepto obedece a un proceso histórico mundial, como una respuesta frente al modelo convencional medicalizado que desestima el proceso natural de las mujeres y no toma en cuenta sus necesidades emocionales, culturales y sociales, la perspectiva de género, ni las recomendaciones sustentadas en el enfoque basado en evidencias y los principios propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS).¹⁰

Se ha llamado "humanizado" al modelo de atención del parto que 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; persiguiendo como objetivo fundamental que se viva la experiencia del nacimiento 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, cómo y con quién parir, en este momento tan importante de su historia.

El papel del personal de salud y de los recursos materiales en los procesos de atención del parto, debe acotarse a ser los medios e "instrumentos" para lograr lo referido en el párrafo anterior. El proceso fisiológico del parto debe apoyarse para que sea lo más natural posible, sustentado en las recientes investigaciones

⁹ NACIMIENTO HUMANIZADO. APORTES DE LA ATENCIÓN INTERCULTURAL A LAS MUJERES EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO., José Alejandro Almaguer González., Hernán José García Ramírez.,Vicente Vargas Vite.

¹⁰ Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO Principles of Perinatal Care: the Essential Antenatal, Perinatal, and Postpartum Care Course. Boletín Electrónico del CLAP/ OPS/OMS 2002 feb;(14):15. Disponible en www.clap.ops-oms.org.

científicas y en el enfoque. Enfoque que responde a la ausencia de sustento científico de un alto porcentaje de las decisiones clínicas en la práctica médica, y que pretende mejorar su calidad fundamentado en el uso racional, explícito, juicioso y actualizado de los mejores datos objetivos con fundamentos científicos, aplicados al tratamiento de cada paciente. Con las modificaciones a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en 2011, se reconoce en el artículo 1º, el derecho al goce de los derechos humanos contemplados en la misma Constitución y en los tratados internacionales suscritos por México. Cuentan con carácter vinculante: la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1979), y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará, 1994), que obligan a las/os Servidores Públicos (incluyendo a los del sector salud) a evitar cualquier forma de discriminación y violencia contra la mujer.

El modelo de "nacimiento humanizado" incluye todo el proceso: desde el embarazo hasta el puerperio tardío (no solo el parto), y además da un peso muy importante al impacto que tiene esta atención en la/el bebé recién nacido/a y su desarrollo futuro, considerando sus necesidades de recibir alimento y afecto de manera inmediata, en un contexto de disminución del trauma y la violencia, y bajo el respeto de los derechos humanos.

Existe consenso en considerar que el nacimiento humanizado debe de incluir los siguientes elementos:

- I. Reconocer a la madre, el padre y su hija/o como los verdaderos protagonistas.
- II. No interferir rutinariamente este proceso natural; solo se debe intervenir ante una situación de riesgo evidente.

- III. Reconocer el derecho para la mujer y su pareja, a la educación para el embarazo y parto.
- IV. Reconocer y respetar las necesidades individuales de cada mujer/pareja y el modo en que se desarrolle esta experiencia.
- V. Respetar la intimidad del entorno durante el parto y el posparto.
- VI. Brindar atención personalizada y continua en el embarazo, parto y puerperio.
- VII. Favorecer la libertad de movimiento y posición de la mujer durante todo el trabajo de parto (en cuclillas, hincada, sentada, en el agua, o como desee).
- VIII. Promover la relación armónica y personalizada entre la pareja y el equipo de asistencia profesional.
- IX. Respetar la decisión de la mujer sobre quién desea que la acompañe en el parto (familia, amistades).
- X. Privilegiar el vínculo inmediato de la madre con su hija/o, evitando someterle a exámenes o a cualquier maniobra de resucitación, que sean innecesarios.

Derivado de lo anterior, las diputadas integrantes del Grupo Parlamentario Mujeres Independientes, sometemos a este Pleno Legislativo, la presente iniciativa con proyecto de decreto, por el que se adicionan las fracciones al artículo 7, y la fracción V al artículo 94 de la Ley Estatal de Salud, con la finalidad de que el Sistema Estatal de Salud impulse la actualización y capacitación continua de los recursos humanos, en materia de atención a las mujeres en el parto con enfoque humanizado (con el objetivo de que se viva la experiencia del nacimiento como un momento especial y placentero en condiciones de dignidad humana, incluye al personal de salud, pretendiendo que pueda también compartir ese gozo y no sufrir el parto, erradicando el síndrome de Burnot, causado por trabajar en condiciones deshumanizantes), intercultural (que parte de reconocer la diversidad cultural tanto

de las personas usuarias como del personal de salud, con sus demandas y expectativas), y seguro (que parte de reconocer el derecho de la mujer de recibir y del personal de salud de otorgar, una atención médica basada en fundamentos científicos).¹¹

Por otra, parte se pretende establecer que la educación para la salud debe ser integral y tener por objeto, orientar a la mujer embarazada, a la atención personalizada y continua que debe tener en el embarazo, parto y puerperio; así como de la relación armónica y personalizada entre su pareja y el personal médico; el respeto a la decisión de quién desea que la acompañe en el parto; y a que se privilegie el vínculo inmediato de la madre con su hijo recién nacido.

**LA SEXAGÉSIMA CUARTA LEGISLATURA CONSTITUCIONAL DEL ESTADO
LIBRE Y SOBERANO DE OAXACA,**

DECRETA:

ÚNICO. Se **REFORMA** la fracción XVI del artículo 7, y se **ADICIONAN** la fracción XVII del artículo 7, y la fracción V del artículo 94 de la Ley Estatal de Salud, para quedar de la siguiente manera:

ARTÍCULO 7.- La coordinación del Sistema Estatal de Salud estará a cargo de la Secretaría de Salud del Estado, correspondiéndole lo siguiente:

I a la XV.-...

¹¹ CAPITULO IV. ESQUEMA DEL MODELO DE ATENCIÓN A LAS MUJERES DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO CON ENFOQUE HUMANIZADO, INTERCULTURAL Y SEGURO., 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/GuiaImplantacionModeloParto.pdf>

XVI.- Impulsar la actualización y capacitación continua de los recursos humanos, en materia de atención a las mujeres en el parto con enfoque humanizado, intercultural y seguro.

XVII.- Las demás atribuciones, afines a las anteriores que se requieran para el cumplimiento de los objetivos del Sistema Estatal de Salud, y las que determinen las disposiciones generales aplicables.

ARTÍCULO 94.- La educación para la salud debe ser integral y tiene por objeto:

I a la IV.-...

V.- Orientar a la mujer embarazada, a la atención personalizada y continua que debe tener en el embarazo, parto y puerperio; así como de la relación armónica y personalizada entre su pareja y el personal médico; el respeto a la decisión de quién desea que la acompañe en el parto; y a que se privilegie el vínculo inmediato de la madre con su hijo recién nacido.


TRANSITORIOS.


ÚNICO.- El presente decreto entrara en vigor al día siguiente de su publicación en el Periódico Oficial del Estado de Oaxaca.

Dado en la sede del H. Congreso del Estado, San Raymundo Jalpan, Oaxaca a 18
de Septiembre del año 2019.

ATENTAMENTE
"EL RESPETO AL DERECHO AJENO ES LA PAZ"


**DIP. ALEIDA TONELLY SERRANO
ROSADO.**


DIP. ELIM ANTONIO AQUINO.


EL CONGRESO DEL ESTADO DE OAXACA
LXIV LEGISLATURA
DIP. ELIM ANTONIO AQUINO