



Diario de los Debates

ÓRGANO OFICIAL DE LA CÁMARA DE DIPUTADOS
DEL CONGRESO DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

Segundo Periodo de Sesiones Ordinarias del Primer Año de Ejercicio

Presidente

Diputado Sergio Carlos Gutiérrez Luna

Año I

Miércoles 5 de marzo de 2025

Sesión 20 Anexo I

Mesa Directiva

Presidente

Dip. Sergio Carlos Gutiérrez Luna

Vicepresidentes

Dip. María de los Dolores Padierna Luna

Dip. Kenia López Rabadán

Dip. María del Carmen Pinete Vargas

Secretarios

Dip. Julieta Villalpando Riquelme

Dip. Alan Sahir Márquez Becerra

Dip. Nayeli Arlen Fernández Cruz

Dip. José Luis Montalvo Luna

Dip. Fuensanta Guadalupe Guerrero Esquivel

Dip. Laura Irais Ballesteros Mancilla

Junta de Coordinación Política

Presidente

Dip. Ricardo Monreal Ávila
Coordinador del Grupo Parlamentario
de Morena

Coordinadores de los Grupos Parlamentarios

Dip. José Elías Lixa Abimerhi
Coordinador del Grupo Parlamentario del
Partido Acción Nacional

Dip. Carlos Alberto Puente Salas
Coordinador del Grupo Parlamentario del
Partido Verde Ecologista de México

Dip. Reginaldo Sandoval Flores
Coordinador del Grupo Parlamentario del
Partido del Trabajo

Dip. Rubén Ignacio Moreira Valdez
Coordinador del Grupo Parlamentario del
Partido Revolucionario Institucional

Dip. Ivonne Aracelly Ortega Pacheco
Coordinadora del Grupo Parlamentario de
Movimiento Ciudadano



**CÁMARA DE
DIPUTADOS**
— LXVI LEGISLATURA —
SOBERANÍA Y JUSTICIA SOCIAL

Diario de los Debates

ÓRGANO OFICIAL DE LA CÁMARA DE DIPUTADOS
DEL CONGRESO DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

Segundo Periodo de Sesiones Ordinarias del Primer Año de Ejercicio

Director General de Crónica y Gaceta Parlamentaria Gilberto Becerril Olivares	Presidente Diputado Sergio Carlos Gutiérrez Luna	Directora del Diario de los Debates Eugenia García Gómez
Año I	Ciudad de México, miércoles 5 de marzo de 2025	Sesión 20 Anexo I

SUMARIO

INICIATIVAS CON PROYECTO DE LEY O DECRETO

LEY GENERAL DE SALUD Y LEY GENERAL DE ACCESO A LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA

La diputada Mariana Benítez Tiburcio, en nombre propio y de diputados integrantes del Grupo Parlamentario de Morena, presenta la iniciativa con proyecto de decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en materia de derechos reproductivos y violencia gineco-obstétrica.

5

LEY FEDERAL DEL TRABAJO Y LEY GENERAL DE SALUD

La diputada Patricia Mercado Castro, del Grupo Parlamentario de MC, presenta la iniciativa con proyecto de decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley Federal del Trabajo y de la Ley General de Salud, en materia de enfermería.

49

LEY GENERAL DE SALUD

La diputada María Teresa Ealy Díaz, en nombre propio y de diputados integrantes de los Grupos Parlamentarios de Morena, del PVEM, del PT, del PAN, del PRI y de MC, presenta la iniciativa con proyecto de decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, en materia de derechos reproductivos y violencia gineco-obstétrica.

99

Iniciativa con Proyecto de Decreto que reforma y adiciona diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley de Acceso de las Mujeres a Una Vida Libre de Violencia, en Materia de Derechos Reproductivos y Violencia Gineco-Obstétrica

La suscrita Diputada Federal Mariana Benítez Tiburcio, así como las y los Diputados Federales de la LXVI Legislatura del Honorable Congreso de la Unión, integrantes del Grupo Parlamentario de Morena, con fundamento en los artículos 71 fracción II, 73 fracción XXI último párrafo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; así como en los artículos 6, numeral 1 fracción I, 77 y 78 del Reglamento de la Cámara de Diputados, por este conducto, presentamos ante esta soberanía la siguiente **Iniciativa con Proyecto de Decreto por el que se reforman y adicionan disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley de Acceso de las Mujeres a Una Vida Libre de Violencia, en Materia de Derechos Reproductivos y Violencia Gineco-Obstétrica.**

1.- Planteamiento del problema

En muchos países las mujeres han denunciado tratos crueles e inhumanos por parte del personal de salud durante el embarazo, el parto y el puerperio, y México no es la excepción. Esto constituye un tipo de violencia misógina, catalogada también como violencia obstétrica. Esta conducta lamentablemente no sorprende a nadie dado que vivimos en un mundo, que, como bien señaló Simone de Beauvoir *siempre ha pertenecido a los varones*¹ lo que produce que casi en todas las áreas del conocimiento humano exista una visión patriarcal, a la cual no escapa la medicina moderna. De ahí que el feminismo entendido –no como una filosofía, tampoco como una teoría, menos como un punto de vista– como un movimiento

¹ De Beauvoir, Simone. El segundo sexo. Penguin Random House Grupo Editorial, de Bolsillo. México 2024, décima octava reimpresión. P. 63.

político con el que transformar el mundo hasta dejarlo irreconocible² deba ocuparse de reivindicar la condición de las mujeres y eliminar los sistemas de opresión que nos rodean, de tal forma que maximicemos nuestros derechos, incluyendo los sexuales y reproductivos y contribuyamos a que la práctica médica tenga perspectiva de género.

El término «violencia obstétrica» apareció por primera vez en América Latina en la década de 2000. Según Sánchez, el activismo contra la violencia obstétrica en América Latina surgió de una larga historia de activismo mundial para garantizar un parto respetuoso. Atribuye el reconocimiento de la violencia obstétrica al reconocimiento internacional de los esfuerzos del movimiento por la salud de las mujeres a lo largo del tiempo, especialmente por parte de la Organización Mundial de la Salud, que inició una campaña para reducir las intervenciones médicas innecesarias durante el proceso del parto.³

Los esfuerzos para responder a la violencia obstétrica y prevenirla tienen sus raíces en el movimiento por un parto humanizado, que se centra en des-medicalizar el parto, argumentando que «el parto es un acontecimiento normal en el que las mujeres deben estar al mando y las intervenciones médicas deben utilizarse sólo cuando sean necesarias»⁴.

Pero ¿qué se entiende por violencia en obstetricia? Esta pregunta es el *quid* de las dificultades que entraña regular y legislar la violencia obstétrica. La violencia obstétrica se ha definido en términos tanto de sus manifestaciones agudas (formas

² Véase Srinivasan, Amia. El derecho al sexo, feminismo en el siglo XXI. Editorial Anagrama. Barcelona 2022, primera edición. P. 11.

³ Pickles, Camilla. Eliminating abusive care. A criminal law response to obstetric violence in South Africa. Artículo publicado en SA Crime Quarterly No. 54. Diciembre 2015. P. 5. Traducción propia.

⁴ *Idem*

directas de violencia contra las mujeres durante el parto) como de sus causas estructurales (como la falta de acceso a la asistencia para las poblaciones rurales).⁵

De acuerdo con el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) la violencia obstétrica es una forma específica de violencia contra las mujeres y otras personas con capacidad de gestar que constituye una violación a sus derechos humanos. Tiene lugar en los servicios de salud públicos y privados, durante la atención del embarazo, parto y posparto, y consiste en cualquier acción u omisión que les cause un daño físico o psicológico. Puede incluir la negación del acceso a servicios de salud reproductiva; un trato cruel, inhumano o degradante; el suministro excesivo de medicamentos; la práctica de cesáreas no justificadas, la imposición de métodos anticonceptivos sin el consentimiento de la mujer o persona gestante, así como cualquier acción que menoscabe su capacidad de decidir de manera libre e informada sobre sus procesos reproductivos. La manifestación más grave de violencia obstétrica es la muerte de la mujer o persona gestante. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la muerte materna es aquella que sucede durante el embarazo, parto o puerperio debido a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o durante su atención.⁶

Esta iniciativa para visibilizar, prevenir, sancionar y erradicar este tipo de violencia no surge en el vacío, sino que se enraíza precisamente en el trabajo incansable de colectivos feministas y organizaciones como el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), cuyas luchas históricas han sentado las bases para transformar la atención materna en América Latina. Por ello, aquí se retoman los marcos conceptuales y metodológicos construidos por GIRE

⁵ Dixon, Lydia Z. "Everything is obstetric violence" Contextualizing the movement in Mexico. Artículo publicado en: Castañeda, Angela N; Hill, Nicole y Johnson Searcy, Julie. *Obstetric Violence, realities and resistance from around the world*. Editorial Demeter Press, Canada 2022. P. 266. Traducción propia.

⁶<https://violenciaobstetrica.gire.org.mx/#:~:text=Entre%202016%20y%202021%2C%20se,violencia%20obst%C3%A9trica%3B%20en%202021%20este.>

y otros colectivos para definir la violencia gineco-obstétrica, reconociendo que esta lucha es colectiva y transgeneracional.

Reconocer el trabajo de quienes nos anteceden –colectivas, abogadas feministas, parteras, investigadoras, filósofas, académicas, médicas, etc– es un acto de justicia epistémica. Esta iniciativa no es un proyecto individual, sino un eslabón en una cadena de resistencias y saberes compartidos. Las y los legisladores debemos sumarnos a esta lucha, porque la violencia obstétrica no es un "destino biológico", sino una injusticia que podemos –y debemos– erradicar entre todas.

En nuestro país entre 2016 y 2021, se observa que la violencia obstétrica se mantuvo prácticamente constante: en 2016, 33.4 por ciento de las mujeres en edad reproductiva que informaron haber tenido al menos un parto en los últimos cinco años experimentaron por lo menos una manifestación de violencia obstétrica; en 2021 este porcentaje fue de 30.9 por ciento. Es decir, una de cada tres mujeres sufrió algún tipo de violencia obstétrica durante su último parto.⁷ Sobra decir que esas cifras son alarmantes.

Por lo que hace a la mortalidad materna, esta se entiende como: la muerte de la mujer durante el embarazo, el parto o los 42 días posteriores al parto, por cualquier cosa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio, o su manejo pero no por causas accidentales. La mortalidad materna es un tema de derechos humanos; al ser prevenible debería ser poco recurrente. En la medida en que se desarrollan los avances tecnológicos en el campo de la medicina, la mortalidad materna se va convirtiendo cada vez más en anomalía, debido a ello, internacionalmente se ha establecido un cálculo para medir las barreras al acceso a los servicios de salud materna. La Razón de Mortalidad Materna (RMM) se calcula a partir del número de mujeres que mueren durante el embarazo, parto o puerperio en un periodo, dado por cada 100,000 nacidos vivos en el mismo lapso. Actualmente la razón de mortalidad materna en

⁷<https://violenciaobstetrica.girc.org.mx/#:~:text=Entre%202016%20y%202021%2C%20se,violencia%20obst%C3%A9trica%3B%20en%202021%20este.>

México es de 39.3 (aumentó por la pandemia del Covid-19), y los mayores índices de defunciones se encuentran en los estados de Oaxaca, Guerrero, Chiapas, Veracruz, Estado de México y la Ciudad de México, donde por cierto, se encuentra la mayor parte de la población indígena y afrodescendiente en México; dichas entidades son, además, las que registran los mayores niveles de pobreza.⁸

2. Exposición de motivos

Las mujeres poseemos el derecho de decidir sobre nuestra vida sexual y reproductiva. Nosotras somos las únicas cuya palabra debería ser tomada en cuenta respecto de cómo, cuándo y dónde ser madres, o no serlo. Correlativamente, nosotras tenemos el derecho de decidir con qué método, dónde y con quién dar a luz, a pesar de ello, en nuestro país los derechos sexuales y reproductivos de millones de mujeres no han sido respetados de manera sistemática, especialmente los derechos de las mujeres afrodescendientes, indígenas, empobrecidas quienes mayoritariamente viven en condiciones de segregación y marginación socioterritorial.⁹

Tal como lo refiere Angélica Aparicio en su libro “Matrices indignas: Sobre la anticoncepción forzada contra mujeres racializadas en México”, *“nuestra llegada del mundo es férvida: nuestras madres son los albores del parto sufren de contracciones dolorosas; los partos naturales no son cualquier cosa, hay gritos, sudor, sangre, dolor y cansancio; el cuello del útero se dilata hasta los diez centímetros para expulsar a un bebé que podría pasar hasta tres kilos y medio. Por otra parte, con la cesárea se atenúa el dolor del parto, pero es bastante invasiva con el cuerpo; la anestesia epidural es aplicada en la parte baja de la espalda para adormecer el*

⁸ Véase Aparicio Saavedra, Angélica. Matrices indignas: Sobre la anticoncepción forzada contra mujeres racializadas en México. Un acercamiento histórico-filosófico. Primera Edición. México, 2023, Laboratorio editorial de la Universidad Iberoamericana Puebla. Fábrica de Libros. P. 44.

⁹ Véase Aparicio Saavedra, Angélica. Matrices indignas: Sobre la anticoncepción forzada contra mujeres racializadas en México. Un acercamiento histórico-filosófico. Primera Edición. México, 2023, Laboratorio editorial de la Universidad Iberoamericana Puebla. Fábrica de LibrosP. 13.

cuerpo de la madre de la cintura a los pies, su función es reducir el dolor de las contracciones y evitar que se sienta algún tipo de dolor ya sea al realizarse una profunda incisión en el vientre para extraer al bebé o durante la labor de parto. Ahora bien, a pesar del enorme esfuerzo y cansancio de las mujeres parturientas, —en una sociedad patriarcal como la nuestra— existen doctores que a ofenden, agreden y humillan a una mujer que se encuentra en una situación tan vulnerable o ejercer distintos tipos de violencia obstétrica.”¹⁰ Estas conductas reprobables no deben ser toleradas por el derecho.

El movimiento para reconocer y responder a la violencia obstétrica —que ha surgido en Latinoamérica— fomenta un cambio de mentalidad que pasa de considerar únicamente la necesidad médica de un procedimiento. El movimiento sitúa esta forma de violencia en el contexto más amplio de las desigualdades sociales de las mujeres por motivos de género, raza y clase. Es decir, «*la forma en que se trata a las mujeres durante el parto... es un reflejo de la forma en que se las trata en la sociedad en general*». Cuando determinadas prácticas obstétricas se identifican y enmarcan como violaciones perjudiciales, se exige responsabilidad jurídica a los autores individuales y a las instituciones estatales que permiten la persistencia de la conducta.¹¹

Los procedimientos que se han identificado como formas de violencia obstétrica son aquellos que se imponen a las mujeres como rutina (sin tener ningún fundamento científico) y sin consentimiento informado. Entre ellos se incluyen las episiotomías (es decir, incisiones que ensanchan la abertura de la vagina durante el parto) innecesarias o la realización de episiotomías después del parto únicamente con fines de formación; la revisión manual de las cavidades uterinas de las mujeres sin alivio del dolor; la inserción de mecanismos anticonceptivos de larga duración directamente después del parto o la oclusión tubaria bilateral sin consentimiento; los exámenes de tacto vaginal colectivos con fines de formación; la atadura de las piernas de las mujeres a la mesa

¹⁰ *Idem.*

¹¹ Pickles, Camilla. Eliminating abusive care. A criminal law response to obstetric violence in South Africa. Artículo publicado en SA Crime Quarterly No. 54. Diciembre 2015. P. 5. Traducción propia.

de partos; el hecho de que los profesionales sanitarios no se presenten antes de atender a las mujeres; y las esterilizaciones forzadas.¹²

Todas estas conductas atentan contra los derechos de las mujeres a vivir una vida libre de violencia, de igualdad y no discriminación y de acceso a la salud. Atendiendo a los datos de mortalidad materna y de violencia obstétrica que conocemos, y entendiendo que las autoridades Estado mexicano tienen la obligación de promover, garantizar, proteger y respetar los derechos humanos reconocidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y los tratados internacionales en materia de derechos humanos de los que México es parte, resulta urgente legislar sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y otras personas con capacidad de gestar, teniendo como objetivo hacer frente al grave problema de violencia obstétrica de la que son y han sido víctimas las mujeres mexicanas.

El cumplimiento de la obligación del Estado de respetar y garantizar el derecho a la salud debe dar especial cuidado a los grupos vulnerables y marginalizados, por lo que el grave problema de violencia obstétrica que enfrentan las mujeres en el sistema de salud debe ser entendido desde un enfoque con perspectiva de género, interseccionalidad y transversalidad.

Cuando hablamos de interseccionalidad nos referimos a que la identidad de una persona no es unitaria, sino que se construye de múltiples identidades que coexisten, por ejemplo: mujer afrodescendiente bisexual, mujer indígena lesbiana, mujer blanca demisexual; al mismo tiempo que estas identidades coexisten, están conectadas con diversos sistemas de opresión, como el patriarcado, las clases sociales, el racismo o la heteronormatividad. Esta categoría creada por Crenshaw permite realizar estudios de género integrales y complejos, pues permite abordar las

¹² *Idem.*

*diferentes experiencias de mujeres que viven en diferentes circunstancias, con diferentes privilegios y diferentes opresiones.*¹³

La violencia obstétrica no solamente es un tipo de violencia de género con –naturalmente– raíces patriarcales, sino que también constituye **un grave problema de salud pública**, que debe ser atendido como tal mediante la creación de normas de conducta en el ejercicio de la actividad sanitaria en este ámbito.

3. El derecho a la salud y perspectiva de género

El derecho a la salud se encuentra reconocido en el artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en los tratados internacionales en materia de derechos humanos de los que México es parte; por ejemplo, en los artículos 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana Sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales –*Protocolo de San Salvador*.

Al respecto, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en el caso *Ximenes Lopez vs. Brasil* ha establecido que la salud es un bien público cuya protección está a cargo de los Estados, por lo que éstos tienen la obligación de prevenir que terceros interfieran indebidamente en el goce de los derechos a la vida y a la integridad personal, que son particularmente vulnerables cuando una persona se encuentra bajo tratamiento de salud; y es por eso que el Estado debe regular y fiscalizar toda la asistencia de salud prestada a las personas bajo su jurisdicción, como deber especial de protección a la vida y a la integridad personal,

¹³ Aparicio Saavedra, Angélica. *Matrices indignas: Sobre la anticoncepción forzada contra mujeres racializadas en México. Un acercamiento histórico-filosófico*. Primera Edición. México, 2023, Laboratorio editorial de la Universidad Iberoamericana Puebla. Fábrica de Libros. Pp. 39 y 40.

independientemente de si la entidad que presta tales servicios es de carácter público o privado.¹⁴

Así mismo, tanto el Tribunal Pleno, como las Salas de la Suprema Corte de Justicia de la Nación han reiterado que la protección del derecho a la salud impone para el Estado tres tipos de obligaciones: deberes de respeto, de promoción y de garantía de su cumplimiento.¹⁵

Aunado al derecho a la salud, el Estado mexicano también ha suscrito tratados internacionales en materia de derechos humanos de las mujeres; por ejemplo, en el Sistema Universal de Protección de Derechos Humanos (SUDH) suscribimos la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la cual en su artículo 10 inciso h) establece la obligación que tienen los Estados Partes para adoptar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer, a fin de asegurarle la igualdad de derechos con el hombre en la esfera de la educación y en particular para asegurar, que se brinde acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluida la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia; el artículo 12.1 del citado instrumento internacional establece la obligación de los Estados de adoptar 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 y finalmente el artículo 12.2 establece que los Estados deben garantizar a las mujeres servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período

¹⁴ Véase párrafo 89 de la sentencia.

¹⁵ Véase la tesis con Registro digital: 161333 y rubro “DERECHO A LA SALUD. IMPONE AL ESTADO LAS OBLIGACIONES DE GARANTIZAR QUE SEA EJERCIDO SIN DISCRIMINACIÓN ALGUNA Y DE ADOPTAR MEDIDAS PARA SU PLENA REALIZACIÓN”

posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.¹⁶

En el Sistema Interamericano de Protección de los Derechos Humanos (SIDH) nuestro país suscribió la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (conocida como *Convención de Belém do Pará*) la cual establece, entre muchas otras cosas, que las mujeres tienen derecho a vivir una vida libre de violencia, lo cual comprende el derecho a vivir libre de discriminación.¹⁷

Así mismo la *Convención de Belém do Pará* establece en los artículos del 7 al 9 las obligaciones y medidas que los Estados deben adoptar para garantizar los derechos de las mujeres, entre ellos se encuentra: ***incluir en su legislación interna normas penales, civiles y administrativas, así como las de otra naturaleza que sean necesarias para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer y adoptar las medidas administrativas apropiadas que sean del caso.***

De igual forma, no podemos pasar por alto que el 15 de noviembre de 2024 se publicó en el Diario Oficial de la Federación una reforma constitucional que modificó el artículo 4º para reconocer que las mujeres tienen derecho a la igualdad sustantiva y que toda persona tiene derecho a vivir una vida libre de violencia, pero tratándose de mujeres, niñas, niños y adolescentes, el Estado tiene un deber reforzado de protección.

¹⁶ <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women>

¹⁷ Véanse artículos 3 y 6.

La Corte Interamericana de Derechos Humanos en diversas sentencias se ha pronunciado respecto a la violencia gineco-obstétrica; por ejemplo en el caso Rodríguez Pacheco y otra vs. Venezuela a CIDH señaló que la violencia que sufren las mujeres durante el embarazo, parto y después del parto en el acceso a los servicios de salud, constituye una violación de derechos humanos y una forma de violencia basada en género denominada violencia obstétrica, la cual abarca todas las situaciones de tratamiento irrespetuoso, abusivo, negligente, o de denegación de tratamiento, durante el embarazo y la etapa previa, y durante el parto o post-parto, en centros de salud públicos o privados.¹⁸

En el miso caso, la CIDH estableció que el derecho a la salud sexual y reproductiva es parte del derecho a la salud. Este derecho se relaciona, por un lado, con la autonomía y la libertad reproductiva, en cuanto al derecho a tomar decisiones autónomas sobre su plan de vida, su cuerpo y su salud sexual y reproductiva, libre de toda violencia, coacción y discriminación; reconociendo que la salud sexual y reproductiva tiene implicancias particulares para las mujeres, debido a su capacidad biológica de embarazo y parto. En este sentido, la obligación de brindar atención médica sin discriminación implica que la misma tome en cuenta que las necesidades en materia de salud de las mujeres son distintas de las de los hombres, y se presten servicios apropiados para las mujeres.

Tomando en consideración los artículos 1 y 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y los tratados internacionales en la materia, la obligación del Estado mexicano no se agota con el simple reconocimiento del derecho a la salud a través de una disposición constitucional, sino que la misma está supeditada a la adopción de medidas, el diseño de políticas públicas, la abstención de actos revictimizantes y por supuesto, legislar y, además, con perspectiva de género.

¹⁸ Véase párrafo 103 de la sentencia.

La violencia gineco-obstétrica no solo debe combatirse desde la sanción de sus manifestaciones, sino también –y de manera urgente– desde la prevención. Para romper el ciclo de maltrato, medicalización abusiva y violación de la autonomía reproductiva –que son síntomas de un sistema de salud patriarcal– es indispensable atacar las causas estructurales que normalizan estas prácticas en las instituciones de salud. Como señaló GIRE en su informe *"Derechos humanos de las mujeres y protección legal de la vida desde la concepción en México"*, la autonomía reproductiva solo será posible cuando se desmonten las estructuras que niegan a las personas el derecho a decidir sobre sus propios cuerpos; por ello, la iniciativa incorpora una **dimensión preventiva** que obliga al Estado a diseñar e implementar programas permanentes de capacitación dirigidos a fortalecer las competencias técnicas, éticas y humanistas del personal médico, de enfermería y partería en la atención del embarazo, parto, posparto y puerperio

El corazón de esta iniciativa radica en entender que la violencia obstétrica no es un fenómeno aislado, sino un síntoma de un sistema de salud que históricamente ha desatendido las necesidades específicas de mujeres, gestantes y personas con capacidad de gestar. Para transformar esta realidad, la iniciativa establece que todo el personal de salud, tanto en instituciones públicas como privadas, deberá recibir formación y capacitación sobre la atención obstétrica respetuosa, con énfasis en el consentimiento informado, la no discriminación y el derecho a la toma de decisiones autónomas, para lo cual el Estado deberá diseñar campañas de información, programas y protocolos.

Estos programas deben ser interseccionales, de tal forma que integren perspectivas de género, interculturalidad y derechos humanos, reconociendo las vulnerabilidades específicas de comunidades indígenas, personas de la comunidad LGBTQ+, migrantes y mujeres en contextos de pobreza.

3.1 El deber reforzado de protección del Estado

En la doctrina judicial interamericana, se ha reconocido que el Estado tiene prohibido discriminar de manera directa o indirecta, de tal forma que los Estados están obligados a adoptar medidas positivas para revertir o cambiar situaciones discriminatorias existentes en sus sociedades, en perjuicio de determinado grupo de personas. Esto implica el deber especial de protección que el Estado debe ejercer con respecto a actuaciones y prácticas de terceros que, bajo su tolerancia o aquiescencia, creen, mantengan o favorezcan las situaciones discriminatorias.¹⁹

La Suprema Corte de Justicia de la Nación en el Amparo en Revisión 1064/2019 ha reconocido que las mujeres **en la prestación de servicios reproductivos, particularmente en la atención del parto y post parto, se colocan en una especial situación de vulnerabilidad derivada, no solo de su salud física y emocional, sino también de la asimetría de poder frente al personal médico —y a veces, de todo un sistema ineficiente de prestación de servicios de salud—** que las coloca en una posición de subordinación e inferioridad; hecho que, en consecuencia, las ubica en una condición de marginación en clara desventaja social para su defensa en el juicio.²⁰

Con la reciente reforma Constitucional en materia de igualdad sustantiva, el deber reforzado de protección que tiene el Estado frente a estos grupos vulnerables también se encuentra reconocido en nuestra norma fundamental. En tal tesitura, todos los órganos del Estado, incluyendo el Poder Legislativo, debemos adoptar medidas para garantizar el pleno goce y ejercicio de los derechos humanos que asisten a las mujeres y personas gestantes.

¹⁹ Corte IDH. Condición jurídica y derechos de los migrantes indocumentados. Opinión Consultiva OC-18/03 de 17 de septiembre de 2003. Serie A No. 18, párrafo 104.

²⁰ Véase párrafo 69 de la versión pública de la sentencia.

4. Argumentos para criminalizar la violencia obstétrica

Como ya establecimos, el Estado tiene la obligación de prevenir, sancionar y erradicar todas las formas de violencia contra la mujer; si bien hemos hecho énfasis en que esta iniciativa tiene una dimensión preventiva, también tiene una dimensión sancionadora a través del derecho penal. Desde este momento es importante señalar que la inclusión del delito de violencia gineco-obstétrica en esta iniciativa legislativa no responde a un ánimo de criminalizar individualmente a médicos, enfermeras o personal de salud. Por el contrario, busca **romper con décadas de impunidad sistémica** que han permitido la normalización de prácticas violentas –desde la falta de consentimiento informado hasta el trato degradante– en los servicios de salud reproductiva. El objetivo no es estigmatizar a quienes ejercen la medicina, sino corregir un sistema que, al no establecer consecuencias claras para estas violaciones, perpetúa un ciclo de desprotección y revictimización.

El reconocimiento legal de la violencia gineco-obstétrica como delito cumple tres propósitos fundamentales, siempre desde una mirada restaurativa: **a) visibilizar la gravedad de estas violaciones:** al tipificarla, se reconoce que estas conductas no son "errores médicos" menores, sino actos que vulneran derechos humanos fundamentales, como la integridad física, la autonomía y la dignidad; **b) desincentivar prácticas arraigadas:** la amenaza de sanciones legales actúa como un disuasivo para protocolos obsoletos –como las episiotomías rutinarias sin justificación– o actitudes de desprecio hacia las pacientes y, finalmente **c) garantizar acceso a la justicia:** actualmente, la mayoría de las víctimas enfrentan un vacío legal al intentar denunciar. Este delito permitirá investigar casos, sancionar a responsables recurrentes y, sobre todo, sentar precedentes que obliguen a instituciones a prevenir futuros daños.

El derecho penal crea libertad para que toda persona desarrolle libremente su personalidad. Para alcanzar este objetivo, el derecho penal debe ir de la mano del derecho internacional de los derechos humanos, pues en el marco del Estado constitucional, no puede entenderse un derecho punitivo que no tenga como pilar básico la salvaguarda de la dignidad humana.²¹ Así, por ejemplo, la necesidad de proteger la vida humana frente al homicidio se explica constitucionalmente por el hecho de que un Estado que no la garantizara, no sería un Estado de derecho, ni siquiera un Estado (un estado salvaje).²²

El derecho penal moderno funda su legitimidad en el concepto de bien jurídico, el cual deriva de aquellos valores previstos en las constituciones y cuya vulneración impone la criminalización de determinada conducta. De acuerdo con Bacigalupo, en principio, una teoría del bien jurídico sólo es necesaria para explicar la dogmática penal si a ella se le asigna una función legitimante de la norma o si las normas deben ser interpretadas como medio para la protección de un interés.²³ Así mismo, entender que el derecho penal protege bienes jurídicos, se convierte en un factor determinante, no sólo como límite interpretativo y factor de legitimación de la intervención punitiva del Estado; de ahí que el *feminismo crítico* no puede dejar de lado la comprensión de qué resulta legítimo o no castigar.²⁴

En ese orden de ideas, para procurar que las mujeres vivan una vida libre de violencia, es legítimo utilizar al derecho penal que protege los bienes jurídicos más importantes para la sociedad, ante los ataques más graves que los lesionen o ponga en peligro, mediante la imposición de penas y medidas de seguridad. La salud, el

²¹ Ontiveros Alonso, Miguel. Derecho Penal, Parte General. México, D.F. 2017. Instituto Nacional de Ciencias Penales: UBIJUS, P. 31.

²² Cuello Contreras, Joaquín; Mapelli Caffarena, Borja y Colina Ramírez, Edgar Iván. Curso de Derecho Penal, Parte General. Madrid, 2022. Cuarta Edición. Editorial Tecnos. P. 43.

²³ Abadía Cubillos, Marcela. Feminismos y sistema penal. Retos contemporáneos para una legitimación desde el sistema penal. Bogotá, 2018. Primera Edición. Universidad de los Andes, Facultad de Derecho. P. 57.

²⁴ *Ibid.*, P. 58.

libre y digno desarrollo reproductivo de las mujeres, la integridad corporal y el derecho que les asiste a vivir una vida libre de violencia, son los bienes jurídicos que legítimamente se pueden proteger mediante el derecho penal.

Como ya establecimos, la violencia obstétrica se manifiesta en diversas acciones u omisiones por parte del personal que presta el servicio de salud, que van desde a) negar el servicio de salud reproductiva, b) tratos crueles, inhumanos y degradantes, c) la práctica de cesáreas u otras intervenciones quirúrgicas injustificadas, d) la anticoncepción y la esterilización no consentida y e) cualquier acción u omisión que menoscabe la capacidad de decidir sobre los procesos reproductivos.

No cabe duda de que, a las mujeres y personas gestantes que acuden al servicio de salud les asisten múltiples derechos humanos, entre ellos el derecho a la *integridad personal* que es un derecho poliédrico pues abarca la integridad física, psicológica y emocional. La integridad personal es un bien jurídico cuya protección encierra la finalidad principal de la prohibición imperativa de la tortura y penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. A las mujeres y personas gestantes también les asiste el derecho a la salud sexual y reproductiva, a la integridad corporal a la dignidad humana y a vivir una vida libre de violencia, por ello, esta iniciativa busca tipificar diversas conductas que integran la violencia obstétrica y que lesionan gravemente los bienes jurídicos descritos.

En conclusión, la violencia obstétrica no solamente debe ser entendida y abordada como un tipo de violencia de género, sino que debe ser tratada como un problema de salud pública que se extiende en todo el país. Por ello urge brindar una solución que atienda esta problemática de manera integral y general en todo el territorio nacional, por un lado, criminalizando aquellas conductas más reprobables, lo que es posible si partimos de la base que la materia de salud es – constitucionalmente– concurrente entre la Federación y las entidades federativas,

por lo que de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 73 fracción XXI último párrafo, es facultad del Congreso de la Unión determinar los supuestos en que las autoridades del fuero común podrán conocer y resolver sobre delitos federales y por otro lado, erigiendo una regulación preventiva en la cual se establezca la Secretaría de Salud –como Secretaría a cargo de la coordinación del Sistema Nacional de Salud– debe establecer programas para prevenir y erradicar la violencia gineco-obstétrica, aunado al reconocimiento de los derechos que asisten a las mujeres y personas con capacidad de gestar.

Por lo anteriormente expuesto, esta iniciativa de proyecto de decreto plantea la creación del tipo penal de “Violencia gineco-obstétrica” mediante la adición de un capítulo VIII al título décimo octavo de la **Ley General de Salud**, que regule los “delitos contra la salud en su modalidad, violencia de género”, a saber:

Capítulo VIII

“Delitos contra la salud en su modalidad, violencia de género”

Artículo 483. Comete el delito de violencia ginecológica y obstétrica el personal médico, paramédico, de enfermería y administrativo de las instituciones de salud, que realice cualquiera de las siguientes conductas en perjuicio de mujeres o personas gestantes:

I. No atienda o no brinde atención oportuna a las mujeres o personas gestantes en el embarazo, parto, puerperio o en emergencias obstétricas;

Se entenderá que no se brinda una atención oportuna cuando se ponga en peligro la vida del embrión, feto o de la mujer o persona gestante, o no se realice el monitoreo fetal adecuado mientras que la mujer o persona gestante se encuentre en labor de parto.

II. Altere el proceso natural del parto a través del uso de técnicas de aceleración, sin el consentimiento previo, informado, libre y expreso de la mujer, persona gestante o de quien legalmente pueda otorgarlo;

III. Obligue a la mujer o persona gestante a parir inmovilizada o en alguna posición determinada, cuando existan las condiciones para que lo realice en la posición que ella elija;

IV. Realice un trato deshumanizado o ejerza maltrato psicológico durante las consultas ginecológicas, seguimiento al embarazo, parto o el puerperio.

Se entiende por trato deshumanizado y maltrato psicológico: humillaciones, insultos, abuso verbal, trato discriminatorio, comentarios denigrantes o prejuiciosos y/o cualquier otra conducta que provoquen en quien las recibe un daño psicológico.

V. Utilice a la mujer o persona gestante con fines didácticos, comparta su información médica con terceros, videografe, capture o transmita imágenes de su atención médica sin su consentimiento previo, informado, libre y expreso;

VI. Retenga a la mujer, persona gestante o al recién nacido, en los centros de atención médica con motivo de alguna deuda.

VII. Realice intervenciones quirúrgicas o episiotomías innecesarias, o diagnósticos con enfermedades o padecimientos inexistentes.

VIII. Ejerza maltrato físico durante las consultas ginecológicas, o de seguimiento al embarazo, parto o el puerperio. Se entiende por maltrato físico: tactos excesivos, agresivos o innecesarios;

IX. Imponga o coloque algún método anticonceptivo, ya sea temporal o permanente, sin el consentimiento informado, voluntario y expreso de la mujer o persona gestante;

A quien realice cualquiera de las conductas señaladas en las fracciones I a VIII se le impondrán de dos a seis años de prisión y multa de hasta trescientos días de Unidad

de Medida y Actualización vigente; y quien incurra en el supuesto descrito en la fracción IX será sancionado con prisión de tres a siete de prisión y multa de hasta doscientos días de Unidad de Medida y Actualización.

Las sanciones establecidas en este artículo se aumentarán hasta en una mitad, cuando el método de anticoncepción impuesto a que se refiere la fracción IX sea permanente.

Además de las penas señaladas en este artículo, se impondrá la destitución e inhabilitación al médico, enfermero o profesional de la salud hasta por dos años para ejercer dicha profesión.

Artículo 484.- Las autoridades de seguridad pública, procuración e impartición de justicia, así como de ejecución de sanciones de las entidades federativas, conocerán y resolverán de los delitos o ejecutarán las sanciones y medidas de seguridad a que se refiere este capítulo, cuando el servicio médico sea prestado por particulares o servidores públicos locales y cuando el servicio médico sea prestado por servidores públicos federales, conocerá el Ministerio Público Federal.

Así mismo, y en atención a la maximización del Derecho a la Salud de las mujeres, se proponen reformas y adiciones a los artículos 7 fracción XIV Bis, 61 y 61 bis de la **Ley General de Salud** para establecer los derechos de las mujeres embarazadas y personas gestantes:

Texto vigente	Texto que se propone
<p>Artículo 7o.- La coordinación del Sistema Nacional de Salud estará a cargo de la Secretaría de Salud, correspondiéndole a ésta:</p> <p>I ...</p> <p>...</p> <p>XIV Bis. Promover e incorporar enfoques con perspectiva de género a las estrategias, campañas de información, y demás programas en el marco de sus atribuciones para contribuir a la igualdad</p>	<p>Artículo 7o.- La coordinación del Sistema Nacional de Salud estará a cargo de la Secretaría de Salud, correspondiéndole a ésta:</p> <p>I ...</p> <p>...</p> <p>XIV Bis. Promover e incorporar enfoques con perspectiva de género a las estrategias, campañas de información, y demás programas en el marco de sus atribuciones para contribuir a la igualdad</p>

<p>entre mujeres y hombres en el acceso al derecho a la protección de la salud. Incluyendo neoplasias que afectan la salud sexual y reproductiva del hombre y de la mujer, y</p>	<p>entre mujeres y hombres en el acceso al derecho a la protección de la salud. Incluyendo neoplasias que afectan la salud sexual y reproductiva del hombre y de la mujer.</p> <p>XIV Ter. Promover e incorporar a las estrategias, campañas de información, y demás programas en el marco de sus atribuciones, protocolos para prevenir y erradicar la violencia gineco-obstétrica y</p>
<p>Artículo 61.- 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.</p> <p>La atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende, entre otras, las siguientes acciones:</p> <p>I. La atención integral de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, incluyendo la atención psicológica que requiera;</p> <p>I Bis. La atención de la transmisión del VIH/Sida y otras Infecciones de Transmisión Sexual, en mujeres embarazadas a fin de evitar la transmisión perinatal;</p> <p>II. La atención del niño y la vigilancia de su crecimiento, desarrollo integral, incluyendo la promoción de la vacunación oportuna, atención prenatal, así como la prevención y detección de las condiciones y enfermedades hereditarias y congénitas, y en su caso atención, que incluya la aplicación de la prueba del tamiz ampliado, y su salud visual;</p> <p>II Bis. La aplicación del tamiz neonatal para la detección de cardiopatías congénitas graves o críticas, se realizará antes del alta hospitalaria;</p> <p>III. La revisión de retina y tamiz auditivo al prematuro;</p>	<p>Artículo 61.- 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.</p> <p>La atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende, entre otras, las siguientes acciones:</p> <p>...</p> <p>...</p> <p>...</p> <p>...</p>

<p>IV. La aplicación del tamiz oftalmológico neonatal, a la cuarta semana del nacimiento, para la detección temprana de malformaciones que puedan causar ceguera, y su tratamiento, en todos sus grados;</p>	<p>...</p>
<p>V. El diagnóstico oportuno y atención temprana de la displasia en el desarrollo de la cadera, a través del examen clínico en la primera semana del nacimiento, en el primer mes de edad y a los dos, cuatro, seis, nueve y doce meses de edad; así como la toma de ultrasonido de cadera o radiografía anteposterior de pelvis, entre el primer y cuarto mes de vida, y</p>	<p>...</p>
<p>VI. La atención del niño y su vigilancia durante el crecimiento y desarrollo, y promoción de la integración y del bienestar familiar</p>	<p>...</p>
	<p>VII. El diseño e implementación de programas de capacitación para fortalecer la competencia técnica de los médicos y parteras para la atención del embarazo, parto y puerperio, así como para el aborto legal y seguro;</p>
	<p>VIII. El diseño e implementación de programas de capacitación dirigidos al personal de salud, público o privado, para evitar toda acción u omisión que atente contra el derecho a la salud sexual y reproductiva de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio y su autonomía para ejercerlos de manera informada y,</p>
	<p>IX. El diseño e implementación de programas de capacitación para evitar el abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo la pérdida de autonomía de las mujeres y personas gestantes y su capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y su sexualidad; evitar el daño físico, psicológico, o la muerte de la madre o del producto por negligencia o impericia.</p>
<p>Artículo 61 Bis.- Toda mujer embarazada, tiene derecho a obtener servicios de salud en los términos a que se refiere el Capítulo IV del Título</p>	<p>Artículo 61 Bis.- Toda mujer embarazada o persona gestante, tiene derecho a obtener servicios de salud en los términos a que se refiere</p>

<p>Tercero de esta Ley y con estricto respeto de sus derechos humanos.</p> <p>Sin correlativo.</p>	<p>el Capítulo IV del Título Tercero de esta Ley y con estricto respeto de sus derechos humanos, así como:</p> <p>a) A recibir atención médica integral, veraz, oportuna y eficiente, de conformidad, a sus costumbres, valores, creencias y a su condición de salud;</p> <p>b) A ser tratada con respeto y sin discriminación, garantizando su derecho a la intimidad y al resguardo de sus datos personales e información médica;</p> <p>c) A ser reconocida como sujeto de derechos y de protección especial, en los procesos de gestación, trabajo de parto, parto, posparto y duelo gestacional y perinatal de modo que se garantice su participación en dichos procesos, atendiendo su condición de salud;</p> <p>d) A recibir información por parte del personal de servicio de salud en lenguaje claro, accesible, fácil de entender, a tiempo y acorde a sus costumbres étnicas, culturales y sociales sobre los diversas intervenciones médicas que pudieran tener lugar en esos procesos para que pueda decidir libre e informadamente sobre ello;</p> <p>e) A que sea ingresada al sistema de salud y a ser atendida sin barreras administrativas, de manera oportuna y eficaz;</p> <p>f) A recibir información sobre las distintas etapas del embarazo, el trabajo de parto, parto y posparto basado en evidencia científica actualizada y con enfoque interseccional;</p> <p>g) A ser informada sobre la evolución del trabajo de parto, parto y posparto, sobre el estado de salud del feto y del recién nacido; a que sus familiares, cónyuge, concubino o concubina tengan información oportuna sobre la evolución del trabajo de parto, parto y posparto, si la mujer o persona gestante así lo desea;</p>
--	--

h) A presentar su plan de parto para fortalecer la comunicación con los actores del sistema de la salud y a que, a partir de la semana 32 de gestación, los controles prenatales, en lo posible, sean realizados en el lugar donde se atenderá el parto y por los actores del sistema de la salud que le atenderán en el parto;

i) A estar acompañada, si así lo desea la mujer o persona gestante, mínimo por una persona de su confianza y elección durante el proceso de gestación, trabajo de parto, parto y postparto;

j) A tener acceso y poder documentar su expediente médico en cualquier etapa del embarazo, parto o puerperio;

k) Al parto respetado y humanizado, basado en evidencia científica actualizada, con enfoque diferencial, teniendo en cuenta que las condiciones de salud de la mujer y del feto así lo permitan y su libre determinación. Lo anterior comprende las siguientes prácticas:

1) Que el parto natural sea respetuoso de los tiempos biológicos, evitando el suministro de medicamentos que no estén justificados por el estado de salud de la mujer o persona gestante o del feto;

2) Que el tacto vaginal sea realizado, en lo posible, por la misma persona prestadora del servicio de salud y de conformidad con los términos recomendados por la evidencia científica;

3) A que se realice el monitoreo fetal intermitente con el fin de conocer el estado de salud del feto y facilitar la movilidad, fisiología y comodidad durante el trabajo de parto;

	<p>4) Permitir que la mujer o persona gestante tenga movimiento corporal con libertad y pueda adoptar posiciones verticales durante el trabajo de parto;</p> <p>5) El uso de métodos no farmacológicos y farmacológicos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto, y</p> <p>6) Permitir que la mujer o persona gestante permanezca con el recién nacido en contacto piel a piel después del nacimiento, con el fin de facilitar el vínculo afectivo entre madre e hijo y estimular eficazmente el proceso de lactancia materna, cuando las condiciones de salud de la mujer y del recién nacido lo permitan, de conformidad con la evidencia científica actualizada y la recomendación del médico tratante.</p>
--	--

Finalmente, no podemos soslayar que resulta necesario el reconocimiento de la violencia gineco-obstétrica en la **Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia**, a saber:

Texto vigente	Texto que se propone
<p>ARTÍCULO 6. Los tipos de violencia contra las mujeres son:</p> <p>...</p> <p>VII. Cualesquiera otras formas análogas que lesionen o sean susceptibles de dañar la dignidad, integridad o libertad de las mujeres.</p> <p>Se debe recorrer la fracción VII para quedar como VIII.</p>	<p>ARTÍCULO 6. Los tipos de violencia contra las mujeres son:</p> <p>...</p> <p>VII. Violencia gineco-obstétrica: es toda acción u omisión que provenga de una o varias personas, que proporcionen atención médica o administrativa, en un establecimiento privado o institución de salud pública que dañe, lastime, o denigre a las mujeres de cualquier edad, cultura, grupo étnico u origen durante el embarazo, parto</p>

o puerperio, así como la negligencia, juzgamiento, maltrato, discriminación y vejación en su atención médica; se expresa por el trato deshumanizado, abuso de medicación y patologización de los procesos naturales, vulnerando la libertad e información completa, así como la capacidad de las mujeres para decidir libremente sobre su cuerpo, salud, sexualidad o sobre el número y espaciamiento de sus hijos.

Se caracteriza por:

a) Omitir o retardar la atención oportuna y eficaz de las emergencias y servicios obstétricos; especialmente cuando se trate de mujeres indígenas y/o afrodescendientes;

b) Obligar a la mujer a parir en condiciones ajenas a su voluntad o contra sus prácticas culturales, cuando existan los medios necesarios para la realización del parto humanizado y parto natural;

c) Obstaculizar el apego precoz de la niña o niño con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarle y amamantarlo inmediatamente después de nacer;

d) Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de medicamentos o técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, culturalmente adecuado, expreso e informado de la mujer;

e) Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, o;

f) Imponer bajo cualquier medio el uso de métodos anticonceptivos o de esterilización sin que medie el consentimiento voluntario, culturalmente adecuado, 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.

Por todo lo anterior, las y los suscritos Diputados Federales, nos permitimos someter a consideración de esta Soberanía, la presente Iniciativa con Proyecto de

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

Primero.- Se adiciona la fracción XIV Ter del artículo 7; se adicionan las fracciones VII, VIII y IX del artículo 61; se reforma el artículo 61 bis y se adicionan los incisos a), b), c), d), e), f), g), h), i), j) y k); se adicionan el Capítulo VIII “delitos contra la salud en su modalidad violencia de género” y los artículos 483 y 484, todos de la Ley General de Salud, para quedar como sigue:

Artículo 7o.- La coordinación del Sistema Nacional de Salud estará a cargo de la Secretaría de Salud, correspondiéndole a ésta:

I a XIV bis ...

XIV Ter. Promover e incorporar a las estrategias, campañas de información, y demás programas en el marco de sus atribuciones, protocolos para prevenir y erradicar la violencia gineco-obstétrica.

Artículo 61.- 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 y comprende, entre otras, las siguientes acciones:

...

VII. El diseño e implementación de programas de capacitación para fortalecer la competencia técnica de los médicos y parteras para la atención del embarazo, parto y puerperio, así como para el aborto legal y seguro;

VIII. El diseño e implementación de programas de capacitación dirigidos al personal de salud, público o privado, para evitar toda acción u omisión que atente contra el derecho a la salud sexual y reproductiva de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio y su autonomía para ejercerlos de manera informada y,

IX. El diseño e implementación de programas de capacitación para evitar el abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo la pérdida de autonomía de las mujeres y personas gestantes y su capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y su sexualidad; evitar el daño físico, psicológico, o la muerte de la madre o del producto por negligencia o impericia.

Artículo 61 Bis.- Toda mujer embarazada o persona gestante, tiene derecho a obtener servicios de salud en los términos a que se refiere el Capítulo IV del Título Tercero de esta Ley y con estricto respeto de sus derechos humanos, así como:

a) A recibir atención médica integral, veraz, oportuna y eficiente, de conformidad, a sus costumbres, valores, creencias y a su condición de salud;

b) A ser tratada con respeto y sin discriminación, garantizando su derecho a la intimidad y al resguardo de sus datos personales e información médica;

c) A ser reconocida como sujeto de derechos y de protección especial, en los procesos de gestación, trabajo de parto, parto, posparto y duelo gestacional y perinatal de modo que se garantice su participación en dichos procesos, atendiendo su condición de salud;

d) A recibir información por parte del personal de servicio de salud en lenguaje claro, accesible, fácil de entender, a tiempo y acorde a sus costumbres étnicas, culturales y sociales sobre los diversas intervenciones médicas que pudieran tener lugar en esos procesos para que pueda decidir libre e informadamente sobre ello;

e) A que sea ingresada al sistema de salud y a ser atendida sin barreras administrativas, de manera oportuna y eficaz;

f) A recibir información sobre las distintas etapas del embarazo, el trabajo de parto, parto y posparto basado en evidencia científica actualizada y con enfoque interseccional;

g) A ser informada sobre la evolución del trabajo de parto, parto y posparto, sobre el estado de salud del feto y del recién nacido; a que sus familiares, cónyuge, concubino o concubina tengan información oportuna sobre la evolución del trabajo de parto, parto y posparto, si la mujer o persona gestante así lo desea;

h) A presentar su plan de parto para fortalecer la comunicación con los actores del sistema de la salud y a que, a partir de la semana 32 de gestación,

los controles prenatales, en lo posible, sean realizados en el lugar donde se atenderá el parto y por los actores del sistema de la salud que le atenderán en el parto;

i) A estar acompañada, si así lo desea la mujer o persona gestante, mínimo por una persona de su confianza y elección durante el proceso de gestación, trabajo de parto, parto y postparto;

j) A tener acceso y poder documentar su expediente médico en cualquier etapa del embarazo, parto o puerperio;

k) Al parto respetado y humanizado, basado en evidencia científica actualizada, con enfoque diferencial, teniendo en cuenta que las condiciones de salud de la mujer y del feto así lo permitan y su libre determinación. Lo anterior comprende las siguientes prácticas:

1) Que el parto natural sea respetuoso de los tiempos biológicos, evitando el suministro de medicamentos que no estén justificados por el estado de salud de la mujer o persona gestante o del feto;

2) Que el tacto vaginal sea realizado, en lo posible, por la misma persona prestadora del servicio de salud y de conformidad con los términos recomendados por la evidencia científica;

3) A que se realice el monitoreo fetal intermitente con el fin de conocer el estado de salud del feto y facilitar la movilidad, fisiología y comodidad durante el trabajo de parto;

- 4) Permitir que la mujer o persona gestante tenga movimiento corporal con libertad y pueda adoptar posiciones verticales durante el trabajo de parto;

- 5) El uso de métodos no farmacológicos y farmacológicos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto, y

- 6) Permitir que la mujer o persona gestante permanezca con el recién nacido en contacto piel a piel después del nacimiento, con el fin de facilitar el vínculo afectivo entre madre e hijo y estimular eficazmente el proceso de lactancia materna, cuando las condiciones de salud de la mujer y del recién nacido lo permitan, de conformidad con la evidencia científica actualizada y la recomendación del médico tratante.

Capítulo VIII

“Delitos contra la salud en su modalidad, violencia de género”

Artículo 483. Comete el delito de violencia ginecológica y obstétrica el personal médico, paramédico, de enfermería y administrativo de las instituciones de salud, que realice cualquiera de las siguientes conductas en perjuicio de mujeres o personas gestantes:

- I. No atienda o no brinde atención oportuna a las mujeres o personas gestantes en el embarazo, parto, puerperio o en emergencias obstétricas;

Se entenderá que no se brinda una atención oportuna cuando se ponga en peligro la vida del embrión, feto o de la mujer o persona gestante, o no se realice el monitoreo fetal adecuado mientras que la mujer o persona gestante se encuentre en labor de parto.

II. Altere el proceso natural del parto a través del uso de técnicas de aceleración, sin el consentimiento previo, informado, libre y expreso de la mujer, persona gestante o de quien legalmente pueda otorgarlo;

III. Obligue a la mujer o persona gestante a parir inmovilizada o en alguna posición determinada, cuando existan las condiciones para que lo realice en la posición que ella elija;

IV. Realice un trato deshumanizado o ejerza maltrato psicológico durante las consultas ginecológicas, seguimiento al embarazo, parto o el puerperio.

Se entiende por trato deshumanizado y maltrato psicológico: humillaciones, insultos, abuso verbal, trato discriminatorio, comentarios denigrantes o prejuiciosos y/o cualquier otra conducta que provoquen en quien las recibe un daño psicológico.

V. Utilice a la mujer o persona gestante con fines didácticos, comparta su información médica con terceros, videografe, capture o transmita imágenes de su atención médica sin su consentimiento previo, informado, libre y expreso;

VI. Retenga a la mujer, persona gestante o al recién nacido, en los centros de atención médica con motivo de alguna deuda.

VII. Realice intervenciones quirúrgicas o episiotomías innecesarias, o diagnósticos con enfermedades o padecimientos inexistentes.

VIII. Ejercer maltrato físico durante las consultas ginecológicas, o de seguimiento al embarazo, parto o el puerperio. Se entiende por maltrato físico: tactos excesivos, agresivos o innecesarios;

IX. Imponga o coloque algún método anticonceptivo, ya sea temporal o permanente, sin el consentimiento informado, voluntario y expreso de la mujer o persona gestante;

A quien realice cualquiera de las conductas señaladas en las fracciones I a VIII se le impondrán de dos a seis años de prisión y multa de hasta trescientos días de Unidad de Medida y Actualización vigente; y quien incurra en el supuesto descrito en la fracción IX será sancionado con prisión de tres a siete años y multa de hasta doscientos días de Unidad de Medida y Actualización.

Las sanciones establecidas en este artículo se aumentarán hasta en una mitad, cuando el método de anticoncepción impuesto a que se refiere la fracción IX sea permanente.

Además de las penas señaladas en este artículo, se impondrá la destitución e inhabilitación al médico, enfermero o profesional de la salud hasta por dos años para ejercer dicha profesión.

Artículo 484.- Las autoridades de seguridad pública, procuración e impartición de justicia, así como de ejecución de sanciones de las entidades federativas, conocerán y resolverán de los delitos o ejecutarán las sanciones y medidas de seguridad a que se refiere este capítulo, cuando el servicio médico sea prestado por particulares o servidores públicos locales y cuando el servicio médico sea prestado por servidores públicos federales, conocerá el Ministerio Público Federal.

Segundo.- Se adiciona la fracción VII del artículo 6, recorriéndose en su orden la subsecuente, de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para quedar como sigue:

ARTÍCULO 6. Los tipos de violencia contra las mujeres son:

...

VII. Violencia gineco-obstétrica: Es toda acción u omisión que provenga de una o varias personas, que proporcionen atención médica o administrativa, en un establecimiento privado o institución de salud pública que dañe, lastime, o denigre a las mujeres de cualquier edad, cultura, grupo étnico u origen durante el embarazo, parto o puerperio, así como la negligencia, juzgamiento, maltrato, discriminación y vejación en su atención médica; se expresa por el trato deshumanizado, abuso de medicación y patologización de los procesos naturales, vulnerando la libertad e información completa, así como la capacidad de las mujeres para decidir libremente sobre su cuerpo, salud, sexualidad o sobre el número y espaciamiento de sus hijos.

Se caracteriza por:

- a) Omitir o retardar la atención oportuna y eficaz de las emergencias y servicios obstétricos; especialmente cuando se trate de mujeres indígenas y/o afrodescendientes;

- b) Obligar a la mujer a parir en condiciones ajenas a su voluntad o contra sus prácticas culturales, cuando existan los medios necesarios para la realización del parto humanizado y parto natural;

- c) Obstaculizar el apego precoz de la niña o niño con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarle y amamantarlo inmediatamente después de nacer;

- d) Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de medicamentos o técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, culturalmente adecuado, expreso e informado de la mujer;

e) Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, o;

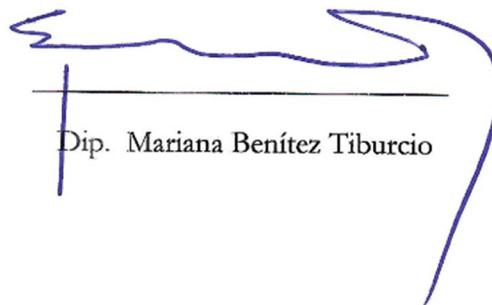
f) Imponer bajo cualquier medio el uso de métodos anticonceptivos o de esterilización sin que medie el consentimiento voluntario, culturalmente adecuado, expreso e informado de la mujer y,

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

Transitorios

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

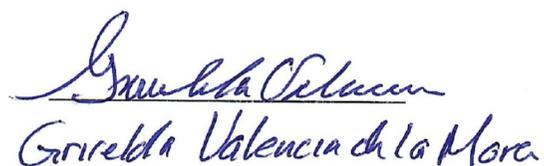
Ciudad de México a 11 de febrero de 2025



Dip. Mariana Benítez Tiburcio



Joniel Marguila



Griselda Valencia de la Mora

J. Antonio López



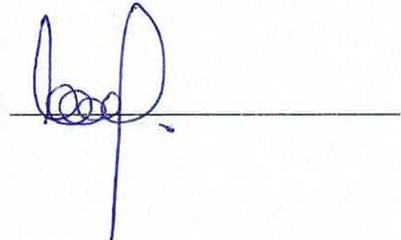
Juan Antonio González Hernández



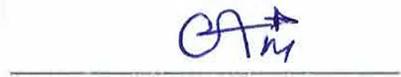
Tey Mollinedo Cano



Alma Higuera Esquivel



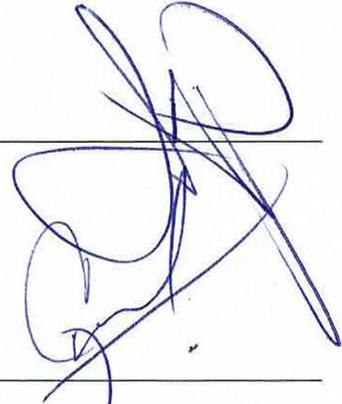
Dora Alicia Moreno M.



Beatriz Milland Pérez

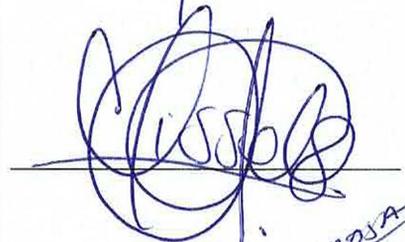


Jesus Antonio Pujol Irastorza



Guillermo Santiago

Cecibel Santander Soto

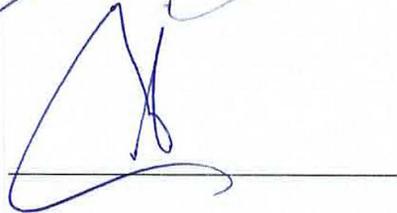


Rosario Orozco Caballero

ROSARIO ZARBOJA



Ignacio Alvar Benjumea



MARIO MIGUEL CARRILLO





Rosa M. Graniel Zeteno

Oscar Brito

Ana Elizabeth Ayala Lequea

Adelisa Yáñez

Graciela Dominguez Nauk

Graciela Dguez N

Karina Isabel Martínez Montañó

Petra Romero Gomez

Anaidna Barrera Vera

Sandra Anaya Villegas



Humberto Cossy León Zúñiga



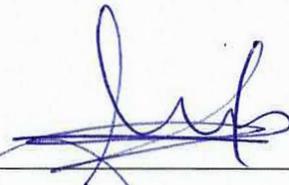
Luis Arturo Olivera



Rosalinda Susela Diaz



Amavis Burgos Hernández



Gabriela Valdepeñas González



Leida Avelis Domínguez





MERILYN GÓMEZ FLORES

IRMA JUAN CARLOS

ADEL SIBAYA MENDOZA

NATLY JIMÉNEZ

Sandra Patricia Palacios Medina

ARNO AVILA



Alma Lidia de la Vega Sanchez
Hidalgo.

Xochitl Nashielly Zagal Ramirez

Anay Beltrán Reyes

Marina Pérez Popoca

Charly Rivero Vivanco

David Teja




Silvia Olguin Sevina

Karen Y. Calzadino Constantino

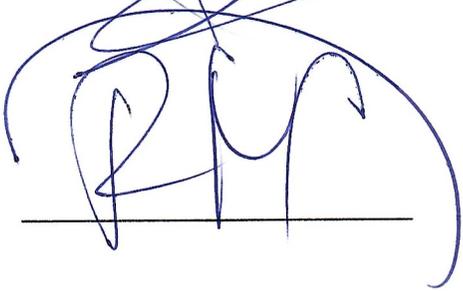
Pascu Irene Urbina C

Karla Alejandra Castillo Lozano

Gabriela Jimenez

Raymundo Vazquez C.





Katya Castillo





María Fernández Cesar

[Signature]

GILBERTO HERRERA
SOLÓRZANO

[Signature]

Jaime Humberto Pérez Bando

[Signature]

Zengzen Feobit Gicón

[Signature]

Kenia Gisell Muñoz

[Signature]

[Signature]

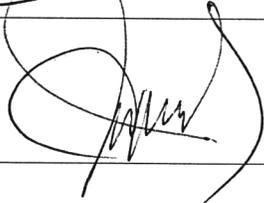
Enrique
Vatquez

[Signature]




José Antonio Gudiño Lige

INI: 82 TÍTULO: Que reforma y adiciona diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en materia de derechos reproductivos y violencia gineco-obstétrica.

NOMBRE	FIRMA
Celia Esther Fonseca Galicia	
Mariana del Carmen Puente Vazquez	

DIP MARIANA BENÍTEZ TIBURCIO Y DIVERSOS DIPUTADOS INTEGRANTES DEL GRUPO PARLAMENTARIO DE MORENA.

INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE REFORMAN Y ADICIONAN DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY FEDERAL DEL TRABAJO Y DE LA LEY GENERAL DE SALUD, EN MATERIA DE ENFERMERÍA.

La suscrita, **Diputada Patricia Mercado Castro**, integrante del Grupo Parlamentario de Movimiento Ciudadano en la LXVI Legislatura, con fundamento en los artículos 71 fracción II de la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* y, 6, numeral 1, 77 y 78 del *Reglamento de la Cámara de Diputados*, somete a la consideración del Pleno de la Honorable Cámara de Diputados la siguiente Iniciativa, con base en la siguiente:

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

A pesar de los incipientes avances hacia la igualdad de género, hoy en día las mujeres brindamos la mayor parte de cuidados no remunerados. Pero también hemos ocupado masivamente tareas remuneradas para sostener la vida de otras personas que no forman parte de nuestros hogares o familias. Hasta hace unas décadas, la mayoría de las mujeres estaban empleadas en puestos de cuidado y servicios personales: maestras de preescolar y nivel básico, enfermeras, cuidadoras, cocineras, limpiadoras, etcétera.

En un principio, la incorporación de las mujeres a esas actividades remuneradas logró vencer resistencias porque la cultura machista dominante consideraba que las mujeres teníamos más habilidades para los cuidados que para el trabajo con alta exigencia física y para ejercer el mando. Con el tiempo, la educación y las luchas feministas han logrado una inserción en todos los ámbitos, pero no se ha podido equilibrar la representación de género en estas tareas intensivas en cuidados, esas que en la etapa crítica de la pandemia por COVID-19 conocimos como “actividades esenciales”.

Se ha estudiado mucho la contención de salarios y prestaciones en el largo plazo para esos trabajos feminizados. Estas diferencias se explican porque las mujeres tenemos más interrupciones laborales por la maternidad y los cuidados que se nos asignan, porque enfrentamos más rechazo para exigir mejoras y para ejercer la negociación colectiva, porque muchos directivos dudan que las mujeres tengamos perspectivas de una carrera laboral. Estamos aún en un sistema que aún no nos da

un lugar propio, sino que nos mira en relación a los demás: asume que nuestra prioridad es ser madres, esposas, hijas cuidadoras, y no desarrollar una trayectoria laboral y personal.

Esta “segregación horizontal” es particularmente marcada en el sector de la enfermería. Y la paradoja es que cuando pisamos un hospital nos damos cuenta del enorme valor de estas tareas, confiamos a nuestros familiares en las manos de este personal, y sus atenciones dan un especial alivio emocional.

En nuestro país existen, al menos, 620 mil personas dedicadas a los servicios remunerados de enfermería, de las cuales, 79% son mujeres, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).¹

Sin embargo, de acuerdo con datos de la Secretaría de Economía, para el Segundo trimestre de 2024, las personas enfermeras especialistas percibían en promedio de 8,920 pesos mensuales,² esto es, apenas un 20% más que el salario mínimo nacional.

I. Antecedentes Legislativos en la LXV Legislatura del Senado de la República.

Durante mi gestión como Senadora de la República del Grupo Parlamentario de Movimiento Ciudadano en la LXIV y LXV Legislaturas (2018-2024), presenté, entre muchas otras, la presente Iniciativa en materia de derechos laborales de las personas trabajadoras en enfermería, misma que se publicó en la Gaceta de ese órgano Legislativo el 17 de abril de 2024³.

La iniciativa de mérito buscaba garantizar los derechos laborales y el reconocimiento para el personal de enfermería de la República Mexicana que durante décadas ha enfrentado exigencias físicas y de conocimiento, así como

¹ Instituto Nacional de Estadística y Geografía, *Estadísticas a propósito del día internacional de la enfermería*. Comunicado de prensa núm. 254/22, publicado el 10 de mayo de 2022, p. 1. Consultable en https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_ENFERMERA22.pdf

² Data México (Plataforma de la Secretaría de Economía), consultado septiembre 2024. Disponible en: www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/occupation/enfermeras-especialistas

³ Gaceta del Senado, https://www.senado.gob.mx/66/gaceta_del_senado/documento/141383

distintos niveles de riesgo en sus centros de trabajo los cuales han llevado a una precariedad en sus derechos humanos. La Iniciativa fue turnada a las Comisiones de Trabajo y Previsión Social y de Estudios Legislativos, Segunda.

Derivado del cierre del segundo periodo ordinario del Tercer Año de la LXV Legislatura en el Senado de la República (febrero-abril de 2024), la Iniciativa fue dada como asunto concluido, derivado del Acuerdo de la Mesa Directiva para dar conclusión a las iniciativas presentadas por senadores que se encuentran pendientes de dictamen en la Cámara de Senadores, de fecha 30 de abril de 2024, para dar cumplimiento al artículo 219 del Reglamento del Senado.

No obstante lo anterior, y como lo expondré más adelante, tengo la convicción de que es momento de continuar en la defensa de los derechos de las y los trabajadores de México, así como de aquellos grupos históricamente discriminados y excluidos, razón por lo cual presento de nueva cuenta, en esta ocasión ante el Pleno de la H. Cámara de Diputados, la Iniciativa para reformar la Ley Federal del Trabajo y la Ley General de Salud en materia de enfermería.

II. Argumentos y razonamientos de la Presente Iniciativa.

En la Iniciativa que presenté en abril de 2024 como Senadora de la República, señalé lo siguiente:

Los sistemas de salud, en buena medida, se sostienen gracias a la dedicación y compromiso de un grupo de personas trabajadoras que ocupan un lugar central en el funcionamiento de las instituciones sanitarias: las enfermeras y enfermeros. La trascendencia de sus tareas se refleja en sus pacientes, en sus familias y en la sociedad, para quienes ellas y ellos resultan ser la cara visible y el contacto inmediato de la atención médica; son quienes pasan más tiempo junto a las personas usuarias, brindando apoyo profesional y emocional a través de su acompañamiento durante los momentos de máxima vulnerabilidad. Su presencia a través de los cuidados humanizados produce mejoras significativas en los procesos paliativos y de recuperación, además de que realizan tareas vitales en la atención primaria dentro de los diversos niveles, desde el hogar hasta las unidades de cuidados intensivos, garantizando que la atención a la salud sea coherente, eficiente y centrada en las necesidades individuales de cada persona.

Florence Nightingale, precursora de la enfermería moderna, estableció desde la segunda mitad del siglo XIX que el ejercicio científico de la disciplina debía poner como eje a las personas considerando no sólo su aspecto físico, sino también su dimensión intelectual, emocional y espiritual. Pugnó por que tuvieran acceso pleno a información veraz sobre su estado de salud, reflejó interés por su estado de ánimo, preocupación por su entorno y por tomar en cuenta sus opiniones.⁴ Para ella, ser enfermera significó tener la responsabilidad de velar por alguien bajo el apego a valores como la bondad, la solidaridad, sacrificio, respeto y tolerancia en el sentido de ver y tratar a su paciente como a un igual, al que se orienta sobre lo que se debe hacer y cómo hacerlo correctamente.⁵

Además de las tareas en centros hospitalarios, las y los trabajadores de enfermería realizan un papel esencial al interior de las diversas comunidades del país – especialmente aquellas en situación de vulnerabilidad – como agentes activos en la promoción de la salud y prevención de enfermedades, en virtud de la adopción de la atención primaria de salud (APS) con enfoque de política pública en materia de enfermería, misma que ha derivado en una paulatina pero inacabada profesionalización de los recursos humanos.⁶ A través de campañas de educación, vacunación, de fomento al autocuidado y de detección temprana, el personal de enfermería colabora activamente en la reducción de la incidencia de enfermedades y defunciones, contribuyendo así en la construcción de comunidades saludables y prósperas.

La vocación de servicio y sacrificio particular de la enfermería se comprueba con lo acontecido durante la pandemia de Covid-19, en la cual, a decir del representante de la Organización Panamericana de la Salud en México, enfermeras y enfermeros se posicionaron en la primera línea del combate. Según sus palabras, el personal de enfermería constituye el principal elemento de los equipos de salud y en muchos lugares de nuestra región, son el primero y algunas veces el único recurso humano en contacto con pacientes y comunidades. El liderazgo del personal de enfermería fue clave

⁴ Lescaille Taquechel, Marlina, et al. “*Eticidad del pensamiento de Florence Nightingale*” en Revista Habanera de Ciencias Médicas, vol. 12, Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, Cuba, 2013, pp. 5 y 6. Consultable en <https://www.medigraphic.com/pdfs/revhabciemmed/hcm-2013/hcm134u.pdf>

⁵ *Ídem.*

⁶ Dandicourt Thomas, Caridad. “*Competencias profesionales para el especialista de Enfermería Comunitaria en Cuba*”, en Revista Cubana de Enfermería vol. 32, no. 1, Cuba, 2016. Consultable en http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192016000100004&script=sci_arttext&tlng=en

en el desarrollo de los procesos asistenciales de respuesta, tales como el fortalecimiento de la atención domiciliaria en casos leves, coordinación con redes de servicio prehospitalario, reorganización y capacitación del personal, apoyo a cadena de suministros, inmunización de la población, etc.⁷

Con base en lo anterior, enfermeras y enfermeros no sólo aportan al paciente y a la sociedad su invaluable cúmulo de conocimientos, mismo que descende, en buena medida, de un rol de género tradicionalmente impuesto en materia de cuidados (el 79% de personas trabajadoras de enfermería en México lo componen mujeres⁸), sino que imprimen en su actuar un valor agregado, el enfoque de cuidados humanizados, la sensibilidad empática de buscar alivio, consuelo y armonía a uno de los valores más preciados de la humanidad: la salud, preservando con ello una vida digna o una muerte asistida y humanitaria.⁹

En razón a la trascendencia que implica lo expresado, los órdenes jurídicos nacional e internacional han conectado al derecho humano a la salud, de manera directa e inseparable, con la garantía, a cargo de los Estados, de brindar a su población servicios sanitarios eficientes y de calidad a través de la dignificación de los recursos humanos compuestos por el personal de la salud, tal como lo es el personal de enfermería en sus diversas clasificaciones, ya sea auxiliar, técnico o profesional, subordinado o bajo la práctica independiente de la profesión.

En efecto, diversos instrumentos internacionales – varios vinculantes para México – aseguran lo anterior en sus disposiciones, tales como el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el cual subraya la importancia de la asistencia médica para garantizar el derecho humano a la salud; el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos,

⁷ Organización Panamericana de la Salud, *El rol del personal de enfermería en México en la lucha contra la pandemia de COVID-19*, publicado el 7 de enero de 2021. Consultable en <https://www.paho.org/es/noticias/7-1-2021-rol-personal-enfermeria-mexico-lucha-contra-pandemia-covid-19>

⁸ Instituto Nacional de Estadística y Geografía, *Estadísticas a propósito del Día Internacional de la Enfermería*, Comunicado de prensa núm. 254/22, publicado el 10 de mayo de 2022, p. 1. Consultable en https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_ENFERMERA22.pdf

⁹ García Hernández, María de Lourdes, et al. “Cuidados de la salud: paradigmas del personal de enfermeros en México – La reconstrucción del camino” en *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* vol. 13, Brasil, 2009, p. 289. Consultable en <https://doi.org/10.1590/S1414-81452009000200008>

Sociales y Culturales (PIDESC), según el cual el Estado debe asegurar a su población asistencia y servicios sanitarios en caso de enfermedad; el artículo 17 de la Carta de las Américas, el cual prescribe el derecho de acceso a la salud como condición para la cohesión social, el desarrollo y el crecimiento económico; la Observación 14° del Comité DESC, según la cual los Estados deben garantizar la disponibilidad de personal médico y profesional de la salud bien capacitado y remunerado, y, por supuesto; el propio Convenio 149 y la Recomendación 157 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), instrumentos que, lamentablemente, no han sido ratificados por nuestro país.

Criterios jurisprudenciales también dan cuenta de la importancia de garantizar recursos humanos capacitados dentro del sistema, tal como se desprende de la siguiente tesis que dice como sigue:

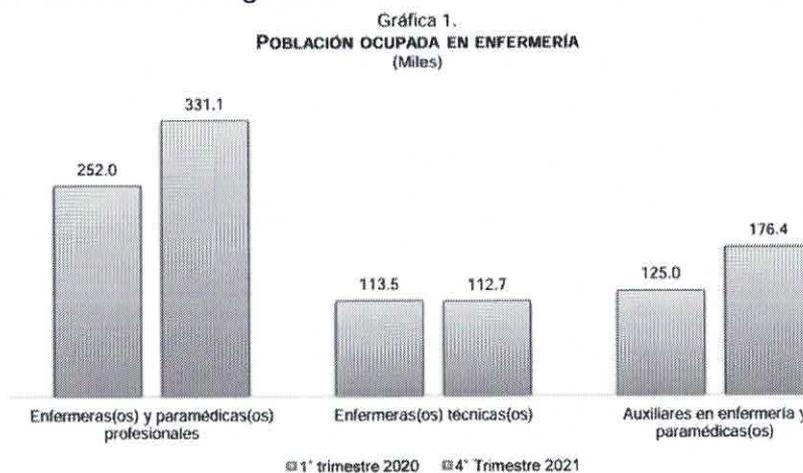
*“La Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, al resolver el amparo en revisión 173/2008 [...] entre otras consideraciones sostuvo, en relación con el derecho humano de acceso a la salud, reconocido por el artículo 4°, párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que entre varios elementos comprende **el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como que sean apropiados médica y científicamente, esto es, que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado [...]. Asimismo, que para garantizar la calidad en los servicios de salud como medio para proteger el derecho mencionado, el Estado debe emprender las acciones necesarias para alcanzar ese fin.**”¹⁰*

Igualmente, organismos internacionales como la Organización de las Naciones Unidas (ONU), a través de la Organización Mundial de la Salud (OMS) han reconocido la importancia crucial de la enfermería en el mundo, destacando su papel en la prestación de servicios sanitarios, especialmente dentro de contextos de emergencias, así como en la materialización de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Según indica la OMS, la enfermería es el grupo ocupacional más numeroso del sector de la salud, ya que representa aproximadamente el 59% de las profesiones sanitarias a

¹⁰ Tesis XXI, 2º. P.A. 18 A (10ª.), *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, décima época, libro 35, Tomo IV, octubre de 2016, página 2725. Reg. Digital 2012832.

nivel global.¹¹ Además, ha manifestado que es indispensable establecer remuneraciones justas y suficientes para materializar una atención médica de calidad al servicio de las y los gobernados, toda vez que, como ha sido ampliamente documentado, cuando las personas trabajadoras del sector salud reciben salarios bajos o insuficientes, llegan a experimentar, entre otros padecimientos, estrés financiero, falta de motivación y el denominado fenómeno del “burn out”, lo que inevitablemente afecta su desempeño y compromiso con sus labores, lo que puede traer consecuencias negativas en la calidad y seguridad de la atención de salud que brindan, así como en la capacidad del sistema para retener y reclutar personal calificado.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), al cuarto trimestre de 2021, dentro del universo de 126 millones de mexicanas y mexicanos, se registraron al menos 620 mil personas dedicadas a la prestación de servicios remunerados de enfermería, tanto en sector público como privado. Asimismo, existen al menos 331.1 mil personas enfermeras y paramédicas profesionales, 112.7 mil técnicas y 176.4 mil auxiliares,¹² como se muestra en la siguiente tabla:



Nota: Población de 15 años y más.

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, primer trimestre de 2020 y cuarto trimestre de 2021. Bases de datos.

¹¹ Organización Mundial de la Salud, *Situación de la Enfermería en el Mundo 2020*, p. 4. Consultable en <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/331675/9789240003392-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

¹² Instituto Nacional de Estadística y Geografía, *Estadísticas a propósito del día internacional de la enfermería*. Comunicado de prensa núm. 254/22, publicado el 10 de mayo de 2022, p. 1. Consultable en https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_ENFERMERA22.pdf

A su vez, el Sistema de Salud reporta contar con el registro de 315 mil enfermeros y enfermeras en territorio nacional, únicamente dentro del sector público, siendo el 45% de personas enfermeras profesionales, es decir, con estudios de licenciatura, así como con especialidades.¹³

Sin embargo, a pesar de la cantidad de personas dedicadas a esta profesión y pese al manifiesto rol vertebral que ocupa su personal por los argumentos expuestos, la realidad es muy difícil para quienes lo integran, toda vez que el Estado ha sido sistemáticamente omiso en emprender acciones necesarias que doten a las y los trabajadores de condiciones de trabajo y de representación dignas, así como del reconocimiento jurídico y salarial que merece su participación y esfuerzos dentro del marco de las dinámicas sociales.

En efecto, este grupo ha sido históricamente desatendido y situados en escenarios tales como el de una generalizada a) escasez de personal que deriva en una inevitable sobrecarga para el contratado – cuestión que lesiona paulatinamente la salud física y mental de las personas enfermeras –, falta de oportunidades de desarrollo y de profesionalización, violencias y discriminación dentro de los centros de trabajo, deficiente asignación de recursos por parte de los presupuestos de egresos y, entre otras varias afectaciones, condiciones laborales tanto inseguras como precarias, tales como la constante carencia de equipos e insumos necesarios para desempeñar eficazmente sus funciones o la percepción de salarios que de ninguna manera han resultado ser remuneradores ni acordes a su nivel de preparación académica, a las cargas de trabajo ni a las responsabilidades asignadas, situación que facilita la permanencia y ampliación de brechas injustificadas de desigualdad laboral y económica entre los diferentes tipos de trabajadores del Sistema Nacional de Salud.

Por ejemplo, con los datos arrojados se comprueba la existencia de un déficit en el número de personas enfermeras en relación a la cantidad de habitantes de la república. Con datos del Sistema de Salud, la Universidad Nacional Autónoma de México reportó que en nuestro país existen, en promedio, únicamente 2.9 enfermeras por cada mil habitantes cuando naciones como Chile tienen 6.5 por cada mil [...] y aunque egresa un

¹³ López Suárez, Patricia. “En México, 2.9 enfermeras por cada mil habitantes” en Gaceta UNAM número 5,456, México, marzo de 2024. Consultable en <https://www.gaceta.unam.mx/wp-content/uploads/2024/03/240304.pdf>

promedio de 25 mil profesionales cada año en México, no hay plazas suficientes para contratarlas [generando un incremento en las tasas de desempleo y subempleo], lo que ha aumentado la oferta en hospitales privados, que tienen alta demanda y menores salarios.¹⁴ La OMS, analizando estadísticas a nivel regional y global, ha expresado su preocupación al respecto al manifestar lo siguiente:

“Más del 80% de los profesionales de la enfermería se encuentran en países que suman la mitad de la población mundial. [...] Se calcula que el 89% (5,3 millones) de esa escasez se concentra en los países de ingresos bajos y medianos-bajos, donde el crecimiento en el número de profesionales de la enfermería apenas sigue el ritmo del crecimiento demográfico, por lo que los niveles de densidad de personal de enfermería en relación con el número de habitantes solo mejoran marginalmente”.¹⁵

También la OMS, con el objetivo de materializar el objetivo 3 de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, a través de la Estrategia Mundial de Recursos Humanos para la Salud: Personal Sanitario 2030, hace un llamado a la comunidad internacional para que se haga frente, desde la transformación legislativa, a la severa crisis de escasez y déficit crítico de personal, causado por diversos factores que atentan contra la dignidad de las y los trabajadores, con el fin de acelerar el logro de la cobertura sanitaria universal mediante la garantía del acceso universal a trabajadores sanitarios.

En relación, el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) reportó que, derivado de lo anterior, “el estrés, la carga laboral, el riesgo de infecciones y otras cuestiones, provocaron un efecto burnout que ha derivado en ausencias y renunciaciones. [...] A poco más de tres años del inicio de la emergencia, entre el 40% y el 80% [del personal de enfermería encuestado] informaron haber experimentado síntomas de angustia psicológica, mientras la tasa de intención de renuncia aumentó en 20% o más, y las tasas anuales de rotación hospitalaria aumentaron en más del 10%”.¹⁶

¹⁴ *Ídem.*

¹⁵ Organización Mundial de la Salud, *Situación de la Enfermería en el Mundo 2020*, p. 5. Consultable en <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/331675/9789240003392-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

¹⁶ Asociación Mexicana de Industrias de Investigación Farmacéutica A.C., *La escasez de personal de enfermería debe tratarse como una emergencia de salud mundial*, publicado el 5 de mayo de 2023 en

Dicha situación crea un eterno retorno de inestabilidad en el empleo y condiciones que propician salarios precarios.

En cuanto a la profesionalización de la enfermería en México, persisten retos y esfuerzos por desarrollar, considerando lo siguiente:

Si bien hay datos sobre un incremento del porcentaje de personas enfermeras egresadas de licenciatura, persiste el fenómeno conocido como subempleamiento de personal, toda vez que, grosso modo, no existe regulación para que las instituciones de salud establezcan una diferenciación específica dentro de los escalafones y estructuras ocupacionales entre el personal auxiliar y técnico del personal profesional, con especialidad o posgrado, por lo que, tanto en la asignación de tareas y responsabilidades, como en la percepción económica salarial y demás prestaciones laborales, las personas profesionistas no reciben ni un reparto de roles digno ni la remuneración que les corresponde con relación a su nivel de preparación académica, de conocimientos y aptitudes especializadas, hecho que genera, a su vez, brechas de desigualdad y discriminación entre las personas enfermeras respecto de otras personas profesionistas de la salud.

También, el personal de enfermería se ha manifestado en razón de que su gremio no se encuentra en igualdad de condiciones de representación dentro de los espacios de tomas de decisiones políticas en materia sanitaria, respecto de otras profesiones tales como la de medicina, por lo que la presente iniciativa, entre varias propuestas, introduce a la Ley General de Salud la creación de comités hospitalarios de enfermería que empoderen, de facto, al personal de enfermería por las facultades que a estos comités se les confiere frente a las autoridades administrativas y burocráticas de las instituciones. También, dichos Comités tienen el objetivo de facilitar una real incidencia de los intereses de las y los trabajadores de enfermería en la toma de decisiones, así como en la adopción de políticas que tengan efecto en su área profesional o en sus intereses de clase.

Entre otras cuestiones, también resultan negativas para la pretensión de profesionalizar la ocupación científica que nos ocupa las constantes

limitaciones respecto de la autonomía e independencia en la práctica de enfermería, en gestión de casos y razonamiento de diagnósticos, así como en el ejercicio de habilidades avanzadas en valoración de la salud, toda vez que premia la idea de que el personal de esta disciplina debería estar sujeto, en su toma de decisiones así como en la realización de sus tareas, a la dirección y vigilancia del personal médico, hecho que demuestra un desconocimiento y, por ende, un desaprovechamiento de los grandes beneficios que ofrecen especializaciones y estrategias como lo son la Atención Primaria de Salud (APS), los roles ampliados y la Enfermería de Práctica Avanzada (EPA), las cuales, en efecto, dotan de facto de un alto grado de autonomía al actuar de las personas enfermeras profesionales e independientes en los diversos niveles de atención, generando una mejor atención al usuario y dinamismo práctico, basado en conocimiento científico, al funcionamiento del sistema de salud en general.

Dichas oportunidades deben reconocerse en la Ley para garantizar su desarrollo e implementación y, además, se considera necesario establecer mecanismos de coordinación y colaboración, para el diseño e implementación de normas, programas, campañas, políticas públicas, etc. entre las autoridades del trabajo, de salud, de educación, el sector empresarial y el propio conjunto de trabajadores y trabajadoras de la enfermería.

La iniciativa también considera el fenómeno de múltiples violencias, discriminación generalizada y desigualdad sustantiva entre hombres y mujeres dentro de los centros de trabajo de la salud. La OMS ha reportado que, a nivel mundial, aproximadamente el 90% del personal de enfermería son mujeres, sin embargo, son muy pocos los puestos directivos ocupados por profesionales de la enfermería en general, y menos los ocupados por mujeres.¹⁷ Se considera crucial establecer, al empleador, ente público o privado, la obligación especial de vigilar la aplicación de una efectiva política de igualdad sustantiva al interior de las relaciones de trabajo, así como durante los procesos de promoción y ascensos dentro de la estructura de la institución, además de garantizarle al personal sanitario un ambiente laboral libre de cualquier tipo de discriminación y violencia. Un estudio realizado en España en 2021 demuestra que “la violencia afecta el desgaste de los trabajadores de enfermería, provocando en ocasiones daños a la salud de los trabajadores, y estos pueden ser físicos y psicológicos, como la

¹⁷ Organización Mundial de la Salud, *Situación de la Enfermería en el Mundo 2020*, p. 9.

*aparición de enfermedades somatizadas, contribuyendo a la desmotivación de la profesión, además de debilitar las relaciones interpersonales e interferir con la calidad de la atención que se brinda al paciente”.*¹⁸

Dentro de las principales demandas documentadas, el personal de enfermería presenta el continuo y sistemático desabastecimiento o falta de equipo, materiales e insumos que les resultan indispensables para llevar a cabo, de forma eficiente sus importantes tareas. La presente iniciativa propone que desde la Ley se prescriba dicho desabastecimiento o falta de equipo, material o insumos, como vulneración grave a los derechos laborales del personal de enfermería, así como a los derechos de salud de las personas usuarias de los servicios de atención a la salud. Con esta propuesta se busca atender la emergencia sanitaria que explica de manera clara Jiménez Herrera al expresar que la población de América Latina solo alcanza un 4% de la producción de medicamentos a nivel mundial, lo que motiva a que la región sea reconocida como un lugar de inequidades que obstaculizan el acceso a los servicios de salud de la población,¹⁹ así como la carga emocional y laboral que dicho desabasto implica para el personal de enfermería, al no poder realizar tareas de tan alta responsabilidad, situación que llega a poner en peligro la integridad y vida de sus pacientes.

A su vez, ésta iniciativa propone una serie de medidas, reconocidas desde la Ley Federal del Trabajo, a efecto de que se mejoren las condiciones de trabajo de las personas que prestan los servicios de enfermería, tales como la obligación a cargo del patrón de costear exámenes médicos anuales en razón de la exposición de las y los enfermeros a virus y organismos que puedan causar enfermedades, químicos que puedan causar intoxicaciones o daños a la salud, radiaciones, etc.; establecer la obligación de que se destinen puestos directivos para el personal de enfermería en unidades administrativas interdisciplinarias y que sean distintas al Comité Hospitalario también propuesto en la Ley General de Salud; garantizar el pago de una prima para cuando el trabajo se realice en comunidades en situación de vulnerabilidad, con carencias en el acceso a servicios de salud; un aumento

¹⁸ Busnello, Grasiela Fátima, et al. (2021), *Enfrentamiento de la violencia en el trabajo de enfermería en el contexto hospitalario y en la Atención Primaria de Salud*, publicado en *Enfermería global*, vol. 20, número 62. Consultable en https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412021000200007#:~:text=La%20violencia%20afecta%20el%20desgaste,la%20desmotivaci%C3%B3n%20con%20la%20profesi%C3%B3n.

¹⁹ Jiménez Herrera, L. *El acceso a medicamentos en Latinoamérica, una mirada al caso de Costa Rica*, en *Revista Cubana de Salud Pública*, Cuba, 2019, p. 4. Consultable en <https://n9.cl/foect>

al número de días de descanso semanal y dentro de los periodos vacacionales en razón de su permanente desgaste físico y emocional, propio de la naturaleza de sus tareas; así como una regulación al periodo de guardias dentro de los centros de salud y hospitalarios.

Por todo la anterior argumentación y exposición de datos, a través de la presente iniciativa se manifiesta necesario introducir a la Ley Federal del Trabajo un capítulo exclusivo para la regulación específica de los derechos y condiciones laborales del personal de enfermería dentro del título Sexto de la Ley, referente a los denominados trabajos especiales, en razón de que, en nuestro país, existe una deficiente regulación normativa que proteja los derechos de este grupo de personas trabajadoras, sistemáticamente desprotegido, toda vez que la aplicación de la NOM-019-SSA2013 no ha sido efectiva ni ha dado los resultados previstos con su publicación en el Diario Oficial de la Federación, además de que los derechos laborales son generalmente regulados por contratos colectivos, condiciones generales o reglamentos interiores de trabajo, los cuales, en los hechos, no tienen la debida vigilancia respecto de su aplicación por parte de las autoridades en materia del trabajo. Establecer los derechos especiales de este grupo fundamental de personas trabajadoras dotará de certeza jurídica a las y los enfermeros que laboren de las instituciones de la salud, así como aquellas que ejerzan la práctica independiente de la profesión, ya que se establecerán disposiciones uniformes y mínimas para el respeto a sus derechos, en virtud a la específica naturaleza de sus funciones y al reconocimiento de sus invaluable contribuciones a la república.

En México, para muchos investigadores y estudiosos del tema, el gran problema endémico en el sistema de salud es la precariedad laboral de las personas médicas y personas enfermeras. La inversión en recursos humanos de los servicios de salud no sólo sería deseable, sino urgente ante los retos demográficos que implica el gradual envejecimiento de la población.

A decir de los Investigadores Edson Serván-Mori y Gustavo Nigenda, Investigador del Instituto Nacional de Salud Pública y Profesor-Investigador de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México, respectivamente, del análisis de datos recolectados por la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo de 2005 a 2022, se revela un aumento notable en la precariedad laboral en el sector salud. Entre los médicos, este índice incrementó de

58.7% en 2005 a 75.5% en 2022. En el caso de las enfermeras, el aumento fue de 37%: de 49.0% a 67.3%. Estos resultados evidencian niveles crecientes de precariedad laboral en los últimos dieciocho años,²⁰ lo que plantea sin duda uno de los mayores obstáculos para cualquier política pública dedicada a la construcción de un sistema que logre el acceso universal a la salud con calidad, objetivo al que se han dirigido sucesivamente los proyectos del Seguro Popular, Instituto de Salud para el Bienestar e IMSS Bienestar.

Para los investigadores citados, la precariedad laboral no sólo impacta a las y los trabajadores, sino tiene un gran impacto también en el funcionamiento de los sistemas de salud y a sus resultados. Existen diversos factores que llevan a esta precariedad laboral en el sistema de salud, entre ellos se encuentran la falta de estabilidad laboral y de beneficios sociales. Esta inseguridad laboral desincentiva la permanencia en el sector, lleva a muchos a buscar oportunidades fuera de la salud o a emigrar, lo que agrava la escasez de personal calificado, lo que se relaciona estrechamente con resultados en salud.

Las implicaciones son profundas. La alta tasa de precariedad laboral sugiere una vulnerabilidad estructural en el sistema de salud que podría deteriorar, aún más, la ya deteriorada calidad de los servicios. En particular, la creciente precariedad en el sector público indica que las políticas actuales no están abordando adecuadamente las necesidades de los trabajadores de la salud, lo que podría desincentivar a los nuevos profesionales de considerar el sector salud como una opción atractiva.

Dado que el desempeño del sector salud está permanente ligado a la innovación y a la ciencia, la pérdida de talentos no sólo compromete seriamente el derecho al trabajo, sino que tiene efectos negativos sobre el ejercicio del derecho a la salud. Dado que los trabajadores de la salud representan entre el 70 % y el 80 % del presupuesto en salud, el bajo gasto público en proporción del PIB limita las mejoras en las condiciones laborales a corto plazo.

²⁰ La precariedad laboral: el elefante no visibilizado en el Sistema de Salud Mexicano. Visible en: <https://www.insp.mx/informacion-relevante/la-precariedad-laboral-el-elefante-no-visibilizado-en-el-sistema-de-salud-mexicano>

III. Las mujeres en la enfermería.

A mediados del siglo pasado, Robinson dijo que "la enfermera es el espejo en el que se reflejaba la situación de la mujer a través de los tiempos".²¹

A decir de las mujeres, no obstante de ser mayoristas entre las y los trabajadores de la salud, a diario enfrentan varios problemas en el sector laboral, como es la baja participación en los sindicatos, los niveles inferiores y medios de jerarquía médica, horarios laborales incómodos, pocas remuneraciones y prestaciones, así como la falta social como el representado de las guarderías, lo cual ocasiona escasez del personal médico y de Enfermería debido a que un gran número de mujeres opta por la interrupción periódica de una carrera o trabajo.

Carmen Chamizo Vega, nos dice como la Historia de la Enfermería moderna ha estado relacionada con el feminismo y coincide con las campañas de liberación de la mujer. Mientras tanto en España el modelo de género continuaba garantizando la subordinación de la mujer al hombre, por lo cual se reproducen arquetipos como ángel del hogar, dulce esposa, entre otros. Fue la Constitución Española de 1931 la que supuso un avance en la lucha por los derechos de la mujer. Pero la entrada del franquismo congeló esta nueva situación de la mujer, devolviéndola a una situación de dominación.²²

En el artículo "Situación Laboral de la Enfermera: Parte I",²³ se señala que: *"Las mujeres, no obstante de ser mayoristas entre los trabajadores sanitarios enfrentan varios problemas en el sector laboral, como es la baja participación en los sindicatos, los niveles inferiores y medios de jerarquía médica, horarios laborales incómodos, pocas remuneraciones y prestaciones, así como la falta social como el representado de las guarderías, lo cual ocasiona escasez del personal médico y de Enfermería debido a que un gran número de mujeres opta por la interrupción periódica de una carrera o trabajo"*.

²¹ Chamizo Vega C. La perspectiva de género en Enfermería: comentarios y reflexiones. Index de Enfermería 2004. Citado en La Enfermería como rol de género, artículos especiales publicados por Scielo, visible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000300008

²² Idem.

²³ Consultable en: https://issuu.com/academiaaesculapmx/docs/02_febrero_2023_vf/s/19539602

Continúa diciendo el artículo que *“Se cree que los problemas de convivencia en algunas clases de trabajo se deben más al punto económico y cultural, ya que en algunos países no es bien visto que un varón trabaje de enfermero, otro factor es la disposición protectora adaptada en algunos países sobre la manipulación de sustancias tóxicas para los trabajadores gestantes”*.

Concluye diciendo que *“La igualdad de oportunidades y trato entre el hombre y la mujer revisten gran importancia de los servicios médicos y de salud, por lo que deberían promoverla”*.

De esta manera, es necesario generar condiciones para una mayor equidad en el acceso a estos empleos, de tal forma que se logre un gradual incremento de los salarios y de las prestaciones, en vista de los grandes riesgos, responsabilidades y conocimientos que exige la atención de las y los pacientes. Cualquier estrategia de revalorización del trabajo de enfermería debería tener en cuenta la estabilidad, la posibilidad de ascensos y participación en la toma de decisiones. Por esta razón es que en la presente iniciativa no sólo se propone modificar las regulaciones laborales, sino también el papel de las personas trabajadoras de enfermería dentro de sus centros de trabajo y dentro de los procesos de organización de los servicios médicos.

Dignificar la carrera de enfermería implica dar mejores perspectivas de futuro a las y los jóvenes que se preparan para esta profesión, en especial a las mujeres, pues hoy en día los caminos van por rumbos distintos para ambos sexos. En México, la brecha salarial de género en el sector salud es de apenas 2.5% para personas trabajadoras de hasta 24 años, pero ésta se ensancha a 6% en el grupo de edad de 25 a 29 años y llega al 15% entre los 30 y 34 años, según el análisis de los datos que hicieron recientemente la OMS y OIT.²⁴ La penalización de los salarios de las mujeres durante los periodos de edad en que se suelen ejercer las cargas más grandes de cuidados por la maternidad es sin duda uno de los componentes más graves del círculo vicioso que mantiene las desigualdades en el trabajo, y una característica que cuestiona seriamente los avances fácticos hacia la igualdad sustantiva.

²⁴ World Health Organization and International Labour Organization. *The gender pay gap in the health and care sector: a global analysis in the time of COVID-19*, 2022, p. 68.

Entre las estudiosas de la segregación horizontal de los empleos, Claudia Goldin, ganadora del Premio Nobel de Economía 2023, ha señalado que en los trabajos masculinizados (es decir, con una alta segregación horizontal) las resistencias a incorporar al otro género se explican en cierta medida “por el deseo de los hombres para proteger su estatus ocupacional”.²⁵ Por esta razón es que medidas como la transparencia salarial, el reclutamiento anónimo y la certificación de capacidades pueden disminuir estos patrones de discriminación, al establecer reglas más claras para la valoración de los trabajos en los distintos sectores.

IV. Publicación de reformas en materia de reducción de brecha salarial.

El pasado 17 de diciembre de 2024, entró en vigor las modificaciones a diversas leyes aprobadas por la LXVI Legislatura del Congreso de la Unión, reformas para erradicar la brecha salarial por razones de género.

El Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley Federal del Trabajo y de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B) del Artículo 123 Constitucional, en materia, fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el 16 de diciembre del mismo año,

Con esta reforma se define en el artículo 86 de la Ley Federal del Trabajo la obligación del Estado de reducir la brecha salarial de género, así como promover acciones para erradicar las prácticas retributivas desiguales. Asimismo, adiciona un segundo párrafo al artículo 28 de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B) del Artículo 123 constitucional con el objetivo de precisar que, en caso de adopción, las personas trabajadoras tendrán derecho a permisos.

En la exposición de motivos que del dictamen que aprobó dichas reformas, se señaló que “...es innegable que en México hay una brecha salarial por razones de género, en detrimento de las mujeres, situación que se agrava con una penalización de facto que existe sobre la maternidad, ya que las madres trabajadoras perciben

²⁵ Claudia Goldin, “A Pollution Theory of Discrimination: Male and Female Differences in Occupations and Earnings”, National Bureau of Economic Research, Working Paper 8985, disponible en: <http://www.nber.org/papers/w8985>

salarios más bajos, una disparidad que se incrementa a medida que aumenta el número de hijas e hijos que tiene”.

Asimismo, se expresó que: “...en el país sólo el 45 por ciento de las mujeres en edad productiva trabajan, en comparación con el promedio del 78 por ciento de los hombres, según datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE)”.

Por tales razones, se necesita emprender acciones muy amplias en la legislación y las políticas públicas para materializar el objetivo constitucional de reducir la brecha salarial de género. La Minuta del Senado que reforma 13 ordenamientos, aprobada en la LXV Legislatura, es un punto de partida que se deberá considerar cuanto antes, en virtud de la aprobación de la reforma constitucional. Y la presente iniciativa es una aportación más en este sentido para el sector de las personas trabajadoras de la salud, que se vuelve indispensable después de la gran sacudida que significó la pandemia.

La OIT y la OMS han recomendado abatir la brecha salarial de género con medidas para una mejor valorización del trabajo femenino en el sector de la salud. “Los instrumentos legales y de transparencia contra la discriminación salarial pueden ser herramientas efectivas para reducir la parte no explicada de la brecha salarial de género. Esto es particularmente cierto para el sector de salud y cuidados, que usualmente opera en empresas medianas y grandes”.²⁶ Además, estos organismos sugieren actuar contra la tercerización o el *outsourcing* en el sector, pues puede socavar los esfuerzos para equilibrar las remuneraciones al interior de los centros de trabajo.

Para efectos de mayor claridad en las disposiciones que se plantean modificar, se incorpora el siguiente cuadro comparativo:

²⁶ World Health Organization and International Labour Organization. *The gender pay gap in the health and care sector: a global analysis in the time of COVID-19*, 2022, pp. 129-130.

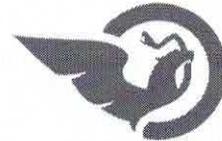
TEXTO VIGENTE	TEXTO PROPUESTO
LEY FEDERAL DEL TRABAJO	
SIN CORRELATIVO	<p style="text-align: center;">Capítulo XVIII Trabajo del personal de Enfermería</p> <p>Artículo 353 – V.- Las disposiciones del presente capítulo son aplicables a todas las relaciones de trabajo en las que personas auxiliares, técnicas y profesionales de enfermería presten los servicios de atención primaria de salud, cuidado humanizado y administrativos a una institución, establecimiento o persona determinada, así como para regular el ejercicio independiente de la profesión.</p> <p>Los conflictos individuales y colectivos derivados de la aplicación de las presentes disposiciones se resolverán de conformidad con las normas procesales previstas por esta ley y por los principios generales del derecho del trabajo, dejando a salvo el derecho de ejercitar acciones en distintas materias cuando sea procedente</p> <p>Artículo 353 – V BIS. - El personal de enfermería que labore dentro de cualquier institución que forme parte del Sistema Nacional de Salud o que contrate sus servicios comprende a las categorías de recursos humanos de personas auxiliares, técnicas, profesionales, con posgrado y de Enfermería de Práctica Avanzada. Dicha clasificación deberá observarse en lo previsto por la fracción IV del artículo 353-V Sexies de la presente Ley.</p> <p>Artículo 353 – V TER. - El ejercicio auxiliar, técnico y profesional de enfermería puede prestarse dentro de cualquier institución del Sistema Nacional de Salud bajo las</p>

	<p>condiciones prescritas por la legislación de la materia. Para ejercer la profesión de manera independiente, será obligatorio que la persona cuente con el título y cédula profesional o, en su caso, certificado de especialización y posgrados legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes.</p> <p>Artículo 353 – V QUÁTER. - Las relaciones de trabajo deberán pactarse por tiempo determinado o indeterminado; en caso de no convenir tal modalidad, se considerará por tiempo indeterminado. En todo caso, la contratación temporal que genere incertidumbre a la persona trabajadora no podrá repetirse en más de dos ocasiones; después de la finalización del segundo periodo de contratación se deberá notificar a la persona trabajadora la decisión sobre su contratación permanente. La contratación, sea individual o colectiva, así como las condiciones de trabajo deberán hacerse constar por escrito bajo lo previsto por la presente Ley.</p> <p>Artículo 353 – V QUINQUIES. - Son derechos especiales de las personas trabajadoras de la enfermería los siguientes:</p> <p>I. Hacer uso y disponer, en todo tiempo, de los equipos, instrumentos e insumos que resulten necesarios para el correcto desempeño de sus funciones y destinados a brindar una efectiva atención primaria de salud, así como cuidados humanizados de baja, mediana y alta complejidad a las personas usuarias. La falta de dichos elementos será considerada como vulneración a los derechos de las y los trabajadores e imputable al patrón.</p> <p>II. A disponer, en todo tiempo, de los equipos de seguridad personal que resulten necesarios para garantizar su integridad, salud y vida. La falta de dichos</p>
--	---

	<p>equipos, salvo prueba en contrario, será imputable al patrón como vulneración grave a sus derechos laborales aplicándose las multas que se señalan en la fracción VI del artículo 323-V Sexies de la presente Ley.</p> <p>III. A someterse, a cuenta de la entidad empleadora, por lo menos una vez al año a exámenes médicos cuando realicen funciones de tratamiento y exposición a agentes biológicos, productos químicos, sustancias tóxicas o a radiación, a fin de salvaguardar su integridad y salud. Estos exámenes deberán contemplarse dentro de los reglamentos internos de trabajo, condiciones generales de trabajo y de los contratos. Si la persona trabajadora resulta contagiada durante el periodo de emergencia sanitaria, el contagio será considerado enfermedad por riesgo de trabajo.</p> <p>IV. A realizar únicamente las tareas convenidas dentro de los reglamentos internos de trabajo, condiciones de trabajo y contratos, siempre que no rebasen su nivel de preparación académica, fuerzas, aptitudes, estado o condiciones físicas y mentales, salvo en aquellos casos de urgencia donde sea imprescindible su participación para salvaguardar la integridad y vida del paciente.</p> <p>V. El personal de enfermería tendrá derecho a los mismos beneficios y prestaciones que el resto de las personas trabajadoras de la salud adscritas a la institución, empresa o centro de trabajo, así como a una remuneración que resulte proporcional a su nivel de preparación académica, responsabilidades, condiciones de trabajo, esfuerzos y experiencia, tomando como base para ello criterios de igualdad sustantiva y no discriminación.</p>
--	--

	<p>VI. Formar parte de las organizaciones sindicales y de representar los intereses y demandas de las personas trabajadoras de la enfermería, así como de participar en los ejercicios democráticos realizados con el fin de encabezar dichas organizaciones de conformidad con las disposiciones de la presente Ley.</p> <p>VII. Desempeñar cargos directivos en unidades y departamentos administrativos dentro de la estructura de las instituciones en que presten sus servicios, distintos del Comité hospitalario a que hace mención la Ley General de Salud, bajo procedimientos transparentes de ascenso y promoción de acuerdo a criterios de igualdad sustantiva, no discriminación, habilidades y calificaciones, condiciones del trabajo, esfuerzos, responsabilidades y experiencia.</p> <p>VIII. Disponer de un espacio digno para el seguro resguardo de sus pertenencias durante el desarrollo de sus funciones, para su descanso y pernocta durante las jornadas laborales, horas extraordinarias y guardias, así como para el consumo de alimentos. Los espacios de descanso para pernoctar deberán ser específicos para el personal de enfermería y con las mismas condiciones que existen para el resto del personal sanitario.</p> <p>IX. Percibir una prima mensual por ejercer sus actividades dentro de zonas y comunidades rurales o con falta de acceso a los servicios de salud. Dicha prima consistirá en el importe de quince días de salario ordinario, el cual deberá pagarse a la persona trabajadora durante los primeros quince días de cada mes.</p> <p>X. A estar aseguradas, a cargo de la entidad empleadora, contra responsabilidades legales por riesgos de trabajo o a que la entidad empleadora le</p>
--	---

	<p>garantice los recursos económicos necesarios para tal fin.</p> <p>XI. La jornada laboral del personal de enfermería será diurna, mixta o nocturna y deberá constar por escrito dentro de las condiciones generales de trabajo, reglamentos internos y contratos. Por regla general, será de ocho horas continuas por cinco días de trabajo a la semana, salvo que se pacten jornadas discontinuas en días y horarios alternados o variables, o bien, se establezca la modalidad de guardias, las cuales no podrán exceder las 12 horas continuas y hasta tres veces por semana. En todo caso, el tiempo de trabajo semanal no podrá exceder las 40 horas si no media autorización al respecto emitida por el Tribunal competente en materia del trabajo. Será potestativo de la persona trabajadora laborar horas extraordinarias.</p> <p>XII. El personal de enfermería tendrá derecho cuando menos a dos días de descanso remunerados por cada cinco de trabajo a la semana, los cuales se establecerán de manera fija salvo pacto en contrario.</p> <p>XIII. Por cada domingo trabajado, el personal de enfermería tendrá derecho a una prima del veinticinco por ciento sobre el salario ordinario diario. Cuando la empresa, establecimiento o empleadora utilice los servicios de la persona trabajadora en días de descanso semanal o de descanso obligatorio, ésta tendrá derecho a recibir, independientemente del que le corresponda, un salario triple por el servicio prestado.</p> <p>XIV. Durante la jornada continua de ocho horas, la persona trabajadora tendrá derecho a un descanso de una hora, por lo menos. Para el caso de horas extras o guardias, transcurridas las primeras ocho,</p>
--	--



por cada tres de trabajo, la persona trabajadora tendrá derecho a un descanso de treinta minutos. La jornada de trabajo puede prolongarse por el tiempo que resulte necesario en casos de riesgo de agravamiento de la salud o de riesgo inminente para la vida del paciente.

XV. El personal de enfermería, a partir de cumplir el primer año de trabajo en la institución en la que preste sus servicios, tendrá derecho a disfrutar de dos periodos de vacaciones pagadas al año de, al menos, diez días laborales continuos cada uno. Cada año se aumentará un día de vacaciones al periodo que convengan la persona trabajadora y la empleadora, hasta llegar a treinta días, por cada año subsecuente de servicios.

XVI. Cuando el personal de enfermería sea requerido por la empleadora durante la vigencia de la declaratoria de emergencia sanitaria en virtud de su necesaria intervención en los procesos de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliativos, tendrá derecho, cada mes, a una prima del veinte por ciento del salario mensual por lo que dure la vigencia de la declaratoria, además de garantizarse el monto necesario para cubrir costos de traslados.

XVII. La persona trabajadora de enfermería profesional, con cédula profesional de licenciatura o posgrado debidamente expedida por la autoridad competente, está facultada para prestar servicios autónomos e independientes en domicilios particulares, consultorios particulares, establecimientos, empresas, clínicas, casas de atención a partos y cualquier otro donde sea requerida su fuerza de trabajo.

Artículo 353 – V SEXIES. - Son obligaciones especiales del patrón:



	<p>I. Brindar a las y los trabajadores de la enfermería las condiciones necesarias que les garanticen un entorno laboral digno y libre de todo tipo de violencia basado en los principios de igualdad sustantiva y no discriminación.</p> <p>II. Garantizar al personal la realización de actividades tendientes a su capacitación, especialización y actualización continua a fin de satisfacer eficazmente las necesidades de la institución, empresa o establecimiento en materia de atención primaria de salud, ya sea generalizada o especializada, con independencia del nivel de atención en el que se desarrollen los servicios. La Ley establecerá los mecanismos de colaboración entre el sector privado, la Secretaría de Salud y la Secretaría de Trabajo y Previsión Social para materializar dichos fines.</p> <p>III. Tomar en consideración para la repartición de tareas, cargas de trabajo y de responsabilidad, el grado de complejidad del cuidado de la persona usuaria, así como para la asignación de rotaciones y guardias, el grado de preparación académica, conocimientos, aptitudes, capacidades, experiencia, así como las condiciones físicas y mentales de las y los trabajadores.</p> <p>IV. La empresa o establecimiento que contrate los servicios de las y los trabajadores de enfermería deberá establecer, para efectos de su ingreso, remuneraciones, prestaciones, ascensos, promociones y retiro, así como para la distribución de roles y cargas de responsabilidades, dos escalafones exclusivos para dicho personal dentro de su estructura ocupacional. El primer escalafón estará reservado para el personal auxiliar y personal técnico de la enfermería, mientras que el segundo lo estará para el personal profesional que</p>
--	--

	<p>comprende a las categorías de personal con licenciatura, personal con posgrado y personal de Enfermería de Práctica Avanzada. La asignación del personal dentro de ambos escalafones se realizará observando criterios de igualdad sustantiva y no discriminación, habilidades y calificaciones, condiciones del trabajo, esfuerzos, responsabilidades y experiencia.</p> <p>V. Poner a disposición del personal de enfermería, oportunamente y en todo momento, los equipos, instrumentos e insumos de calidad y en buen estado que resulten indispensables para el correcto desempeño de sus funciones, en atención primaria de salud, hospitalaria general o de alta especialidad, así como las que pudiera realizar en modalidad ambulatoria, en centros laborales de naturaleza distinta a la sanitaria, centros escolares, comunitarios, entre otros.</p> <p>VI. Garantizar a las y los trabajadores, en todo momento, los equipos de protección personal suficientes e indispensables, de calidad, basado en un análisis de riesgo previamente establecido, y en buen estado, para salvaguardar su integridad y vida.</p> <p>La violación a lo dispuesto por esta fracción, hasta en tanto no se regularice el abastecimiento y calidad de los equipos de seguridad referidos, será motivo para la aplicación de una multa de hasta 2,500 veces la Unidad de Medida y Actualización cuando por su omisión se produzca un riesgo de trabajo, que genere a una o varias personas trabajadoras una incapacidad permanente parcial; una multa de hasta 4,000 veces la Unidad de Medida y Actualización, cuando por su omisión se produzca un riesgo de trabajo, que genera a una o varias personas trabajadoras una incapacidad permanente total, y; una multa de hasta 5,000 veces la Unidad de Medida y</p>
--	---

	<p>Actualización, cuando por su omisión se produzca la muerte de una o varias personas trabajadoras. Lo anterior con independencia de los derechos a favor de las y los trabajadores en relación con las indemnizaciones correspondientes.</p> <p>VII. Las instituciones, empresas o establecimientos que tengan la calidad de patrones, tendrán la obligación de diseñar e implementar un sistema o programa de estímulos al desempeño para el personal de enfermería con independencia de su estatus de contratación.</p> <p>Artículo 353 – V SEPTIES.- Las instituciones, empresas o establecimientos que tengan la calidad de patrones, tendrán la obligación de diseñar e implementar un sistema o programa equitativo y transparente de estímulos al desempeño para el personal de enfermería con independencia de su estatus de contratación.</p>
LEY GENERAL DE SALUD	
<p>Artículo 3o.</p> <p>En los términos de esta Ley, es materia de salubridad general:</p> <p>I. a VII.</p> <p>VIII. La promoción de recursos humanos para la salud.</p> <p>IX. a XXVIII. ...</p>	<p>Artículo 3o.</p> <p>En los términos de esta Ley, es materia de salubridad general:</p> <p>I. a VI. ...</p> <p>VIII. La promoción, protección, profesionalización y reconocimiento a la importancia de los recursos humanos para la salud.</p> <p>IX. a XXVIII. ...</p>
<p>Artículo 6o.</p> <p>El Sistema Nacional de Salud tiene los siguientes objetivos:</p> <p>I. a V. ...</p>	<p>Artículo 6o.</p> <p>El Sistema Nacional de Salud tiene los siguientes objetivos:</p> <p>I. a V. ...</p>

<p>VI. Impulsar un sistema racional de administración y desarrollo de los recursos humanos para mejorar la salud;</p> <p>VI Bis. Promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas;</p> <p>VII. a XII. ...</p>	<p>VI. Impulsar un sistema racional de administración y desarrollo de los recursos humanos a fin de garantizar una fuerza de trabajo de la salud competente y eficaz, así como de aumentar la capacidad y calidad en la atención del sistema a través del reconocimiento y respeto a sus grados académicos y derechos laborales. El personal sanitario capacitado y suficiente forma parte del derecho de acceso a la salud.</p> <p>VI Bis. Promover el conocimiento y desarrollo de la medicina y partería tradicional indígena, así como su práctica en condiciones adecuadas;</p> <p>VII. a XII. ...</p>
<p>Artículo 7o.</p> <p>La coordinación del Sistema Nacional de Salud estará a cargo de la Secretaría de Salud, correspondiéndole a ésta:</p> <p>I. a II. ...</p> <p>II BIS. Promover e impulsar que las instituciones del Sistema Nacional de Salud implementen programas cuyo objeto consista en brindar atención médica integrada de carácter preventivo, acorde con la edad, sexo y factores de riesgo de las personas;</p> <p>III. a X BIS ...</p> <p>XI. Apoyar la coordinación entre las instituciones de salud y las educativas, para</p>	<p>Artículo 7o.</p> <p>La coordinación del Sistema Nacional de Salud estará a cargo de la Secretaría de Salud, correspondiéndole a ésta:</p> <p>I. a II. ...</p> <p>II BIS. Promover e impulsar que las instituciones del Sistema Nacional de Salud implementen programas cuyo objeto consista en brindar una atención efectiva de promoción y conservación de la salud, así como de atención integral e integrada de carácter preventivo, curativo, de rehabilitación y de cuidados paliativos, acorde con la edad, sexo y factores de riesgo de las personas;</p> <p>III. a X BIS ...</p> <p>XI. Supervisar e implementar programas y mecanismos, en coordinación con las autoridades competentes en materia del</p>

<p>formar y capacitar recursos humanos para la salud;</p> <p>...</p>	<p>trabajo y educación, así como con los centros laborales del sector privado, que garanticen procesos de instrucción, formación, capacitación y actualización continua en beneficio del personal sanitario;</p> <p>XI BIS. Elaborar mecanismos y políticas para el sector social, público y privado, en coordinación con las autoridades competentes en materia del trabajo y educación, que fomenten la profesionalización del personal sanitario, así como la retención laboral del personal de las instituciones y centros de salud a través del mejoramiento de sus condiciones de trabajo y del reconocimiento a sus contribuciones sociales.</p>
<p>Artículo 10.</p> <p>La Secretaría de Salud promoverá la participación, en el sistema nacional de salud, de los prestadores de servicios de salud, de los sectores público, social y privado, de sus trabajadores y de los usuarios de los mismos, así como de las autoridades o representantes de las comunidades indígenas, en los términos de las disposiciones que al efecto se expidan.</p> <p>Asimismo, fomentará la coordinación con los proveedores de insumos para la salud, a fin de racionalizar y procurar la disponibilidad de estos últimos.</p>	<p>Artículo 10.</p> <p>La Secretaría de Salud promoverá la participación, en el Sistema Nacional de Salud, de los prestadores de servicios de salud, de los sectores público, social y privado, de sus trabajadoras y trabajadores, de las personas usuarias de los mismos, así como de las autoridades o representantes de las comunidades indígenas, en los términos de las disposiciones que al efecto se expidan.</p> <p>Asimismo, fomentará la coordinación con los proveedores de tecnologías de la información para la salud, equipos, instrumentos, medicamentos e insumos, a fin de racionalizar y garantizar la disponibilidad de estos. Para ello, la Secretaría ordenará implementar en cada hospital y centro sanitario un mecanismo de vigilancia y transparencia para el manejo en almacenes de medicamentos e insumos para la atención a la salud de las personas usuarias.</p>
<p>Artículo 15.</p>	<p>Artículo 15.</p>

<p>El Consejo de Salubridad General es un órgano que depende directamente de la persona titular de la Presidencia de la República en los términos del artículo 73, fracción XVI, base 1a. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.</p> <p>El Consejo de Salubridad General está integrado por la persona titular de la Secretaría de Salud quien lo presidirá, la persona titular de la Secretaría de dicho Consejo y las personas integrantes titulares que su reglamento interior determine, dos de los cuáles serán las personas titulares de la Academia Nacional de Medicina y de la Academia Mexicana de Cirugía. Las personas integrantes del Consejo contarán con derecho a voz y voto y ejercerán sus cargos a título honorífico.</p> <p>...</p>	<p>El Consejo de Salubridad General es un órgano que depende directamente de la persona titular de la Presidencia de la República en los términos del artículo 73, fracción XVI, base 1a. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.</p> <p>El Consejo de Salubridad General está integrado por la persona titular de la Secretaría de Salud quien lo presidirá, la persona titular de la Secretaría de dicho Consejo y las personas integrantes titulares que su reglamento interior determine, de las cuales dos serán las personas titulares de la Academia Nacional de Medicina y de la Academia Mexicana de Cirugía y la persona titular de la Dirección de Enfermería de la Secretaría de Salud. Las personas integrantes del Consejo contarán con derecho a voz y voto y ejercerán sus cargos a título honorífico.</p> <p>...</p>
<p>Artículo 27.</p> <p>Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a:</p> <p>I. a II. ...</p> <p>III. La atención médica integral, que comprende la atención médica integrada de carácter preventivo, acciones curativas, paliativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias.</p> <p>Para efectos del párrafo anterior, la atención médica integrada de carácter preventivo consiste en realizar todas las acciones de prevención y promoción para la protección de la salud, de acuerdo con la edad, sexo y los determinantes físicos, psíquicos y sociales de las personas, realizadas preferentemente en una sola consulta;</p>	<p>Artículo 27.</p> <p>Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a:</p> <p>I. a II.</p> <p>III. La atención médica y sanitaria, integral e integrada de carácter preventivo, de acciones curativas, paliativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias, así como la atención primaria de salud.</p> <p>Para efectos del párrafo anterior, la atención integral médica integrada de carácter preventivo consiste en realizar todas las acciones de prevención y promoción para la protección de la salud y de prevención de enfermedades, de acuerdo con la edad, sexo y los determinantes físicos, psíquicos y sociales de las personas, realizadas preferentemente en una sola consulta; por atención primaria de</p>

<p>IV a XI. ...</p>	<p>salud se entiende aquella asistencia sanitaria esencial y accesible, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundamentadas, así como el derecho de toda la población a gozar de servicios de salud.</p> <p>Las autoridades en la materia, de acuerdo a sus respectivas atribuciones, deberán establecer las bases para garantizar la participación activa de las comunidades en la planificación, implementación y evaluación de los servicios de salud.</p> <p>...</p> <p>IV. a XI. ...</p>
<p>Artículo 28 Bis.- Los profesionales que podrán prescribir medicamentos son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Médicos; 2. Médicos Homeópatas; 3. Cirujanos Dentistas; 4. Médicos Veterinarios en el área de su competencia, y 5. Licenciados en Enfermería, quienes podrán prescribir aquellos medicamentos del Compendio Nacional de Insumos para la Salud que determine la Secretaría de Salud. <p>...</p>	<p>Artículo 28 Bis.- Los profesionales que podrán prescribir medicamentos son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Médicos; 2. Médicos Homeópatas; 3. Cirujanos Dentistas; 4. Médicos Veterinarios en el área de su competencia, y 5. Personal con licenciatura y con posgrado en Enfermería, así como de Enfermería de Práctica Avanzada, quienes podrán prescribir aquellos medicamentos del Compendio Nacional de Insumos para la Salud que determine la Secretaría de Salud. <p>...</p>
<p>Artículo 41 Bis.</p> <p>Los establecimientos para la atención médica del sector público, social o privado del sistema nacional de salud, además de los señalados en los artículos 98 y 316 de la presente Ley, y de acuerdo con su grado de complejidad y nivel de resolución, contarán con los siguientes comités:</p>	<p>Artículo 41 Bis.</p> <p>Los establecimientos para la atención médica, hospitalaria y de atención primaria de salud del sector público, social o privado del sistema nacional de salud, además de los señalados en los artículos 98 y 316 de la presente Ley, y de acuerdo con su grado de complejidad y nivel de resolución, contarán con los siguientes comités:</p>

I. Un Comité Hospitalario de Bioética para la resolución de los problemas derivados de la atención médica a que se refiere el artículo 33 de esta Ley; así como para el análisis, discusión y apoyo en la toma de decisiones respecto a los problemas bioéticos que se presenten en la práctica clínica o en la docencia que se imparte en el área de salud, así como promover la elaboración de lineamientos y guías éticas Institucionales para la atención y la docencia médica. Asimismo, promoverá la educación bioética permanentemente de sus miembros y del personal del establecimiento, y

II. En los casos de establecimientos de atención médica que lleven a cabo actividades de investigación en seres humanos, un Comité de Ética en Investigación que será responsable de evaluar y dictaminar los protocolos de investigación en seres humanos, formulando las recomendaciones de carácter ético que correspondan, así como de elaborar lineamientos y guías éticas institucionales para la investigación en salud, debiendo dar seguimiento a sus recomendaciones.

Los Comités Hospitalarios de Bioética y de Ética en la Investigación se sujetarán a la legislación vigente y a los criterios que establezca la Comisión Nacional de Bioética. Serán interdisciplinarios y deberán estar integrados por personal médico de distintas especialidades y por personas de las profesiones de psicología, enfermería, trabajo social, sociología, antropología, filosofía o derecho que cuenten con capacitación en bioética, siendo imprescindible contar con representantes del núcleo afectado o de personas usuarias de los servicios de salud, hasta el número convenido de sus miembros, guardando equilibrio de género, quienes podrán estar adscritos o no a la unidad de salud o establecimiento.

I. Un Comité Hospitalario de Bioética para la resolución de los problemas derivados de la atención médica a que se refiere el artículo 33 de esta Ley; así como para el análisis, discusión y apoyo en la toma de decisiones respecto a los problemas bioéticos que se presenten en la práctica clínica o en la docencia que se imparte en el área de salud, así como promover la elaboración de lineamientos y guías éticas Institucionales para la atención y la docencia médica. Asimismo, promoverá la educación bioética permanentemente de sus miembros y del personal del establecimiento;

II. En los casos de establecimientos de atención médica que lleven a cabo actividades de investigación en seres humanos, un Comité de Ética en Investigación que será responsable de evaluar y dictaminar los protocolos de investigación en seres humanos, formulando las recomendaciones de carácter ético que correspondan, así como de elaborar lineamientos y guías éticas institucionales para la investigación en salud, debiendo dar seguimiento a sus recomendaciones.

Los Comités Hospitalarios de Bioética y de Ética en la Investigación se sujetarán a la legislación vigente y a los criterios que establezca la Comisión Nacional de Bioética. Serán interdisciplinarios y deberán estar integrados por personal médico de distintas especialidades y por personas de las profesiones de psicología, enfermería, trabajo social, sociología, antropología, filosofía o derecho que cuenten con capacitación en bioética, siendo imprescindible contar con representantes del núcleo afectado o de personas usuarias de los servicios de salud, hasta el número convenido de sus miembros, guardando equilibrio de género, quienes podrán estar adscritos o no a la unidad de salud o establecimiento, y;

<p>ejercicio de los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud en la prestación de los servicios respectivos.</p>	<p>de la salud en la prestación de los servicios respectivos, así como su capacitación continua y formación permanente para la actualización de conocimientos y habilidades.</p>
<p>Artículo 51.</p> <p>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.</p> <p>...</p>	<p>Artículo 51.</p> <p>Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea, así como a recibir atención profesional y éticamente responsable, a través de un trato respetuoso y humanizado por parte del personal sanitario.</p> <p>...</p>
<p>Artículo 78. El ejercicio de las profesiones, de las actividades técnicas y auxiliares y de las especialidades para la salud, estará sujeto a:</p> <p>...</p> <p>II. Las bases de coordinación que, conforme a la ley, se definan entre las autoridades educativas y las autoridades sanitarias;</p> <p>III. a IV. ...</p>	<p>Artículo 78. El ejercicio de las profesiones, de las actividades técnicas y auxiliares y de las especialidades para la salud, estará sujeto a:</p> <p>...</p> <p>II. Las bases de coordinación que, conforme a la ley, se definan entre las autoridades educativas, las autoridades del trabajo y las autoridades sanitarias;</p> <p>III. a IV. ...</p>
<p>Artículo 83. Quienes ejerzan las actividades profesionales, técnicas y auxiliares y las especialidades médicas, deberán poner a la vista del público un anuncio que indique la institución que les expidió el Título, Diploma, número de su correspondiente cédula profesional y, en su caso, el Certificado de Especialidad vigente. Iguales menciones deberán consignarse en los documentos y papelería que utilicen en el ejercicio de tales actividades y en la publicidad que realicen al respecto.</p>	<p>Artículo 83. Quienes ejerzan las actividades profesionales médicas y de enfermería, deberán poner a la vista del público un anuncio que indique la institución que les expidió el Título, Diploma, número de su correspondiente cédula profesional y, en su caso, el Certificado de Especialidad vigente. Iguales menciones deberán consignarse en los documentos y papelería que utilicen en el ejercicio de tales actividades y en la publicidad que realicen al respecto.</p>
<p>Artículo 89. Las autoridades educativas, en coordinación con las autoridades sanitarias y con la participación de las instituciones de educación superior, recomendarán normas y</p>	<p>Artículo 89. Las autoridades educativas, en coordinación con las autoridades sanitarias y las autoridades del trabajo, con la participación de las instituciones de educación</p>

<p>critérios para la formación de recursos humanos para la salud.</p>	<p>superior y agrupaciones profesionales o de personas trabajadoras de la salud, recomendarán normas y criterios para la formación de recursos humanos para la salud, mismas que tendrán que ser incluidas dentro de la metodología usada para elaborar las políticas relativas a la capacitación continua y formación permanente del personal sanitario.</p>
<p>Artículo 90. Corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, sin perjuicio de las atribuciones de las autoridades educativas en la materia y en coordinación con éstas:</p> <p>I. a IV. ...</p> <p>SIN CORRELATIVO</p> <p>SIN CORRELATIVO</p>	<p>Artículo 90. Corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, sin perjuicio de las atribuciones de las autoridades educativas y del trabajo en la materia y en coordinación con éstas:</p> <p>I a IV. ...</p> <p>V. Promover la participación de las y los integrantes del personal sanitario profesional, especializado y con posgrado, en la formulación, diseño, implementación y evaluación de las políticas, planes y programas institucionales y de política nacional en materia médica y de enfermería.</p> <p>VI. Diseñar e implantar programas y campañas de información que incentiven a personas interesadas a ejercer la profesión de enfermería en los distintos campos y sectores.</p>
<p>Artículo 93. La Secretaría de Educación Pública, en coordinación con la Secretaría de Salud, promoverá el establecimiento de un sistema de enseñanza continua en materia de salud.</p> <p>De la misma manera, reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de la medicina tradicional indígena. Los programas de prestación de la salud, de atención primaria que se desarrollan en comunidades indígenas,</p>	<p>Artículo 93. La Secretaría de Educación Pública, en coordinación con la Secretaría de Salud y la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, promoverá el establecimiento de un sistema de enseñanza y capacitación continua en materia de salud.</p> <p>De la misma manera, garantizará, reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de la medicina y partería tradicional indígena. Los programas de prestación de la salud, de atención primaria que se desarrollan en comunidades indígenas, deberán adaptarse a</p>

deberán adaptarse a su estructura social y administrativa, así como su concepción de la salud y de la relación del paciente con el médico, respetando siempre sus derechos humanos.	su estructura social y administrativa, así como su concepción de la salud y de la relación del paciente con el médico, así como con el personal de partería y enfermería , respetando siempre sus derechos humanos.
---	--

Por todo lo anteriormente expuesto, se somete a su consideración la presente iniciativa con Proyecto de:

DECRETO

Por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley Federal del Trabajo y de la Ley General de Salud, en materia de Enfermería

Artículo Primero. Se **adiciona** un Capítulo XVIII denominado “Trabajo del personal de Enfermería” al Título Sexto y los artículos 353 – V, 353 – V BIS, 353 – V TER, 353 – V QUÁTER, 353 – V QUINQUIES, 353 – V SEXIES y 353 – V SEPTIES, todos de la Ley Federal del Trabajo para quedar como sigue:

Capítulo XVIII Trabajo del personal de Enfermería

Artículo 353 – V.- Las disposiciones del presente capítulo son aplicables a todas las relaciones de trabajo en las que personas auxiliares, técnicas y profesionales de enfermería presten los servicios de atención primaria de salud, cuidado humanizado y administrativos a una institución, establecimiento o persona determinada, así como para regular el ejercicio independiente de la profesión.

Los conflictos individuales y colectivos derivados de la aplicación de las presentes disposiciones se resolverán de conformidad con las normas procesales previstas por esta ley y por los principios generales del derecho del trabajo, dejando a salvo el derecho de ejercitar acciones en distintas materias cuando sea procedente

Artículo 353 – V BIS. - El personal de enfermería que labore dentro de cualquier institución que forme parte del Sistema Nacional de Salud o que contrate sus

servicios comprende a las categorías de recursos humanos de personas auxiliares, técnicas, profesionales, con posgrado y de Enfermería de Práctica Avanzada. Dicha clasificación deberá observarse en lo previsto por la fracción IV del artículo 353-V Sexies de la presente Ley.

Artículo 353 – V TER. - El ejercicio auxiliar, técnico y profesional de enfermería puede prestarse dentro de cualquier institución del Sistema Nacional de Salud bajo las condiciones prescritas por la legislación de la materia. Para ejercer la profesión de manera independiente, será obligatorio que la persona cuente con el título y cédula profesional o, en su caso, certificado de especialización y posgrados legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes.

Artículo 353 – V QUÁTER. - Las relaciones de trabajo deberán pactarse por tiempo determinado o indeterminado; en caso de no convenir tal modalidad, se considerará por tiempo indeterminado. En todo caso, la contratación temporal que genere incertidumbre a la persona trabajadora no podrá repetirse en más de dos ocasiones; después de la finalización del segundo periodo de contratación se deberá notificar a la persona trabajadora la decisión sobre su contratación permanente. La contratación, sea individual o colectiva, así como las condiciones de trabajo deberán hacerse constar por escrito bajo lo previsto por la presente Ley.

Artículo 353 – V QUINQUIES. - Son derechos especiales de las personas trabajadoras de la enfermería los siguientes:

I. Hacer uso y disponer, en todo tiempo, de los equipos, instrumentos e insumos que resulten necesarios para el correcto desempeño de sus funciones y destinados a brindar una efectiva atención primaria de salud, así como cuidados humanizados de baja, mediana y alta complejidad a las personas usuarias. La falta de dichos elementos será considerada como vulneración a los derechos de las y los trabajadores e imputable al patrón.

II. A disponer, en todo tiempo, de los equipos de seguridad personal que resulten necesarios para garantizar su integridad, salud y vida. La falta de dichos equipos, salvo prueba en contrario, será imputable al patrón como vulneración grave a sus derechos laborales aplicándose las multas que se señalan en la fracción VI del artículo 323-V Sexies de la presente Ley.

III. A someterse, a cuenta de la entidad empleadora, por lo menos una vez al año a exámenes médicos cuando realicen funciones de tratamiento y exposición a agentes biológicos, productos químicos, sustancias tóxicas o a radiación, a fin de salvaguardar su integridad y salud. Estos exámenes deberán contemplarse dentro de los reglamentos internos de trabajo, condiciones generales de trabajo y de los contratos. Si la persona trabajadora resulta contagiada durante el periodo de emergencia sanitaria, el contagio será considerado enfermedad por riesgo de trabajo.

IV. A realizar únicamente las tareas convenidas dentro de los reglamentos internos de trabajo, condiciones de trabajo y contratos, siempre que no rebasen su nivel de preparación académica, fuerzas, aptitudes, estado o condiciones físicas y mentales, salvo en aquellos casos de urgencia donde sea imprescindible su participación para salvaguardar la integridad y vida del paciente.

V. El personal de enfermería tendrá derecho a los mismos beneficios y prestaciones que el resto de las personas trabajadoras de la salud adscritas a la institución, empresa o centro de trabajo, así como a una remuneración que resulte proporcional a su nivel de preparación académica, responsabilidades, condiciones de trabajo, esfuerzos y experiencia, tomando como base para ello criterios de igualdad sustantiva y no discriminación.

VI. Formar parte de las organizaciones sindicales y de representar los intereses y demandas de las personas trabajadoras de la enfermería, así como de participar en los ejercicios democráticos realizados con el fin de encabezar dichas organizaciones de conformidad con las disposiciones de la presente Ley.

VII. Desempeñar cargos directivos en unidades y departamentos administrativos dentro de la estructura de las instituciones en que presten sus servicios, distintos del Comité hospitalario a que hace mención la Ley General de Salud, bajo procedimientos transparentes de ascenso y promoción de acuerdo a criterios de igualdad sustantiva, no discriminación, habilidades y calificaciones, condiciones del trabajo, esfuerzos, responsabilidades y experiencia.

VIII. Disponer de un espacio digno para el seguro resguardo de sus pertenencias durante el desarrollo de sus funciones, para su descanso y pernocta durante las jornadas laborales, horas extraordinarias y guardias, así

como para el consumo de alimentos. Los espacios de descanso para pernoctar deberán ser específicos para el personal de enfermería y con las mismas condiciones que existen para el resto del personal sanitario.

IX. Percibir una prima mensual por ejercer sus actividades dentro de zonas y comunidades rurales o con falta de acceso a los servicios de salud. Dicha prima consistirá en el importe de quince días de salario ordinario, el cual deberá pagarse a la persona trabajadora durante los primeros quince días de cada mes.

X. A estar aseguradas, a cargo de la entidad empleadora, contra responsabilidades legales por riesgos de trabajo o a que la entidad empleadora le garantice los recursos económicos necesarios para tal fin.

XI. La jornada laboral del personal de enfermería será diurna, mixta o nocturna y deberá constar por escrito dentro de las condiciones generales de trabajo, reglamentos internos y contratos. Por regla general, será de ocho horas continuas por cinco días de trabajo a la semana, salvo que se pacten jornadas discontinuas en días y horarios alternados o variables, o bien, se establezca la modalidad de guardias, las cuales no podrán exceder las 12 horas continuas y hasta tres veces por semana. En todo caso, el tiempo de trabajo semanal no podrá exceder las 40 horas si no media autorización al respecto emitida por el Tribunal competente en materia del trabajo. Será potestativo de la persona trabajadora laborar horas extraordinarias.

XII. El personal de enfermería tendrá derecho cuando menos a dos días de descanso remunerados por cada cinco de trabajo a la semana, los cuales se establecerán de manera fija salvo pacto en contrario.

XIII. Por cada domingo trabajado, el personal de enfermería tendrá derecho a una prima del veinticinco por ciento sobre el salario ordinario diario. Cuando la empresa, establecimiento o empleadora utilice los servicios de la persona trabajadora en días de descanso semanal o de descanso obligatorio, ésta tendrá derecho a recibir, independientemente del que le corresponda, un salario triple por el servicio prestado.

XIV. Durante la jornada continua de ocho horas, la persona trabajadora tendrá derecho a un descanso de una hora, por lo menos. Para el caso de horas extras o guardias, transcurridas las primeras ocho, por cada tres de trabajo, la persona trabajadora tendrá derecho a un descanso de treinta minutos. La

jornada de trabajo puede prolongarse por el tiempo que resulte necesario en casos de riesgo de agravamiento de la salud o de riesgo inminente para la vida del paciente.

XV. El personal de enfermería, a partir de cumplir el primer año de trabajo en la institución en la que preste sus servicios, tendrá derecho a disfrutar de dos periodos de vacaciones pagadas al año de, al menos, diez días laborales continuos cada uno. Cada año se aumentará un día de vacaciones al periodo que convengan la persona trabajadora y la empleadora, hasta llegar a treinta días, por cada año subsecuente de servicios.

XVI. Cuando el personal de enfermería sea requerido por la empleadora durante la vigencia de la declaratoria de emergencia sanitaria en virtud de su necesaria intervención en los procesos de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliativos, tendrá derecho, cada mes, a una prima del veinte por ciento del salario mensual por lo que dure la vigencia de la declaratoria, además de garantizarse el monto necesario para cubrir costos de traslados.

XVII. La persona trabajadora de enfermería profesional, con cédula profesional de licenciatura o posgrado debidamente expedida por la autoridad competente, está facultada para prestar servicios autónomos e independientes en domicilios particulares, consultorios particulares, establecimientos, empresas, clínicas, casas de atención a partos y cualquier otro donde sea requerida su fuerza de trabajo.

Artículo 353 – V SEXIES. - Son obligaciones especiales del patrón:

I. Brindar a las y los trabajadores de la enfermería las condiciones necesarias que les garanticen un entorno laboral digno y libre de todo tipo de violencia basado en los principios de igualdad sustantiva y no discriminación.

II. Garantizar al personal la realización de actividades tendientes a su capacitación, especialización y actualización continua a fin de satisfacer eficazmente las necesidades de la institución, empresa o establecimiento en materia de atención primaria de salud, ya sea generalizada o especializada, con independencia del nivel de atención en el que se desarrollen los servicios. La Ley establecerá los mecanismos de colaboración entre el sector privado, la Secretaría de Salud y la Secretaría de Trabajo y Previsión Social para materializar dichos fines.

III. Tomar en consideración para la repartición de tareas, cargas de trabajo y de responsabilidad, el grado de complejidad del cuidado de la persona usuaria, así como para la asignación de rotaciones y guardias, el grado de preparación académica, conocimientos, aptitudes, capacidades, experiencia, así como las condiciones físicas y mentales de las y los trabajadores.

IV. La empresa o establecimiento que contrate los servicios de las y los trabajadores de enfermería deberá establecer, para efectos de su ingreso, remuneraciones, prestaciones, ascensos, promociones y retiro, así como para la distribución de roles y cargas de responsabilidades, dos escalafones exclusivos para dicho personal dentro de su estructura ocupacional. El primer escalafón estará reservado para el personal auxiliar y personal técnico de la enfermería, mientras que el segundo lo estará para el personal profesional que comprende a las categorías de personal con licenciatura, personal con posgrado y personal de Enfermería de Práctica Avanzada. La asignación del personal dentro de ambos escalafones se realizará observando criterios de igualdad sustantiva y no discriminación, habilidades y calificaciones, condiciones del trabajo, esfuerzos, responsabilidades y experiencia.

V. Poner a disposición del personal de enfermería, oportunamente y en todo momento, los equipos, instrumentos e insumos de calidad y en buen estado que resulten indispensables para el correcto desempeño de sus funciones, en atención primaria de salud, hospitalaria general o de alta especialidad, así como las que pudiera realizar en modalidad ambulatoria, en centros laborales de naturaleza distinta a la sanitaria, centros escolares, comunitarios, entre otros.

VI. Garantizar a las y los trabajadores, en todo momento, los equipos de protección personal suficientes e indispensables, de calidad, basado en un análisis de riesgo previamente establecido, y en buen estado, para salvaguardar su integridad y vida.

La violación a lo dispuesto por esta fracción, hasta en tanto no se regularice el abastecimiento y calidad de los equipos de seguridad referidos, será motivo para la aplicación de una multa de hasta 2,500 veces la Unidad de Medida y Actualización cuando por su omisión se produzca un riesgo de trabajo, que genere a una o varias personas trabajadoras una incapacidad permanente parcial; una multa de hasta 4,000 veces la Unidad de Medida y

Actualización, cuando por su omisión se produzca un riesgo de trabajo, que genera a una o varias personas trabajadoras una incapacidad permanente total, y; una multa de hasta 5,000 veces la Unidad de Medida y Actualización, cuando por su omisión se produzca la muerte de una o varias personas trabajadoras. Lo anterior con independencia de los derechos a favor de las y los trabajadores en relación con las indemnizaciones correspondientes.

VII. Las instituciones, empresas o establecimientos que tengan la calidad de patrones, tendrán la obligación de diseñar e implementar un sistema o programa de estímulos al desempeño para el personal de enfermería con independencia de su estatus de contratación.

Artículo 353 – V SEPTIES.- Las instituciones, empresas o establecimientos que tengan la calidad de patrones, tendrán la obligación de diseñar e implementar un sistema o programa equitativo y transparente de estímulos al desempeño para el personal de enfermería con independencia de su estatus de contratación.

Artículo segundo. Se **reforma** la fracción VIII del artículo 3°, las fracciones VI y VI Bis del artículo 6°, la fracción XI del artículo 7°, las fracciones II Bis y XI del artículo 10°, el segundo párrafo del artículo 15, la fracción III del artículo 27, el numeral cinco del artículo 28 Bis, el primer párrafo del artículo 48, el artículo 51, la fracción II del artículo 78, artículo 83, artículo 89 y el artículo 93 y se **adiciona** la fracción XI Bis del artículo 7°, la fracción III del artículo 41 Bis y las fracciones V y VI del artículo 90 de la Ley General de Salud, para quedar como sigue.

Artículo 3o. En los términos de esta Ley, es materia de salubridad general:
I. a VI. ...

VIII. La promoción, **protección, profesionalización y reconocimiento a la importancia de los** recursos humanos para la salud.

...

Artículo 6o. El Sistema Nacional de Salud tiene los siguientes objetivos:

I. a V. ...

VI. Impulsar un sistema racional de administración y desarrollo de los recursos humanos **a fin de garantizar una fuerza de trabajo de la salud competente y eficaz, así como de aumentar la capacidad y calidad en la atención del**

sistema a través del reconocimiento y respeto a sus grados académicos y derechos laborales. El personal sanitario capacitado y suficiente forma parte del derecho de acceso a la salud.

VI Bis. Promover el conocimiento y desarrollo de la medicina **y partería** tradicional indígena, **así como** su práctica en condiciones adecuadas;

...

Artículo 7o. La coordinación del Sistema Nacional de Salud estará a cargo de la Secretaría de Salud, correspondiéndole a ésta:

I. a II. ...

II BIS. Promover e impulsar que las instituciones del Sistema Nacional de Salud implementen programas cuyo objeto consista en brindar **una atención efectiva de promoción y conservación de la salud, así como de atención integral e integrada** de carácter preventivo, **curativo, de rehabilitación y de cuidados paliativos**, acorde con la edad, sexo y factores de riesgo de las personas;

III. a X BIS ...

XI. Supervisar e implementar programas y mecanismos, en coordinación con las autoridades competentes en materia del trabajo y educación, así como con los centros laborales del sector privado, que garanticen procesos de instrucción, formación, capacitación y actualización continua en beneficio del personal sanitario;

XI BIS. Elaborar mecanismos y políticas para el sector social, público y privado, en coordinación con las autoridades competentes en materia del trabajo y educación, que fomenten la profesionalización del personal sanitario, así como la retención laboral del personal de las instituciones y centros de salud a través del mejoramiento de sus condiciones de trabajo y del reconocimiento a sus contribuciones sociales.

...

Artículo 10°. La Secretaría de Salud promoverá la participación, en el Sistema Nacional de Salud, de los prestadores de servicios de salud, de los sectores público, social y privado, de sus **trabajadoras y trabajadores, de las personas usuarias** de los mismos, así como de las autoridades o representantes de las

comunidades indígenas, en los términos de las disposiciones que al efecto se expidan.

Asimismo, fomentará la coordinación con los proveedores de **tecnologías de la información para la salud, equipos, instrumentos, medicamentos e insumos**, a fin de racionalizar y **garantizar** la disponibilidad de estos. Para ello, la Secretaría **ordenará implementar en cada hospital y centro sanitario un mecanismo de vigilancia y transparencia para el manejo en almacenes de medicamentos e insumos para la atención a la salud de las personas usuarias.**

Artículo 15. El Consejo de Salubridad General es un órgano que depende directamente de la persona titular de la Presidencia de la República en los términos del artículo 73, fracción XVI, base 1a. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

El Consejo de Salubridad General está integrado por la persona titular de la Secretaría de Salud quien lo presidirá, la persona titular de la Secretaría de dicho Consejo y las personas integrantes titulares que su reglamento interior determine, **de las cuales dos** serán las personas titulares de la Academia Nacional de Medicina y de la Academia Mexicana de Cirugía **y la persona titular de la Dirección de Enfermería de la Secretaría de Salud.** Las personas integrantes del Consejo contarán con derecho a voz y voto y ejercerán sus cargos a título honorífico....

Artículo 27. Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a:

I. a II. ...

III. La atención médica **y sanitaria, integral e integrada de carácter preventivo, de acciones curativas, paliativas y de rehabilitación**, incluyendo la atención de urgencias, **así como la atención primaria de salud.**

Para efectos del párrafo anterior, la atención **integral médica** integrada de carácter preventivo consiste en realizar todas las acciones de **prevención y promoción** para la protección de la salud **y de prevención de enfermedades**, de acuerdo con la edad, sexo y los determinantes físicos, psíquicos y sociales de las personas, realizadas preferentemente en una sola consulta; **por atención primaria de salud se entiende aquella asistencia sanitaria esencial y accesible, basada en**

métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundamentadas, así como el derecho de toda la población a gozar de servicios de salud.

Las autoridades en la materia, de acuerdo con sus respectivas atribuciones, deberán establecer las bases para garantizar la participación activa de las comunidades en la planificación, implementación y evaluación de los servicios de salud.

...

IV. a XI. ...

Artículo 28 Bis.- Los profesionales que podrán prescribir medicamentos son:

1. a 3. ...

4. Médicos Veterinarios en el área de su competencia, y

5. Personal con licenciatura y con posgrado en Enfermería, así como de Enfermería de Práctica Avanzada, quienes podrán prescribir aquellos medicamentos del Compendio Nacional de Insumos para la Salud que determine la Secretaría de Salud.

Artículo 41 Bis. Los establecimientos para la atención médica, **hospitalaria y de atención primaria de salud** del sector público, social o privado del sistema nacional de salud, además de los señalados en los artículos 98 y 316 de la presente Ley, y de acuerdo con su grado de complejidad y nivel de resolución, contarán con los siguientes comités:

I. Un Comité Hospitalario de Bioética para la resolución de los problemas derivados de la atención médica a que se refiere el artículo 33 de esta Ley; así como para el análisis, discusión y apoyo en la toma de decisiones respecto a los problemas bioéticos que se presenten en la práctica clínica o en la docencia que se imparte en el área de salud, así como promover la elaboración de lineamientos y guías éticas Institucionales para la atención y la docencia médica. Asimismo, promoverá la educación bioética permanentemente de sus miembros y del personal del establecimiento;

II. ...

Los Comités Hospitalarios de Bioética y de Ética en la Investigación se sujetarán a la legislación vigente y a los criterios que establezca la Comisión Nacional de Bioética. Serán interdisciplinarios y deberán estar integrados por personal médico de distintas especialidades y por personas de las profesiones de psicología, enfermería, trabajo social, sociología, antropología, filosofía o derecho que cuenten con capacitación en bioética, siendo imprescindible contar con representantes del núcleo afectado o de personas usuarias de los servicios de salud, hasta el número convenido de sus miembros, guardando equilibrio de género, quienes podrán estar adscritos o no a la unidad de salud o establecimiento, y

III. Para el caso de establecimientos con personal de enfermería, un Comité Hospitalario de Enfermería, integrado únicamente por personal de ésta disciplina adscrito a la institución, el cual deberá analizar e informar a la unidad que señalen los reglamentos o contratos, anualmente, la oferta y demanda del personal de enfermería auxiliar, técnica, profesional, especializada y de práctica avanzada para la distribución de personal entre las distintas áreas de atención, los procesos de planificación, retención y promoción de talento humano y el número de plazas necesarias para creación o sustitución.

De igual manera, será responsabilidad del Comité de Enfermería vigilar el abastecimiento continuo y permanente, así como las condiciones de calidad y buen estado, de los equipos, instrumentos e insumos que resulten necesarios para brindar eficazmente la atención a la salud de las personas usuarias, además de reportar a las instancias competentes de la institución la carencia de tales equipos, instrumentos e insumos a fin de que se garantice, de inmediato, su abastecimiento. La persona titular del Comité Hospitalario de Enfermería será la instancia competente para gestionar los procesos de solicitud y quejas ante las unidades internas correspondientes y realizar la calendarización de sesiones para promover y mantener un nivel de coordinación, comunicación y respuesta ante estas necesidades. La falta de tales materiales constituye una vulneración a los derechos laborales del personal de enfermería.

Artículo 48.- Corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias y en coordinación con las autoridades educativas y del trabajo, vigilar el ejercicio de **las personas auxiliares, técnicas, profesionales, especialistas y con posgrado** de la salud en la prestación de los servicios respectivos, **así como su capacitación**

continua y formación permanente para la actualización de conocimientos y habilidades.

Artículo 51. Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea, **así como** a recibir atención profesional y éticamente responsable, **a través de un trato respetuoso y humanizado por parte del personal sanitario.**

Artículo 78. El ejercicio de las profesiones, de las actividades técnicas y auxiliares y de las especialidades para la salud, estará sujeto a:

...

II. Las bases de coordinación que, conforme a la ley, se definan entre las autoridades educativas, las autoridades del trabajo y las autoridades sanitarias;

III. a IV. ...

Artículo 83. Quienes ejerzan las actividades profesionales médicas **y de enfermería**, deberán poner a la vista del público un anuncio que indique la institución que les expidió el Título, Diploma, número de su correspondiente cédula profesional y, en su caso, el Certificado de Especialidad vigente. Iguales menciones deberán consignarse en los documentos y papelería que utilicen en el ejercicio de tales actividades y en la publicidad que realicen al respecto.

Artículo 89. Las autoridades educativas, en coordinación con las autoridades sanitarias **y las autoridades del trabajo**, con la participación de las instituciones de educación superior **y agrupaciones profesionales o de personas trabajadoras de la salud**, recomendarán normas y criterios para la formación de recursos humanos para la salud, **mismas que tendrán que ser incluidas dentro de la metodología usada para elaborar las políticas relativas a la capacitación continua y formación permanente del personal sanitario.**

Artículo 90. Corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, sin perjuicio de las atribuciones de las autoridades educativas **y del trabajo** en la materia y en coordinación con éstas:

I a IV. ...

V. Promover la participación de las y los integrantes del personal sanitario profesional, especializado y con posgrado, en la formulación, diseño, implementación y evaluación de las políticas, planes y programas institucionales y de política nacional en materia médica y de enfermería.

VI. Diseñar e implantar programas y campañas de información que incentiven a personas interesadas a ejercer la profesión de enfermería en los distintos campos y sectores.

Artículo 93. La Secretaría de Educación Pública, en coordinación con la Secretaría de Salud y la **Secretaría del Trabajo y Previsión Social**, promoverá el establecimiento de un sistema de enseñanza y **capacitación** continua en materia de salud.

De la misma manera, **garantizará**, reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de la medicina y **partería** tradicional indígena. Los programas de prestación de la salud, de atención primaria que se desarrollan en comunidades indígenas, deberán adaptarse a su estructura social y administrativa, así como su concepción de la salud y de la relación del paciente con el médico, **así como con el personal de partería y enfermería**, respetando siempre sus derechos humanos.

TRANSITORIOS

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

SEGUNDO.- Las condiciones especiales de seguridad y salud para las personas trabajadoras de la enfermería desarrollados en el presente decreto serán establecidas por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social a través de una norma oficial mexicana, la cual deberá considerar los factores ergonómicos, psicosociales y otros riesgos que puedan causar efectos adversos para la calidad de vida e integridad de los y las enfermeras.

TERCERO.- Las secretarías, dependencias, Institutos Nacionales de Salud y organismos públicos del Sistema Nacional de Salud deberán reconocer, con independencia de su estatus de contratación, al personal profesional de enfermería a través de los programas y sistemas de promoción correspondientes basados en las capacidades, experiencia y calificaciones académicas contemplados en el programa relativo aprobado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Dicho

programa será de aplicación nacional y deberá incluirse anualmente en el Plan de Egresos de la Federación.

ATENTAMENTE



DIPUTADA PATRICIA MERCADO CASTRO

**GRUPO PARLAMENTARIO DE MOVIMIENTO CIUDADANO DE LA LXVI
LEGISLATURA DE LA H. CÁMARA DE DIPUTADOS**

Palacio Legislativo de San Lázaro del H. Congreso de la Unión a 4 de marzo de 2025.

NOMBRE	FIRMA
Gloria E. Nuez Sandoz	
patricia flores elizondo	patriciagnese

INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO QUE REFORMA Y ADICIONA DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY GENERAL DE SALUD, EN MATERIA DE DERECHOS REPRODUCTIVOS Y VIOLENCIA GINECO-OBSTÉTRICA.

Quienes suscriben, Senadores y Diputados Federales de los Grupos Parlamentarios Morena, PVEM, PT, y PRI de la LXVI Legislatura del Honorable Congreso de la Unión, con fundamento en los artículos 71 fracción II, 73 fracción XXI último párrafo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; así como en los artículos 6º, numeral 1 fracción I, 77 y 78 del Reglamento de la Cámara de Diputados, sometemos a consideración del pleno la siguiente **INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE REFORMAN Y ADICIONAN DISPOSICIONES DE LA LEY GENERAL DE SALUD, EN MATERIA DE DERECHOS REPRODUCTIVOS Y VIOLENCIA GINECO-OBSTÉTRICA** al tenor de los siguientes:

ANTECEDENTES

Las ciudadanas Isabel Esteve Gómez Mont y Yulieba Gómez Islas, quienes han dedicado su labor como abogadas penalistas dentro del despacho **Nassar Nassar & Asociados**, preocupadas por el número de porcentaje de mujeres víctimas de violencia gineco-obstétrica, así como las lagunas legales en nuestro orden jurídico mexicano y los obstáculos en la obtención de justicia que esto acarrea, nos han expuesto un proyecto que, nosotras como diputadas comprometidas con los derechos de las mujeres y activistas feministas, hemos decidido apoyar y presentar como iniciativa, confiadas en que juntas hacemos el cambio.

"Nos honra ser escuchadas por legisladoras con una larga trayectoria y un activismo feminista comprometido con los derechos de las mujeres y un cambio por México".

-Isabel Esteve Gómez Mont y Yulieba Gómez Islas

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cerca del 66% de las mujeres mexicanas de 15 años y más ha enfrentado, a lo largo de su vida, al menos un episodio de violencia emocional, económica, física, sexual o discriminación (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2021). La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH), promovida por el INEGI, hizo un ofrecimiento vital en 2016 al incluir preguntas sobre la experiencia de las mujeres durante el parto. En ese año, se reveló con profunda inquietud que el 33.4% de las mujeres que tuvieron un parto o cesárea experimentaron algún tipo de maltrato durante este significativo proceso (INEGI, 2016). Entre 2016 y 2021, un alarmante 31.4% de las mujeres embarazadas sufrió violencia gineco-obstétrica, perpetrada por el personal de salud en instituciones tanto públicas como privadas (INEGI, 2021).

Más allá del daño físico y verbal, la violencia en la atención gineco-obstétrica a menudo toma la forma de prácticas injustificadas, como la cesárea. De las 3.7 millones de mujeres que se sometieron a este procedimiento en México, un 10.3% no recibió información sobre la razón detrás de la intervención, mientras que un 9.7% no otorgó su consentimiento para realizarla (INEGI, 2021). Aproximadamente el 27% de las mujeres entre 15 y 49 años ha dado a luz a al menos un hijo vivo en los últimos cinco años, representando cerca de 8.7 millones de mujeres. De estas, un preocupante 43% trajo al mundo a su último hijo mediante cesárea (INEGI, 2021).

Particularmente alarmante es la situación en el Estado de México, que presenta el índice más elevado de maltrato durante la atención obstétrica, con un contundente 39.5%. Le siguen la Ciudad de México con un 39.2%, Tlaxcala con 37.7%, Morelos con 37.2% y Querétaro con 36.9%. En contraste, las entidades con menor proporción de violencia obstétrica son Sinaloa con 28%, Nuevo León con 26.9%, Chihuahua con 26.1%, Guerrero con 26.3% y Chlapas con un 20.8% (INEGI, 2021).

En relación con el lugar donde se llevó a cabo el parto, las cifras son igualmente preocupantes. Entre las mujeres de 15 a 49 años que sufrieron maltrato durante su último parto o cesárea, el 40.8% recibió atención en hospitales o clínicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); el 38.7% en clínicas públicas de su entidad; el 34.7% en centros de salud; el 30.7% en hospitales del ISSSTE; el 29.8% en hospitales o clínicas del ISSSTE; el 22.1% en otros espacios; el 18.2% en clínicas privadas; el 17.7% en consultorios médicos particulares; y solo el 4.5% en casa o con partera (INEGI, 2021).

Las situaciones de violencia vividas por las mujeres durante el parto son igualmente desgarradoras. Alrededor del 11.2% reportó que les gritaron o regañaron; el 10.3% fue atendido con retraso por quejas sobre su dolor; el 9.9% fue ignorado al preguntar sobre su hijo o su bienestar; el 9.2% enfrentó presión para aceptar un dispositivo o cirugía que limitaría su capacidad de tener más hijos; el 7% escuchó comentarios ofensivos o humillaciones; el 4.8% enfrentó la negativa a acceder a anestesia sin explicación; y el 3.2% vio restringida su capacidad de ver, cargar o amamantar a su bebé (INEGI, 2021).

En cuanto a la atención no autorizada, el 10.3% de las mujeres no fue informada de la necesidad de una cesárea; el 9.7% no dio su consentimiento para el procedimiento; el 9.3% fue presionada para aceptar un dispositivo; el 4.2% se sometió a la colocación de un anticonceptivo o a esterilización sin autorización; y el 1.6% fue obligada a firmar un documento sin conocer su contenido (INEGI, 2021).

A partir de la amplia cifra de 3.7 millones de cesáreas realizadas, el 10.3% de las mujeres no fue informada del motivo, mientras que el 9.7% no dio permiso para llevar a cabo la intervención (INEGI, 2021)¹

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

EL DERECHO A LA SALUD.

Los artículos 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana Sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales -*Protocolo de San Salvador*-, prevén el derecho a la salud.

Estos preceptos establecen, entre otras cosas, que todas las personas tienen el derecho a un nivel de vida adecuado que les asegure, así como a su familia, el más alto estándar posible de salud física, mental y bienestar. Así, cualquier Estado Parte de estos instrumentos tiene la obligación de asegurar su plena efectividad, a través de la creación de condiciones que le aseguren a todos asistencia médica, servicios médicos y la satisfacción de las necesidades de salud, especialmente de los grupos de más alto riesgo y que, por sus condiciones, sean más vulnerables.

Además, el Estado tiene la obligación de abstenerse de realizar acciones que limiten el derecho a la salud de los habitantes, de proteger a estos de acciones de personas u organizaciones estatales y no estatales que puedan truncar o limitar su derecho a la salud, de tomar acciones positivas para

¹ En fecha 15 de marzo de 2023 el entonces Senador Ricardo Monreal Ávila presentó la INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE ADICIONA EL CAPÍTULO IV QUATER A LA LEY GENERAL DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA Y SE REFORMAN LOS ARTÍCULOS 61 Bis y 421 Bis DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA. La presente iniciativa de ley retoma el espíritu de la iniciativa del Dr. Ricardo Monreal Ávila, dando seguimiento a la incesante lucha por el derecho a la justicia y la igualdad.

asegurarse que todo habitante tenga acceso a los elementos más básicos del derecho a la salud, - *brindando servicios de salud de calidad a toda población, en especial a los grupos vulnerables o marginados-*, de proveer tal acceso en caso de que un individuo no pueda hacerlo por sus propios medios y de brindar una mejor protección al derecho a la salud de los habitantes.²

La obligación general de protección a la salud se traduce en el deber estatal de asegurar el acceso de las personas a servicios esenciales de salud, de garantizar una prestación médica de calidad y eficaz, y de impulsar el mejoramiento de las condiciones de salud de la población. Este derecho abarca también la atención de salud oportuna y apropiada conforme a los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, cuya aplicación dependerá de las condiciones de cada Estado. El cumplimiento de la obligación del Estado de respetar y garantizar este derecho debe dar especial cuidado a los grupos vulnerables y marginalizados

Así, la Corte IDH, en los casos *Brítez Arce y Otros vs Argentina*, *Comunidad Indígena Xákmok Kásek Vs. Paraguay*, *Furlan y familiares Vs. Argentina*, *González Lluy y otros vs. Ecuador*, se ha pronunciado de manera directa o indirecta y ha visibilizado la transgresión al derecho a la salud - *bienestar físico, mental y social-*, la vida, la intimidad, a los derechos reproductivos, a la planificación familiar, derivado de actos constitutivos de violencia gineco-obstétrica.

En el caso de la Comunidad Indígena Xákmok Kásek Vs. Paraguay, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (en lo sucesivo "la Corte IDH"), destacó que la asistencia estatal brindada en materia de acceso y calidad de servicios de salud no son suficientes para superar las condiciones de especial vulnerabilidad de cierto sector, en el caso en que exista algún otro riesgo conocido por el Estado, por lo que en esta situación, tiene también el deber de prevenir y adecuar las garantías para ejercer este derecho.

En el caso *Furlan y familiares Vs. Argentina*, referente al derecho a la salud, reiteró que toda persona que se encuentre en una situación de vulnerabilidad es titular de una protección especial, en razón de los deberes especiales cuyo cumplimiento por parte del Estado es necesario para satisfacer las obligaciones generales de respeto y garantía de los derechos humanos. No basta que los Estados se abstengan de violar los derechos, sino que es imperativa la adopción de medidas positivas, determinables en función de las particulares necesidades de protección del sujeto de derecho, ya sea por su condición personal o por la situación específica en que se encuentre.

La Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas estableció en "*El derecho a la salud: aspectos fundamentales e ideas erróneas comunes*" que, si bien el derecho a la salud carece de sentido sin un sistema de prestación de servicios de salud, solo puede realizarse plenamente una vez que se tienen en cuenta los demás factores que influyen en nuestra salud. La estigmatización y otros factores sociales y económicos determinantes de la salud deben abordarse también en la medida en que pueden establecer si a determinadas personas se les presta o se les niega el servicio de salud acorde a sus necesidades; la calidad de los servicios recibidos; si las personas optarán por no solicitar los servicios de salud, entre otros.

^{2 3} FUENTES ALCEDO, CARLOS IVÁN, "Protegiendo el Derecho a la Salud en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos: Estudio Comparativo sobre su Justiciabilidad desde un Punto de vista Substantivo y Procesal", *American University International Law Review*, Vol. 22, (2006), Págs. 15 y 16.

El derecho a la salud es -o debería de ser- un derecho interseccional, lo que significa que no se puede analizar la salud solo desde una dimensión, sino que es crucial comprender cómo varios factores combinados pueden agravar o mitigar los problemas de salud y el acceso a la atención para ciertas personas. En el contexto de la salud pública, la interseccionalidad ayuda a diseñar políticas y programas que aborden las necesidades específicas de las personas que se encuentran en situaciones de mayor desventaja o marginación, promoviendo un enfoque más equitativo y personalizado en la atención médica.

Por ello, la justicia social es el fundamento de la salud pública y se traduce en la equidad en salud, es decir, la ausencia de desigualdades en salud evitables, injustas o remediables entre grupos poblacionales, misma que permite alcanzar el máximo potencial en salud y bienestar.

Además, la equidad en salud es un valor social de gran importancia en las agendas políticas locales y globales, en cumplimiento de la premisa transversal de la Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible de la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas "no dejar a nadie atrás". Ahora bien, evaluar la equidad requiere la medición de las desigualdades en salud y sus determinantes, de la manera más precisa posible.

En el caso *González Lluy y otros vs. Ecuador*, la Corte IDH estableció que el derecho a la salud se encuentra recogido en otros derechos que sustenten el buen vivir y es garantizado mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales, así como el acceso a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva.

Además, alegó que la prestación de los servicios de salud se rige por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional, que propicie la participación ciudadana y el control social, el acceso a la información y a la confidencialidad de la información de los pacientes; y comprenden todos los niveles de atención, así como los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación.

Dicho lo anterior, debemos concluir que, tomando en consideración los artículos 1^º y 4^º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y mediante un control de convencionalidad, la obligación del Estado Mexicano no se agota con el simple reconocimiento del derecho a la salud a través de su mención en una disposición constitucional, sino que la misma está supeditada a la adopción

³**Artículo 1º.** En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece.

Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia.

Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley

⁴ **Artículo 4º.** La mujer y el hombre son iguales ante la ley. Ésta protegerá la organización y el desarrollo de la familia.

(...)

Toda Persona tiene derecho a la protección de la salud. (...) La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social.

de medidas, el deber de legislar, el diseño de políticas públicas, la abstención de actos revictimizantes, entre muchas otras cosas, en las cuales se debe entender la salud no solo como la ausencia de afecciones o enfermedades, sino también como un estado completo de bienestar físico, mental y social, derivado de un estilo de vida que permita alcanzar a las personas un balance integral.

Ello, a fin de cumplir con las obligaciones generales, esto es, buscar la sensibilización de un derecho a la salud interseccional, un cambio en la conciencia pública y la perspectiva en sus leyes, a través de capacitaciones constantes en materia de salud (respecto del trato y la atención al paciente y servicios emergentes), campañas publicitarias informativas a efecto de que los gobernados tengan la información necesaria para ser capaces de disfrutar de los derechos de los que son titulares **-promover-**; no interviniendo en el ejercicio del derecho a la salud de sus gobernados (como en derechos reproductivos, reasignación sexogenérica, entre otros), salvo que sea necesario para el respeto de otros derechos **-respetar-**; asegurar que sus leyes, programas, políticas, servicios y servidores en materia de salud no transgredan este derecho (que sean interseccionales, incluyentes, efectivas, eficaces y prioritarias, bajo los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional), no solo estableciendo sanciones en caso contrario, sino además previniendo cualquier tipo de violación **-proteger-**.

Finalmente, por lo que hace a la última de sus obligaciones, misma que materializa todas las anteriores, haciendo efectivo el derecho a la salud mediante hospitales en condiciones adecuadas y dignas en cuanto capacidad, calidad, higiene, personal, apoyos; prestación de servicios inmediatos e íntegros, abastecimiento de medicamentos, campañas de prevención de enfermedades y de vacunación, establecimiento de leyes, reglamentos y lineamientos claros y efectivos de los servicios y los profesionistas de la salud, entre otros **-garantizar-**.

Además el derecho a la salud, **-como todos los derechos-**, para su vigencia y eficacia es interdependiente e indivisible de otros derechos. Esto es porque para ser garantizado de manera óptima, deben ser tutelados derechos como el derecho a la vida, a la intimidad, a la familia, a la educación (ej. educación sexual), a los derechos reproductivos, a la libertad de creencias, sexualidad, no discriminación, entre otros.

Así, la Corte IDH ha recurrido a la justiciabilidad directa con base en el "desarrollo progresivo" previsto en el artículo 26 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (en lo sucesivo la "CADH"); o indirecta, a través de algunos derechos civiles y políticos, como la utilización de la expresión "derecho a una vida digna".

En el caso Villagrán Morales y otros vs. Guatemala, se desarrolló una interpretación amplia del derecho a la vida para incluir en él las condiciones dignas de existencia. En este caso se afirmó que el derecho fundamental a la vida comprende no solo el derecho de todo ser humano a no ser privado de la vida arbitrariamente, sino también el derecho a que no se les impida el acceso a condiciones, **-como acceso y calidad de servicios de salud-**, que le garanticen una existencia digna. Por ello, los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieren para que no se produzcan violaciones de ese derecho básico y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él.⁵

⁵ Corte IDH, Caso de los "Niños de la Calle" (Villagrán Morales y otros) vs. Guatemala. Sentencia de 19 de noviembre de 1999. Serie C N° 63, párr. 144.

DERECHOS INTRÍNSECOS, INTERDEPENDIENTES E INIDVISIBLES DEL DERECHO A LA SALUD.

Así, en sede internacional existen diferentes tratados que prevén expresamente derechos adicionales intrínsecos, interdependientes e indivisibles del derecho a la salud, creando con ello no una limitante, sino una base de amplitud de éste.

Específicamente, la Declaración Universal de los Derechos Humanos prevé el derecho a cuidados y asistencia especiales en caso de la maternidad e infancia.

Por su parte, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer establece el derecho al acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluida la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia, así como la obligación de los Estados Partes de garantizar 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 una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.

La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer - *Convención de Belém do Pará*- prevé los derechos de las mujeres a que se respete su vida, su integridad física, psíquica y moral y a no ser sometida a torturas. Además impone la obligación de condenar todas las formas de violencia contra la mujer y adoptar, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar dicha violencia, abstenerse de cualquier acción o práctica de violencia contra la mujer y velar porque las autoridades, sus funcionarios, personal y agentes e instituciones se comporten de conformidad con esta obligación, suministrar los servicios especializados apropiados para la atención necesaria a la mujer objeto de violencia, por medio de entidades de los sectores público y privado, inclusive refugios, servicios de orientación para toda la familia, cuando sea del caso, y cuidado y custodia de los menores afectados.

Finalmente, la Convención sobre los Derechos del Niño prevé, entre otros, el derecho de los niños y niñas a asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres, entre otros.

Así, el derecho a la salud de las mujeres y personas gestantes involucra necesaria y expresamente, el cuidado y las asistencias especiales en la maternidad, teniendo una estrecha relación con los derechos de sus recién nacidos, servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia, a la planificación familiar y derechos reproductivos, la prevención de la mortalidad y morbilidad materna, así como la prevención, erradicación y reparación del daño en casos de violencia gineco-obstétrica.

La Corte IDH, en el Caso *Brítez Arce y Otros vs Argentina*, estableció que la violencia ejercida durante el embarazo, el parto y después del parto en el acceso a los servicios de salud, constituye una violación de derechos humanos y una forma de violencia basada en el género denominada violencia gineco-obstétrica, la cual abarca todas las situaciones de tratamiento irrespetuoso, abusivo, negligente, o de denegación de tratamiento, durante el embarazo y la etapa previa, y durante el parto o postparto, en centros de salud públicos o privados.

Además reconoció a la violencia gineco-obstétrica como una violación a los derechos a la vida, integridad y salud, ya que la falta de servicios de atención gineco-obstétrica de emergencia son causa

de mortalidad y morbilidad materna, por lo que se debe informar plenamente a las personas embarazadas, en período de posparto y en período de lactancia sobre su condición médica y asegurar el acceso a información precisa y oportuna sobre salud reproductiva y materna durante todas las etapas del embarazo, la cual deber estar basada en evidencia científica, emitirse sin sesgos, libre de estereotipos y discriminación, incluyendo el plan de parto ante la institución de salud que asistirá el nacimiento y el derecho al contacto materno-filial.

Asimismo, en el Caso I.V. vs. Bolivia la Corte IDH consideró que el derecho a la integridad personal es un concepto que abarca la salud materna de las mujeres y su protección entraña la obligación del Estado de garantizar que éstas tengan acceso, en igualdad de condiciones, a servicios adecuados y oportunos de salud y a la información necesaria relacionada con la maternidad y la salud reproductiva; agregando que una intervención quirúrgica o tratamiento médico invasivo, sin el consentimiento de la paciente, constituye una violación del derecho a la integridad personal, el cual a su vez se encuentra relacionado con otros derechos de la CADH.

El tribunal interamericano también concluyó que el derecho de acceso a la información y el consentimiento informado son instrumentos esenciales para la satisfacción de otros derechos como la integridad personal, la autonomía, la salud sexual y reproductiva, el derecho a decidir libremente sobre la maternidad y a fundar una familia, así como a dar un consentimiento libre e informado sobre cualquier medida que pudiera afectar la capacidad reproductiva, los cuales a su vez se encuentran interrelacionados.

Esto debido a que el derecho de acceso a la información protege el derecho de una paciente a recibir previa y oficiosamente por parte del Estado, información relevante y comprensible para que esté en condiciones de tomar decisiones libres y fundamentadas respecto de aspectos íntimos de su salud, cuerpo y personalidad, exigiendo la obtención de dicho consentimiento previamente a cualquier intervención en materia de salud.

De lo contrario, las consecuencias mediatas e inmediatas que puede acarrear una intervención quirúrgica sin consentimiento o una mala praxis de las mujeres y personas gestantes *-en el caso concreto-*, y la humillación de haber sido intervenida en su propio cuerpo sin que se tomara en consideración su opinión, intereses y necesidades, tiene como resultado la violación a su autonomía reproductiva, entendida ésta como *la capacidad para desarrollar la propia personalidad y aspiraciones, determinar su propia identidad y definir sus propias relaciones personales.*

Lo anterior en razón de que las elecciones y decisiones en relación con la maternidad forman parte esencial del libre desarrollo de la personalidad de las mujeres, pertenecientes a la esfera de las decisiones autónomas de los individuos respecto a su vida privada y familiar.

En consecuencia, los Estados deben establecer un marco normativo adecuado que regule la prestación de servicios de salud, estableciendo estándares de calidad para las instituciones públicas y privadas que permitan prevenir cualquier amenaza de vulneración a la integridad personal en dichas prestaciones.

Asimismo, el Estado debe prever mecanismos de supervisión y fiscalización estatal de las instituciones de salud, así como procedimientos de tutela administrativa y judicial para las personas damnificadas, cuya efectividad dependerá de la puesta en práctica que la administración competente realice al respecto.

La falta de salvaguardas legales para tomar en consideración la salud reproductiva puede resultar en un menoscabo grave de la autonomía y la libertad reproductiva. De este modo, la existencia de una conexión entre la integridad física y psicológica con la autonomía personal y la libertad de tomar decisiones sobre el propio cuerpo y la salud exige, por un lado, que el Estado asegure y respete decisiones y elecciones hechas de forma libre y responsable y, por el otro, que se garantice el acceso a la información relevante para que las personas estén en condiciones de tomar decisiones informadas sobre el curso de acción respecto a su cuerpo y salud de acuerdo a su propio plan de existencia.

En materia de salud, el suministro de información oportuna, completa, comprensible y fidedigna debe realizarse de oficio, debido a que esta es imprescindible para la toma de decisiones informadas en dicho ámbito. Por consiguiente, el derecho de acceso a la información adquiere un carácter instrumental para lograr la satisfacción de otros derechos de la CADH.

En esta medida, la Corte IDH entiende que el consentimiento informado del paciente es una condición *sine qua non* para la práctica médica, el cual se basa en el respeto a su autonomía y su libertad para tomar sus propias decisiones de acuerdo a su plan de existencia. En otras palabras, el consentimiento informado asegura el efecto útil de la norma que reconoce la autonomía como elemento indisoluble de la dignidad de la persona; siendo que, este derecho se encuentra previsto en el artículo 7° del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos⁶ y, a nivel nacional, en pronunciamientos de la Suprema Corte de Justicia de la Nación⁷.

DERECHO A LA SALUD COMO REGLA DE TRATO, DERECHO SUSTANTIVO Y COMO GARANTÍA.

En este marco, cobra relevancia la especial relación entre el médico y el paciente. Esta relación está caracterizada por la asimetría en el ejercicio del poder que el médico asume en razón de su conocimiento profesional especializado y del control de la información que conserva.

Esta relación de poder se encuentra gobernada por ciertos principios de la ética médica, principalmente los principios de autonomía del paciente, beneficencia, no maleficencia y justicia, siendo el médico una persona que actúa también bajo sus propias convicciones y preferencias es plausible que algunas de sus actuaciones puedan entrar en contradicción con los planes de vida de los pacientes.

La Asociación Médica Mundial en su Declaración de Lisboa sobre los derechos del paciente en 1981, - que es la primera que regula de manera más general la relación médico-paciente y en concreto, los derechos de este último-, inicia señalando que *"aunque el médico siempre debe actuar de acuerdo a su conciencia y en el mejor interés del paciente, se deben hacer los mismos esfuerzos a fin de garantizar la autonomía y justicia con el paciente (...)"*.

⁶ Artículo 7°. "(...) En particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos".

⁷ Contradicción de tesis 93/2011, el consentimiento informado hoy día se aplica no sólo para la investigación médica, sino también para los tratamientos y procedimientos médicos, considerándolo incluso un derecho fundamental del paciente.

Es por ello que el principio de autonomía adquiere vital importancia en el ámbito de la salud, como una regla que instaura un balance adecuado entre la actuación médica benéfica y el poder decisorio que retiene el paciente como sujeto moral autónomo, a fin de no incurrir en acciones de corte paternalista en las que el paciente sea instrumentalizado para evitarle un daño en su salud.

En el sector de la salud, los estereotipos de género pueden resultar en distinciones, exclusiones o restricciones que menoscaban o anulan el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos, y específicamente, de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer con base en su condición. Ambas condiciones pueden abrir la puerta a una situación de ejercicio del poder donde profesionales de la salud tomen decisiones sin tomar en cuenta la autonomía y voluntad de su paciente.

La Corte IDH ha visibilizado algunos estereotipos de género frecuentemente aplicados a mujeres en el sector salud, que generan efectos graves sobre la autonomía de las mujeres y su poder decisorio: i) las mujeres son identificadas como seres vulnerables e incapaces de tomar decisiones confiables y consistentes, lo que conlleva a que profesionales de la salud nieguen la información necesaria para que las mujeres puedan dar su consentimiento informado; ii) las mujeres son consideradas como seres impulsivos y volubles, por lo que requieren de la dirección de una persona más estable y con mejor criterio, usualmente un hombre protector, y iii) las mujeres deben ser quienes deben llevar la responsabilidad de la salud sexual de la pareja, de modo tal que es la mujer quien dentro de una relación tiene la tarea de elegir y usar un método anticonceptivo.

La Corte IDH resalta la gravedad de esta violación a los derechos de las mujeres, porque es necesario visibilizar prácticas como las verificadas en este caso que pueden esconder estereotipos de género negativos o perjudiciales asociados a los servicios de atención en salud y conllevar a legitimar, normalizar o perpetuar esterilizaciones no consentidas que afectan de forma desproporcionada a las mujeres.

Además ha resaltado la vulnerabilidad a la tortura u otras formas de trato cruel, inhumano o degradante —normas de *ius cogens*— de las personas en los entornos institucionales tales como en hospitales públicos o privados, cometidos por el personal médico encargado del cuidado de los pacientes, haciendo hincapié en el rol de importancia que tienen los médicos y otros profesionales de la salud en salvaguardar la integridad personal y prevenir la tortura y otros malos tratos. Ciertamente, el contexto de los servicios de salud puede implicar un mayor riesgo para las mujeres de ser sometidas a actos contrarios al artículo 5.2 de la CADH.

Derivado de lo anterior, el derecho a la salud como regla de trato, establece la bases mínimas que regulan la relación del personal médico, paramédico, de enfermería y administrativo de las instituciones de salud públicas o privadas con el paciente, teniendo como principios reguladores el trato humanizado, la perspectiva de género, la perspectiva de infancia y generacional, la conciencia interseccional e intercultural y el consentimiento informado.

El derecho a la salud como derecho sustantivo consiste en la atención de salud oportuna y apropiada conforme a los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género, de infancia y generacional, que propicie la participación ciudadana y el control social, el acceso a la información y a la confidencialidad de la información de los pacientes; y comprenden todos los

niveles de atención, así como los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación.

Entendida la salud no solo como la ausencia de afecciones o enfermedades, sino también como un estado completo de bienestar físico, mental y social, derivado de un estilo de vida que permita alcanzar a las personas un balance integral.

El derecho a la salud establece obligaciones generales positivas *-de acción-* y negativas *-de no intervención-* y especiales para el acceso a una salud digna que el Estado debe cumplir en aras de garantizar el correcto ejercicio del derecho.

Como obligaciones generales se encuentran:

- I. Implementar la sensibilización de un derecho a la salud interseccional, un cambio en la conciencia pública y la perspectiva en sus leyes, a través de capacitaciones constantes en materia de salud (respecto del trato y la atención al paciente y servicios emergentes); campañas publicitarias informativas a efecto de que los gobernados tengan la información necesaria para ser capaces de disfrutar de los derechos de los que son titulares.
- II. La no intervención en el ejercicio del derecho a la salud de sus gobernados (como en derechos reproductivos, reasignación sexogenérica, entre otros), salvo que sea necesario para el respeto de otros derechos.
- III. La creación de leyes, reglamentos y protocolos interseccionales, incluyentes, efectivas, eficaces y prioritarias, bajo los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional, no solo estableciendo sanciones en caso contrario, sino además previniendo cualquier tipo de violación.
- IV. El acceso a hospitales en condiciones adecuadas y dignas en cuanto capacidad, calidad, higiene, personal, apoyos; prestación de servicios inmediatos e íntegros, abastecimiento de medicamentos, campañas de prevención de enfermedades y de vacunación, establecimiento de leyes, reglamentos y lineamientos claros y efectivos de los servicios y los profesionistas de la salud, entre otros.

Como obligaciones especiales:

- I. La implementación de todas aquellas acciones, a través de los tres poderes, legislativo, ejecutivo y judicial a fin de que el derecho a la salud sea tutelado y garantizado, inhibiendo y restableciendo todo acto que pueda transgredir de manera directa o indirecta el derecho a la salud en estricto cumplimiento a sus principios y erradicando y previniendo cualquier delito que tenga como bien jurídico tutelado la salud.
- II. La investigación inmediata, eficaz y oportuna de cualquier violación o comisión de un delito por parte de personal médico, paramédico, de enfermería y administrativo de las instituciones de salud públicas o privadas con el paciente.
- III. El establecimiento de normas, infraestructura, capacitación y programas, para la investigación y sanción de las violaciones y delitos cometidos contra el derecho a la salud.
- IV. Garantizar una reparación integral de las violaciones, puesta en peligro y daños causados a las víctimas- pacientes, cometido por cualquier personal médico, paramédico, de enfermería y administrativo de las instituciones de salud públicas o privadas con el paciente.

i. **Atención Materno-Infantil en la Ley General de Salud.**

Ahora bien, en el año 2012 se adicionó el Capítulo V "Atención Materno-Infantil"-artículos 61 al 66- de la Ley General de Salud, destacando las siguientes consideraciones de la exposición de motivos correspondientes:

Derechos Humanos.

Los legisladores señalaron que la atención materno-infantil debe ser prioritaria debido a la condición de vulnerabilidad en la que se encuentran tanto la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, como el producto en su etapa prenatal y postnatal. El derecho a la protección de la salud está consagrado en la Constitución y diversos tratados internacionales, lo cual fundamenta la importancia de una atención integral que respete la dignidad de la mujer y el niño.

Protección a la Maternidad y a la Primera Infancia.

La reforma subrayó la necesidad de brindar atención integral y especializada a la mujer en todas las etapas del embarazo, incluyendo atención psicológica, así como medidas específicas para la prevención de la transmisión perinatal del VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Los legisladores abogaron por un enfoque que abarcara tanto la salud física como la salud mental de la madre, bajo el entendido que la maternidad es un periodo de alta vulnerabilidad.

Detección Temprana de Enfermedades y Condiciones Congénitas.

Se destacaron las acciones de vigilancia y promoción de la salud infantil, tales como la aplicación de tamiz ampliado, tamiz oftalmológico, auditivo y la revisión de retina para niños prematuros. Los legisladores enfatizaron que la detección temprana y el diagnóstico oportuno de condiciones hereditarias y congénitas, como las cardiopatías graves y la displasia de cadera, son esenciales para garantizar el pleno desarrollo de los menores.

Garantía de Derechos de las Mujeres Embarazadas.

Se resaltó el derecho de toda mujer embarazada a recibir servicios de salud con estricto respeto a sus derechos humanos, lo cual implica la obligación del Estado de garantizar el acceso equitativo y de calidad a estos servicios, independientemente de la afiliación a esquemas de seguridad social. La protección de este derecho reflejó la preocupación por disminuir las barreras de acceso a la atención médica oportuna para las mujeres embarazadas.

Comités para la Prevención de Mortalidad Materna e Infantil.

La reforma estableció la organización institucional de comités para prevenir la mortalidad materna e infantil, lo cual respondió a la preocupación por los altos índices de mortalidad en estos grupos vulnerables en México. La implementación de estos comités buscó identificar las causas de la mortalidad, sistematizar la información y promover acciones preventivas efectivas.

Lactancia Materna.

El fomento a la lactancia materna se reforzó en esta reforma al señalar la necesidad de establecer lactarios en los centros de trabajo, y garantizar la existencia de al menos un banco de leche humana por entidad federativa. Esto buscó mejorar el estado nutricional del grupo materno-infantil y reducir las tasas de morbilidad infantil asociadas a la malnutrición.

Participación Comunitaria y Familiar.

La reforma también fomentó la participación activa de la familia en la prevención y atención temprana de enfermedades y condiciones de salud en los menores, subrayando la importancia del rol de padres y tutores en la protección de su bienestar físico y mental. Asimismo, se promovió el fortalecimiento del núcleo familiar mediante actividades recreativas y culturales diseñadas para mejorar la calidad de vida y el desarrollo integral de los niños.

A lo largo de este proyecto, se ha analizado que el derecho a la salud va más allá del simple acceso a hospitales en condiciones adecuadas, con infraestructura suficiente, personal capacitado, servicios eficientes y un suministro oportuno de medicamentos. Este derecho debe entenderse como la garantía de una atención médica oportuna y adecuada, basada en principios fundamentales como disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética. Asimismo, debe incorporar un enfoque de género y generacional, promoviendo la participación ciudadana, el control social, el acceso a la información y la protección de la confidencialidad de los pacientes. Además, debe abarcar todos los niveles de atención, desde el diagnóstico hasta el tratamiento, la provisión de medicamentos y la rehabilitación. La salud no debe concebirse únicamente como la ausencia de enfermedades, sino como un estado integral de bienestar físico, mental y social, que permita a cada persona alcanzar un equilibrio en su calidad de vida.

Además se debe tomar en consideración los derechos indivisibles e interdependientes a este, como lo son el derecho a la vida, a la no tortura -*norma de ius cogens*- a la integridad, a la intimidad, al consentimiento informado, a los derechos reproductivos, a la planificación familiar, a la verdad, el libre desarrollo de la personalidad, a la información, entre otros.

En México y en el mundo, existe un fenómeno criminal por conductas realizadas por personal médico, paramédico, de enfermería y administrativo de las instituciones de salud públicas o privadas, constitutivas de violencia gineco-obstétrica, mismo que a pesar de no ser un problema actual, es reciente su visibilización y la conciencia de su existencia y gravedad. Tan es así que la ONU y la Corte IDH se ha pronunciado condenando estas acciones y atribuyendo responsabilidad a diferentes países.

La violencia gineco-obstétrica ya ha sido tipificada como delito en varias entidades del país. Sin embargo, aún no se ha incorporado en el Código Penal Federal ni en el Código Penal de la Ciudad de México. Es fundamental que el Congreso de la Unión no permanezca indiferente ni omiso ante la gravedad de esta problemática, pues permitir que estas prácticas continúen sin sanción deja en manos de las legislaturas locales la responsabilidad exclusiva de tipificarlas en sus respectivos Códigos Penales.

Ante la alarmante crisis que afecta la salud de las mujeres y personas gestantes en nuestro país, es imperativo que el Congreso de la Unión se comprometa a tipificar el delito de violencia gineco-obstétrica en la sección de "Delitos" de la Ley General de Salud. Esta acción debe ir acompañada de una serie de reformas a diversos artículos que no solo permitan sancionar estas conductas aberrantes, sino que también establezcan mecanismos para su regulación, prevención y erradicación. Este esfuerzo requiere la colaboración activa del Consejo de Salubridad y de la Secretaría de Salud, quienes, con el apoyo de los Comités Consultivos Nacionales de Normalización, deberán elaborar las Normas Oficiales Mexicanas pertinentes. Asimismo, es fundamental que las autoridades en los tres niveles de gobierno

asuman la responsabilidad de implementar estas medidas, asegurando la capacitación y acondicionamiento de fiscales y personal encargado de investigar estos delitos, así como promoviendo la conciencia y la sensibilidad en los jueces para garantizar sanciones adecuadas.

Además, permitiría visibilizar en todo el país que, la violencia gineco-obstétrica no es un fenómeno aislado o espontáneo, sino que está relacionada con un sistema de desigualdad estructural basado en el género. Siendo necesario tipificar dicho delito, para enfrentar esta problemática y garantizar la protección de los derechos de las mujeres, enviando un mensaje claro a la sociedad de que este tipo de violencia no será tolerado, tal como se establece en criterios universales e internacionales, como la CADH, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), la Convención de Belém do Pará, las Recomendaciones de la OMS Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva, entre otros.

Lo anterior permitiría al Estado mexicano, con apoyo de los tres poderes de la Unión, prevenir, investigar, sancionar y erradicar la violencia gineco-obstétrica, garantizando el derecho a la salud de la mujeres y evitando ser responsable universal -ONU- o internacionalmente -Corte IDH- por las omisiones u acciones en que actualmente incurre.

Por todo lo anterior, los suscritos Senadores y Diputados Federales de los Grupos Parlamentarios de Morena, PVEM, PT, y PRI de la LXVI Legislatura del Honorable Congreso de la Unión nos permitimos someter a consideración de esta Soberanía, la presente

PROPUESTA DE REFORMA A LA LEY GENERAL DE SALUD.

TEXTO ANTERIOR	PROPUESTA
<p>Artículo 1o. Bis.- Se entiende por salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.</p>	<p>Artículo 1º. Bis.- El derecho a la salud consiste en la atención de salud oportuna y apropiada conforme a los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, el cual debe ser con enfoque de género, de infancia y generacional, que propicie la participación ciudadana y el control social, el acceso a la información y a la confidencialidad de la información de los pacientes; y comprenden todos los niveles de atención, así como los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación.</p>
<p><i>Sin correlativo</i></p>	<p>Artículo 466 Bis. Comete el delito de violencia ginecoobstétrica el personal médico, paramédico, de enfermería y administrativo de las instituciones de salud, que realice de manera culposa o dolosa cualquiera de las siguientes conductas en perjuicio de mujeres o personas gestantes:</p>

I. No atienda o no brinde atención oportuna a las mujeres o personas gestantes en el embarazo, parto, puerperio o en emergencias obstétricas;

Se entenderá que no se brinda una atención oportuna cuando se ponga en peligro la vida del embrión, feto o de la mujer o persona gestante, o no se realice el monitoreo fetal adecuado mientras que la mujer o persona gestante se encuentre en labor de parto.

II. Altere el proceso natural del parto a través del uso de técnicas de aceleración, sin el consentimiento previo, informado, libre y expreso de la mujer, persona gestante o de quien legalmente pueda otorgarlo;

III. Obligue a la mujer o persona gestante a parir inmovilizada o en alguna posición determinada, cuando existan las condiciones para que lo realice en la posición que ella elija;

IV. Realice un trato deshumanizado o ejerza maltrato psicológico durante las consultas ginecológicas, seguimiento al embarazo, parto o el puerperio.

Se entiende por trato deshumanizado y maltrato psicológico: humillaciones, insultos, abuso verbal, trato discriminatorio, comentarios denigrantes o prejuiciosos y/o cualquier otra conducta que provoquen en quien las recibe un daño psicológico.

V. Utilice a la mujer o persona gestante con fines didácticos, comparta su información médica con terceros, videograbe, capture o transmita imágenes de su atención médica sin su consentimiento previo, informado, libre y expreso;

VI. Retenga a la mujer, persona gestante o al recién nacido, en los centros de atención médica con motivo de alguna deuda.

VII. Realice intervenciones quirúrgicas, episiotomías innecesarias, diagnósticos con enfermedades o padecimientos inexistentes.

VIII. Ejercer maltrato físico durante las consultas ginecológicas, o de seguimiento al embarazo,

	<p>parto o el puerperio. Se entiende por maltrato físico: tactos excesivos, agresivos o innecesarios;</p> <p>IX. Imponga o coloque algún método anticonceptivo, ya sea temporal o permanente, sin el consentimiento informado, voluntario y expreso de la mujer o persona gestante;</p> <p>X. Niegue o limite el acceso al expediente clínico, o que este no cumpla con los requisitos o rubros previstos en esta Ley, en el Reglamento o en la Normas Oficiales Mexicanas establecidas en la materia.</p> <p>A quien realice cualquiera de las conductas señaladas se le impondrán de dos a seis años de prisión y multa de hasta trescientos días de Unidad de Medida y Actualización vigente.</p> <p>Además de las penas señaladas se le impondrá destitución e inhabilitación, hasta por dos años, para ejercer la profesión.</p> <p>Para la investigación de las conductas cometidas dentro de instituciones públicas, se tomará en consideración la disponibilidad de los recursos con los que cuentan, siempre y cuando no sea una conducta directamente atribuible al personal médico, paramédico, de enfermería y administrativo.</p>
<p><i>Sin correlativo</i></p>	<p>Artículo 466 Ter.- Las sanciones establecidas en el artículo 466 Bis se aumentarán hasta en una mitad cuando:</p> <p>I. El método de anticoncepción impuesto a que se refiere la fracción IX sea permanente.</p> <p>II. Con motivo de las conductas previstas en el presente artículo, la mujer, persona gestante, el embrión, feto o recién nacido pierda algún miembro, órgano o la funcionalidad de alguno de ellos.</p> <p>III. Si con motivo de las intervenciones quirúrgicas, episiotomías innecesarias, diagnósticos con enfermedades o padecimientos inexistentes prescribe o aplica algún medicamento o tratamiento innecesario con la finalidad de obtener un lucro.</p>

Sin correlativo	<p>Artículo 466 Quater.- Las sanciones establecidas en el artículo 466 Bis se aumentarán hasta dos terceras partes cuando:</p> <p>I. Alguna de las conductas descritas en el presente artículo, causen la muerte de la mujer, persona gestante, el embrión, feto o recién nacido.</p>
Sin correlativo	<p>Artículo 466 Quintus.- independientemente de que el servicio médico sea prestado por particulares o servidores públicos, la investigación de las conductas previstas en los artículos 466 bis al 466 Quater serán competencia del Ministerio Público Federal.</p>

Por lo anteriormente expuesto y con el objetivo de consolidar un sistema de justicia verdaderamente incluyente, se somete a la consideración de esta Honorable Asamblea la presente iniciativa con proyecto de:

DECRETO

Por el que se reforma el artículo 1º y se crean los artículos 466 Bis, 466 Ter, 466 Quáter y 466 Quintus de la Ley General de Salud, en Materia de Derechos Reproductivos y Violencia Gineco-obstétrica.

ÚNICO. Se reforma el artículo 1º Bis y se crean los artículos 466 Bis, 466 Ter, 466 Quáter y 466 Quintus de la Ley General de Salud, en Materia de Derechos Reproductivos y Violencia Gineco-obstétrica.

LEY GENERAL DE SALUD

TITULO PRIMERO

Disposiciones Generales

CAPITULO UNICO

Artículo 1o. Bis.- ~~Se entiende por salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El derecho a la salud consiste en la atención de salud oportuna y apropiada conforme a los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, el cual debe ser con enfoque de género, de infancia y generacional, que~~

propicie la participación ciudadana y el control social, el acceso a la información y a la confidencialidad de la información de los pacientes; y comprenden todos los niveles de atención, así como los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación.

CAPITULO VI

Delitos

Artículo 466 Bis. Comete el delito de violencia ginecoobstétrica el personal médico, paramédico, de enfermería y administrativo de las instituciones de salud, que realice de manera culposa o dolosa cualquiera de las siguientes conductas en perjuicio de mujeres o personas gestantes:

I. No atienda o no brinde atención oportuna a las mujeres o personas gestantes en el embarazo, parto, puerperio o en emergencias obstétricas;

Se entenderá que no se brinda una atención oportuna cuando se ponga en peligro la vida del embrión, feto o de la mujer o persona gestante, o no se realice el monitoreo fetal adecuado mientras que la mujer o persona gestante se encuentre en labor de parto.

II. Altere el proceso natural del parto a través del uso de técnicas de aceleración, sin el consentimiento previo, informado, libre y expreso de la mujer, persona gestante o de quien legalmente pueda otorgarlo;

III. Obligue a la mujer o persona gestante a parir inmovilizada o en alguna posición determinada, cuando existan las condiciones para que lo realice en la posición que ella elija;

IV. Realice un trato deshumanizado o ejerza maltrato psicológico durante las consultas ginecológicas, seguimiento al embarazo, parto o el puerperio.

Se entiende por trato deshumanizado y maltrato psicológico: humillaciones, insultos, abuso verbal, trato discriminatorio, comentarios denigrantes o prejuiciosos y/o cualquier otra conducta que provoquen en quien las recibe un daño psicológico.

V. Utilice a la mujer o persona gestante con fines didácticos, comparta su información médica con terceros, videograbee, capture o transmita imágenes de su atención médica sin su consentimiento previo, informado, libre y expreso;

VI. Retenga a la mujer, persona gestante o al recién nacido, en los centros de atención médica con motivo de alguna deuda.

VII. Realice intervenciones quirúrgicas, episiotomías innecesarias, diagnósticos con enfermedades o padecimientos inexistentes.

VIII. Ejerza maltrato físico durante las consultas ginecológicas, o de seguimiento al embarazo, parto o el puerperio. Se entiende por maltrato físico: tactos excesivos, agresivos o innecesarios;

IX. Imponga o coloque algún método anticonceptivo, ya sea temporal o permanente, sin el consentimiento informado, voluntario y expreso de la mujer o persona gestante;

X. Niegue o limite el acceso al expediente clínico, o que este no cumpla con los requisitos o rubros previstos en esta Ley, en el Reglamento o en la Normas Oficiales Mexicanas establecidas en la materia.

A quien realice cualquiera de las conductas señaladas se le impondrán de dos a seis años de prisión y multa de hasta trescientos días de Unidad de Medida y Actualización vigente.

Además de las penas señaladas se le impondrá destitución e inhabilitación, hasta por dos años, para ejercer la profesión.

Para la investigación de las conductas cometidas dentro de instituciones públicas, se tomará en consideración la disponibilidad de los recursos con los que cuentan, siempre y cuando no sea una conducta directamente atribuible al personal médico, paramédico, de enfermería y administrativo.

Artículo 466 Ter.- Las sanciones establecidas en el artículo 466 Bis se aumentarán hasta en una mitad cuando:

- I. El método de anticoncepción impuesto a que se refiere la fracción IX sea permanente.**
- II. Con motivo de las conductas previstas en el presente artículo, la mujer, persona gestante, el embrión, feto o recién nacido pierda algún miembro, órgano o la funcionalidad de alguno de ellos.**
- III. Si con motivo de las intervenciones quirúrgicas, episiotomías innecesarias, diagnósticos con enfermedades o padecimientos inexistentes prescribe o aplica algún medicamento o tratamiento innecesario con la finalidad de obtener un lucro.**

Artículo 466 Quater.- Las sanciones establecidas en el artículo 466 Bis se aumentarán hasta dos terceras partes cuando:

- I. Alguna de las conductas descritas en el presente artículo, causen la muerte de la mujer, persona gestante, el embrión, feto o recién nacido.**

Artículo 466 Quintus.- independientemente de que el servicio médico sea prestado por particulares o servidores públicos, la investigación de las conductas previstas en los artículos 466 bis al 466 Quater serán competencia del Ministerio Público Federal.

TRANSITORIOS.

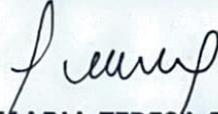
Primero. El presente decreto entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Segundo. Se solicita la intervención del Consejo de Salubridad y la Secretaría de Salud, así como apoyo de los Comités Consultivos Nacionales de Normalización para elaborar y/o modificar las Normas Oficiales Mexicanas, en materia del expediente clínico - *NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO* y *NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-024-SSA3-2012, SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE REGISTRO ELECTRÓNICO PARA LA SALUD. INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN EN SALUD*- para mayor claridad, prevención y erradicación del delito de violencia ginecoobstétrica

previsto en el artículo 466 fracción X de la Ley General de Salud, propuesto en el presente proyecto;
así como en cumplimiento a las directrices previstas en sede nacional e internacional.

Palacio Legislativo de San Lázaro, a 3° de marzo de 2025.

ATENTAMENTE



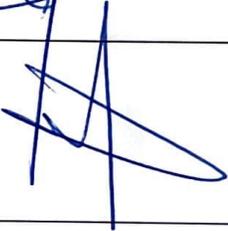
DIP. MARIA TERESA EALY DÍAZ
Grupo Parlamentario Morena

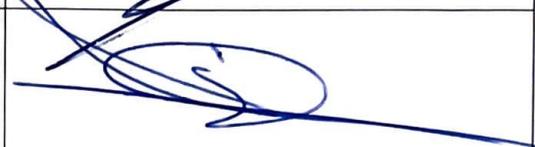
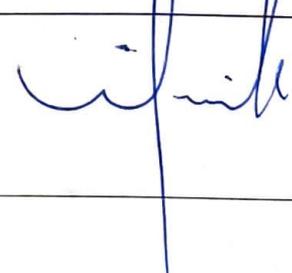
PROMOVENTES DE LA INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO QUE REFORMA Y ADICIONA DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY GENERAL DE SALUD, EN MATERIA DE DERECHOS REPRODUCTIVOS Y VIOLENCIA GINECO-OBSTÉTRICA.

NOMBRE	FIRMA
SEN. SASIL DE LEÓN VILLARD Grupo Parlamentario Morena	
SEN. BLANCA JUDITH DÍAZ DELGADO Grupo Parlamentario Morena	
SEN. CYNTHIA ILIANA LÓPEZ CASTRO Grupo Parlamentario Morena	
SEN. WALDO FERNÁNDEZ GONZÁLEZ Grupo Parlamentario PVEM	
SEN. MANUEL VELASCO COELLO Grupo Parlamentario PVEM	



DIP. ALFONSO RAMÍREZ CUÉLLAR Grupo Parlamentario Morena	
DIP. HUGO ERIC FLORES CERVANTES Grupo Parlamentario Morena	
DIP. MANUEL DE JESÚS ESPINO BARRIENTOS Grupo Parlamentario Morena	
DIP. GILBERTO HERRERA SOLÓRZANO Grupo Parlamentario Morena	
Grupo Parlam. PVEM Antonio Ramirez Ramos	
Magda Sabado Ponce	
Grupo Parlamentario Morena Areny Velasco Bta.	
Bertha Osorio Ferrer	
Briceyda García Antonio Morena - SLP	
Leticia Tambo'n Vázquez	
Luis Arturo Oliver Pen	
Francisco Amadeo Espinosa Ramos	
Raúl Álvarez Villaseñor	

DIP. EDÉN GARCÉS MEDINA Grupo Parlamentario Morena	
DIP. MÓNICA HERRERA VILLAVICENCIO Grupo Parlamentario Morena	
DIP. OLGA MARÍA SÁNCHEZ CORDERO DÁVILA Grupo Parlamentario Morena	
DIP. RICARDO ASTUDILLO SUÁREZ Grupo Parlamentario PVEM	
DIP. JUAN LUIS CARRILLO SOBERANIS Grupo Parlamentario PVEM	
DIP. FELIPE MIGUEL DELGADO CARRILLO Grupo Parlamentario PVEM	
DIP. GABRIELA GEORGINA JIMÉNEZ GODOY Grupo Parlamentario Morena	
DIP. JUAN CARLOS VALLADARES EICHELMANN Grupo Parlamentario PVEM	
DIP. SERGIO MAYER BRETÓN Grupo Parlamentario Morena	

DIP. ÓSCAR IVÁN BRITO ZAPATA Grupo Parlamentario Morena	
DIP. MARÍA DE LOS DOLORES PADIERNA LUNA Grupo Parlamentario Morena	
DIP. LUIS ENRIQUE MIRANDA BARRERA Grupo Parlamentario PVEM	
DIP. JORGE LUIS SÁNCHEZ REYES Grupo Parlamentario Morena	
DIP. ALEJANDRA CHEDRAUI PERALTA Grupo Parlamentario Morena	
DIP. MONICA FERNÁNDEZ CESAR Grupo Parlamentario Morena	
DIP. RAFAELA VIANEY GARCÍA ROMERO Grupo Parlamentario Morena	
DIP. LUIS ARTURO OLIVER CEN Grupo Parlamentario Morena	
DIP. JULIETA KRISTAL VENCES VALENCIA Grupo Parlamentario Morena	
DIP. CARLOS EDUARDO GUTIÉRREZ MANCILLA Grupo Parlamentario PRI	

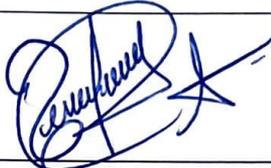
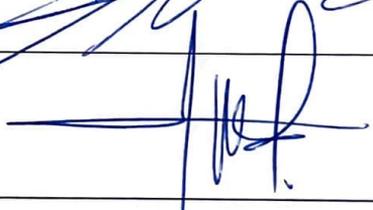
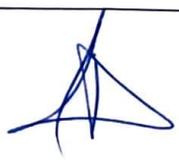
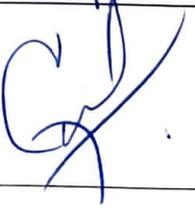


DIP. ERUVIEL ÁVILA VILLEGAS Grupo Parlamentario PVEM	
DIP. SANDRA ANAYA VILLEGAS MORENO	
Dip. Anacleto Barrera Vázquez Partido Verde.	
Cindy Winkler Trujillo	
VICTOR HUGO LOBO	
GERARDO ULLOA PEREZ Celo Antonio Villalobos	
maria A. Lopez H	
Jose Barrios nostra	
Leone Godoy Rompl	
Mildred Concepción Avila Vera	
Luis HUMBERTO Aguilar Naranjo	
Ricardo Méjia Berdeja	
Nancy Gipe Sanchez A	
Rosa Ma. Castro	



**CÁMARA DE
DIPUTADOS**
LXVI LEGISLATURA

LXVI LEGISLATURA
MARIA TERESA EALY DIAZ
DIPUTADA FEDERAL

DIP. IVONNE ARACELLY ORTEGA PACHECO Grupo Parlamentario MC	
DIP. MARISELA ZUÑIGA CERÓN Grupo Parlamentario Morena	
DIP. ARTURO ÁVILA ANAYA Grupo Parlamentario Morena	
DIP. JULIO CÉSAR MORENO RIVERA Grupo Parlamentario Morena	
DIP. ESTELA CARINA PICENO NAVARRO Grupo Parlamentario Morena	
DIP. NOEMÍ BERENICE LUNA AYALA Grupo Parlamentario PAN	
DIP. JOSÉ NARRO CÉSPEDES Grupo Parlamentario Morena	
DIP. RUBÉN IGNACIO MOREIRA VALDEZ Grupo Parlamentario PRI	
DIP. DIANA KARINA BARRERAS SAMANIEGO Grupo Parlamentario PT	
DIP. GUILLERMO RAFAEL SANTIAGO RODRÍGUEZ Grupo Parlamentario Morena	

No. 139 INI: reforma y adiciona diversas disposiciones de la Ley General de Salud, en materia de derechos reproductivos y violencia gineco-obstétrica.

NOMBRE	FIRMA
Celia Esther Fonseca Galicia	

Dip. María Teresa Ealy Díaz y legisladores integrantes de los Grupos Parlamentarios de Morena, del Partido Verde Ecologista de México, del Partido del Trabajo, del Partido Revolucionario Institucional.



**CÁMARA DE
DIPUTADOS**
— LXVI LEGISLATURA —
SOBERANÍA Y JUSTICIA SOCIAL

Secretario de Servicios Parlamentarios: Hugo Christian Rosas de León; **Director General de Crónica y Gaceta Parlamentaria:** Gilberto Becerril Olivares; **Directora del Diario de los Debates:** Eugenia García Gómez; **Jefe del Departamento de Producción del Diario de los Debates:** Oscar Orozco López. Apoyo Documental: **Dirección General de Proceso Legislativo,** José de Jesús Vargas, director. Oficinas de la Dirección del Diario de los Debates de la Cámara de Diputados del Congreso de la Unión: Palacio Legislativo, avenida Congreso de la Unión 66, edificio E, cuarto nivel, colonia El Parque, delegación Venustiano Carranza, CP 15969. Teléfonos: 5036-0000, extensiones 54039 y 54044. **Página electrónica:** <http://cronica.diputados.gob.mx>