

De la Senadora Nancy de la Sierra Arámburo, integrante del Grupo Plural de la LXV Legislatura del H. Congreso de la Unión, con fundamento en lo dispuesto por el artículo 71, fracción II y 72 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 8, numeral 1, fracción I, 164 numeral 1 y 2, y demás relativos del Reglamento del Senado de la República, someto a la consideración de esta Honorable Asamblea, la siguiente **Iniciativa con proyecto de decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley Nacional de Ejecución Penal y la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en materia de violencia obstétrica contra las mujeres privadas de la libertad** conforme a lo siguiente:

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La situación de la violencia obstétrica en México

La violencia obstétrica constituye una forma de violencia específicamente dirigida contra las mujeres y personas con capacidad de gestar, que constituye una violación de derechos humanos.¹ Sucede en el ámbito de la atención obstétrica en los servicios de salud públicos y privados, y consiste en cualquier acción y omisión por parte del Sistema Nacional de Salud que cause un daño físico o psicológico durante el embarazo, parto y puerperio, que se exprese en la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, un trato cruel, inhumano o degradante, o un abuso de medicalización, menoscabando la capacidad de decidir de manera libre e informada sobre dichos procesos reproductivos.²

De acuerdo con GIRE, organización defensora de derechos reproductivos, este fenómeno y las muertes maternas prevenibles en nuestro país guardan una estrecha relación con las deficiencias estructurales que aquejan al Sistema Nacional de Salud y que representan un obstáculo para la atención médica de las mujeres y personas gestantes durante el embarazo, parto y puerperio.³

Los desafíos que enfrentamos en materia de salud obstétrica tienen un impacto diferenciado sobre ciertas poblaciones, especialmente en el caso de poblaciones indígenas, personas con discapacidad, personas privadas de la libertad y personas con rezago social y económico.

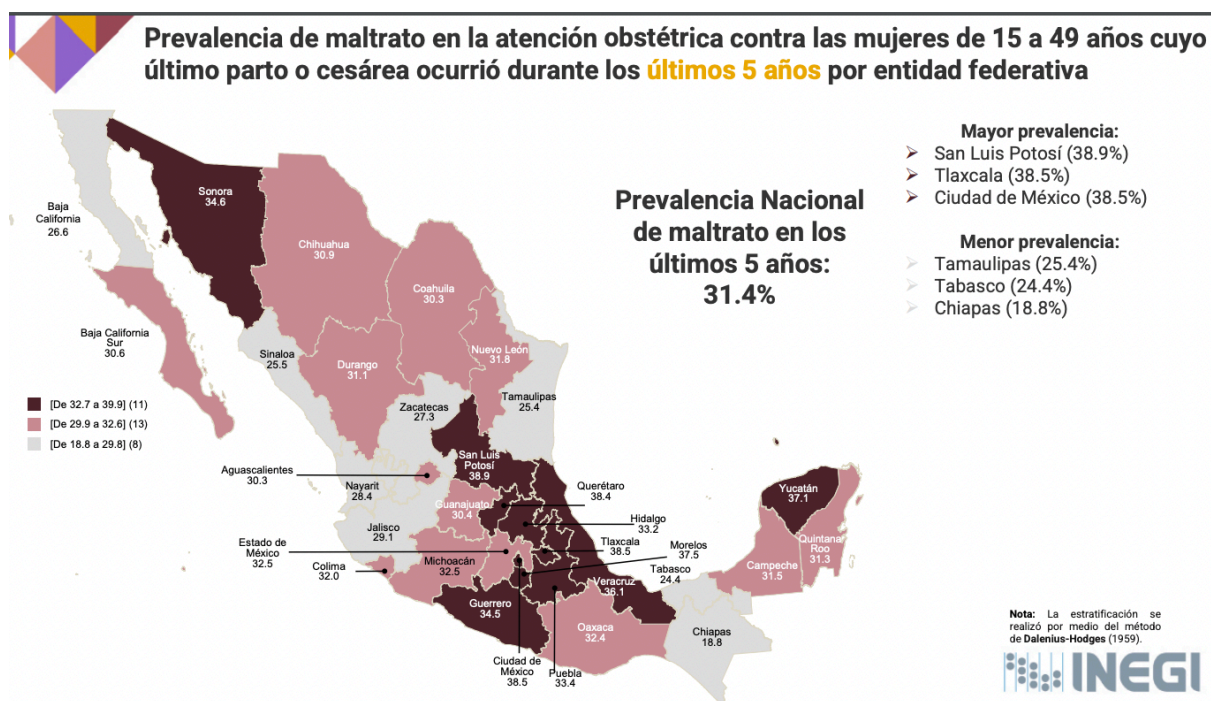
Millones de mujeres y personas con capacidad de gestar en México han experimentado violencia obstétrica. De acuerdo con la **Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2021**, al menos el 31.4% de las mujeres entre 15 y 49 años que parieron en los últimos 5 años sufrieron maltrato en la atención obstétrica. San Luis Potosí, Tlaxcala y Ciudad de

¹ GIRE, Impunidad Cero. *Justicia olvidada. Violencia e impunidad en la salud reproductiva*. Abril 2022. p. 23.

² GIRE, *Violencia obstétrica: Un enfoque de derechos humanos*, 2015. Disponible en: <https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2019/11/informeviolenciaobstetrica2015.pdf>

³ Vid. Cfr. GIRE, Impunidad Cero. p. 23.

México tienen el índice más alto de maltrato, mientras Tamaulipas, Tabasco y Chiapas tienen el menor, de acuerdo al siguiente mapa elaborado por el **Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)**:



Fuente: ENDIREH, INEGI.

Las manifestaciones de la violencia obstétrica pueden ser tanto físicas como psicológicas. Al respecto, GIRE destaca que las primeras “incluyen prácticas que resultan invasivas, como las cesáreas—cuando se practican sin justificación—, la esterilización no consentida o forzada, el suministro injustificado de medicamentos, el retraso en la atención médica de urgencia o la falta de respeto a los tiempos de un parto.”⁴ Por otro lado, las psicológicas se refieren a aquellos “actos discriminatorios, uso de lenguaje ofensivo, humillante o sarcástico, falta de información oportuna sobre el proceso reproductivo y trato deshumanizado.”⁵

La ENDIREH 2021 demuestra que al menos el 20.8% de las mujeres que parieron en los últimos 5 años recibieron maltrato psicológico o físico durante el embarazo, parto o puerperio, mientras más del 20% recibió tratamiento médicos no autorizados.⁶ Algunos datos alarmantes de la misma encuesta demuestran que más del 8% de las mujeres no autorizaron que le hicieran la cesárea, a más del 8% no le informaron porqué era necesario llevar a cabo la cesárea y a más del 4%

⁴ *Ibidem*, p. 24.

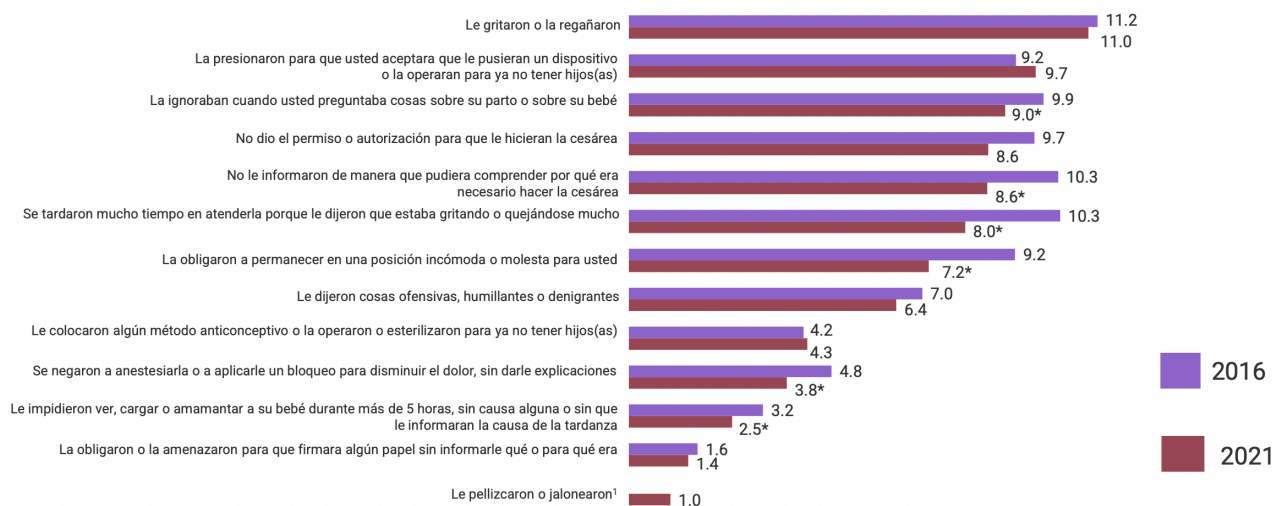
⁵ *Ídem*.

⁶ INEGI. *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares*. 2021. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2021/doc/endireh2021_presentacion_ejecutiva.pdf

le colocaron algún método anticonceptivo o la esterilizaron para ya no tener hijos sin su consentimiento.⁷



Prevalencia de las mujeres de 15 a 49 años que tuvieron el nacimiento de un hijo/a en los últimos 5 años por situación de maltrato durante el parto o cesárea y año de la encuesta



Nota: La prevalencia de maltrato en la atención obstétrica contra las mujeres es la proporción de mujeres de 15 a 49 años que experimentaron una o más situaciones de maltrato en la atención obstétrica en un momento específico o durante un periodo de tiempo determinado.

¹ Cifra disponible únicamente para 2021.

* El cambio entre las dos encuestas es estadísticamente significativo.



La práctica de cesáreas injustificadas es una de las expresiones de violencia obstétrica más recurrente y preocupante. Ha aumentado la cantidad de cesáreas debido a la carencia de personal, la rapidez del procedimiento, “debido a las ventajas lucrativas y a la reducción del tiempo en el trabajo médico, pero sobre todo a la institucionalización y medicalización de la maternidad”⁸.

A su vez, las personas con discapacidad enfrentan mayores obstáculos para acceder a servicios de salud reproductiva. “En muchas ocasiones, son forzadas a interrumpir sus embarazos (por ser consideradas incapaces para ser madres) obligadas a utilizar algún método de anticoncepción temporal o permanente y sometidas de manera desproporcionada a procedimientos de esterilización forzada”.⁹ En sus informes, GIRE ha destacado que “la NOM 005-SSA2-1993 “De los servicios de planificación familiar”, por ejemplo, se refiere al “retraso mental” como una indicación para practicar la oclusión tubaría bilateral, un método de esterilización permanente. Situación que, desde luego, viola la Constitución

⁷ *Idem.*

⁸ Prado Murrieta, Ana. La Cesárea rutinaria como una forma de violencia obstétrica: Experiencias de mujeres y médicos de un hospital público en la Ciudad de México. MUSAS. 2021. p. 72. https://revistas.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/vol6_num1_4/33139

⁹ *Vid. Cfr.* GIRE, Impunidad Cero, p. 26.

General y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad”, al suponer que las mujeres con discapacidad no deben reproducirse.¹⁰

Es importante destacar que la incidencia de casos de violencia obstétrica y muerte materna se encuentran estrechamente relacionados con el contexto específico mexicano que sufre de problemas estructurales. “Se trata de un país desbordado por la demanda de servicios sanitarios, en el que la inversión en salud es insuficiente y el sistema de justicia es débil y se encuentra rebasado.”¹¹

En ese sentido, la respuesta a esta problemática no se encuentra en el derecho penal que, lejos de solucionarla, la profundizaría. En su lugar, este fenómeno debería atenderse “a través de la implementación de medidas estructurales dirigidas a resolver la falta de personal médico y su consecuente sobrecarga laboral, así como la insuficiencia de insumos y de infraestructura adecuada.”¹²

En enero de 2021, una servidora presentó una iniciativa que reforma la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en materia de violencia obstétrica. Sin embargo, los órganos de tratados internacionales de derechos humanos suscritos por el Estado mexicano han emitido nuevos estándares al respecto, que deben ser retomados en las propuestas legislativas relativas a esta forma de violencia.

La violencia obstétrica frente al derecho internacional de los derechos humanos

Este fenómeno representa una violación al **derecho humano a la vida, a la salud, a la no discriminación contra las mujeres en la esfera de la atención médica y a la información**. Cobra especial relevancia la sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH), **Brítez Arce y otros Vs. Argentina**. Por primera vez, la Corte IDH reconoció este tipo de violencia contra las mujeres con razón de género en el continente, pronunciándose sobre el caso de Cristina Brítez Arce, quien falleció por no recibir tratamiento adecuado durante su embarazo.

La Corte destacó que la violencia obstétrica 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 posparto, en centros de salud públicos o privados¹³; reiterando que de acuerdo con el artículo 7 de la **Convención de Belém do Pará**, toda mujer tiene derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado y los Estados deben tener especialmente en cuenta la situación de vulnerabilidad de las mujeres que son víctimas de violencia cuando están embarazadas.¹⁴

¹⁰ *Ibidem.*, p. 27

¹¹ *Ibidem.*, p. 24

¹² *Ídem.* .

¹³ Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Caso Brítez Arce y Otros Vs. Argentina*. Sentencia de 16 de noviembre de 2022. p. 22, Parr. 75.

¹⁴ *Ídem.*

En dicho fallo, la Corte determinó que esta forma de violencia es contraria al: (i) derecho a la salud, reconocido en el artículo 26 de la **Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH)**, en relación con el artículo 1.1 del mismo instrumento (ii) derecho a la vida, consagrado en el artículo 4.1. de la CADH, en relación con el artículo 1.1 de la misma y (iii) derecho a la integridad personal, previsto en el artículo 5.1 de la CADH, también en relación con el artículo 1.1.

El órgano jurisdiccional reiteró que la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio adecuado de los demás derechos, y que todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, que le permita vivir dignamente, 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.¹⁵

Frente a ese derecho, el Estado tiene el deber de asegurar el acceso de las personas a servicios esenciales de salud, de garantizar una prestación médica de calidad y eficaz, así como de impulsar e mejoramiento de las condiciones de salud de la población, conforme a los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. El cumplimiento de esta obligación debe dar especial atención a los grupos vulnerables y marginalizados.

La Corte IDH se ha pronunciado sobre estas obligaciones durante el embarazo, parto y posparto de las mujeres y personas gestantes. De acuerdo con su jurisprudencia, **los Estados deben brindar políticas e salud adecuadas que permitan ofrecer asistencia con personal entrenado adecuadamente para la atención de los nacimientos, políticas de prevención de la mortalidad materna a través de controles prenatales y post-parto adecuados**, e instrumentos legales y administrativos en políticas de salud que permitan documentar adecuadamente los casos de mortalidad materna.¹⁶

Asimismo, la Corte destacó que el **Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales** interpretó en su **Observación General No. 14** que del artículo 12 del **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)**, se desprende que es preciso adoptar medidas para mejorar la salud materna y la atención en salud anterior y posterior al parto, lo cual implica adoptar las medidas necesarias para evitar muertes maternas prevenibles. En su **Observación General No. 22**, precisó que “la falta de servicios de atención obstétrica de emergencia son causa muchas veces de mortalidad y morbilidad materna, que, a su vez, son una violación del derecho a la vida o la seguridad y, en determinadas circunstancias, pueden constituir tortura o tratos crueles, inhumanos o degradantes”.

¹⁵ *Ibidem*, p. 17.

¹⁶ *Ídem*.

Adicionalmente, la Corte notó que, cuando un Estado no toma las medidas adecuadas para prevenir la mortalidad materna, evidentemente impacta el **derecho a la vida** de las personas gestantes y en periodo de posparto. Según el expediente en cuestión, la inmensa mayoría de las muertes maternas son prevenibles mediante acceso a atención suficiente e intervenciones eficaces en salud durante el embarazo y el parto, al punto en que la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que entre el 88% y el 98% de las muertes maternas son prevenibles, mientras que UNICEF y el Banco Mundial estiman dicha cifra en el 80% y el 74% respectivamente. Estos datos, señala la Corte, son respaldados por el hecho de que en algunos países la mortalidad materna ha sido prácticamente eliminada.

No estamos ante “simples desgracias o problemas naturales inevitables del embarazo, sino más bien injusticia que podrían impedirse y que los gobiernos están obligados a remediar con sus sistemas políticos, de salud y jurídicos”.¹⁷

Por otra parte, el Tribunal enfatizó el componente de *accesibilidad de la información* en el **derecho a la salud**, ya que este comprende el derecho buscar, recibir y difundir información e ideas relativas a cuestiones de salud sexual y reproductiva en general, y también el derecho de las personas a recibir información específica sobre su estado de salud. En ese contexto, la Corte encontró que se debe informar plenamente a las personas embarazadas, en periodo de posparto y en periodo 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 debe 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.

Con base en lo anterior, son claras las razones por las que este tipo de violencia contra las mujeres en razón de género es violatoria de derechos humanos y contraria a los tratados internacionales en la materia suscritos por el Estado mexicano.

No debe pasar desapercibido el impacto diferenciado que tiene esta problemática sobre ciertos grupos poblacionales. Es por ello que, en la **Opinión Consultiva 29/22**, la Corte IDH analizó los efectos de la violencia obstétrica sobre las mujeres y personas gestantes privadas de la libertad. En dicho documento, se menciona que las mujeres representan una porción entre el 2% y 9% de la población privada de la libertad. En la región de América Latina, el perfil de las mujeres en el sistema penitenciario se corresponde con la comisión de hechos no violentos principalmente ligados al tráfico de estupefacientes, con penas de periodos cortos.¹⁸ La Comisión Interamericana de Mujeres ha evidenciado que las mujeres

¹⁷ Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias. Políticas y prácticas que repercuten sobre los derechos reproductivos de la mujer y contribuyen a la violencia contra la mujer, la causan o la constituyen, E/CN.4/1999/68/Add.4, 21 de enero de 1999, párr. 70.

¹⁸ Corte Interamericana de Derechos Humanos. Opinión Consultiva OC-29/22. *Enfoques diferenciados respecto de determinados grupos de personas privadas de la libertad*. 30 de mayo de 2022.p. 48

en prisiones son, en su mayoría, encarceladas por delitos no violentos que se relacionan con la pobreza y violencia a la que son expuestas. Se trata de mujeres en condición de pobreza, con pocos años de escolaridad, responsables del cuidado de sus hijas e hijos, así como de otros dependientes.¹⁹

En los últimos 20 años, el porcentaje de mujeres encarceladas aumentó más del 50%, lo que no guarda relación con el aumento de la población en general, sino con políticas criminal que carecen de una perspectiva de género. En el caso de México, más de 12,400 mujeres se encuentran privadas de la libertad y más de la mitad de ellas siguen a la espera de su juicio, ya que fueron privadas de su libertad como una medida cautelar.²⁰

Ante este contexto y para elaborar la Opinión Consultiva, la Corte IDH tomó especialmente en cuenta las Reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de la libertad para las mujeres delincuentes (Reglas de Bangkok), así como la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará) y la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), ya que estos complementan el corpus iuris internacional en materia de protección de la integridad personal de las mujeres.

En ese documento, el Tribunal señaló que las prisiones como institución de control social han sido históricamente concebidas, diseñadas y estructuradas desde una visión androcéntrica destinada a una población masculina joven y marginalidad, privada de libertad por delitos violentos. Eso ha impactado en el trato brindado a las mujeres privadas de la libertad, así como ha resultado en la falta de infraestructura acorde a sus necesidades. Las principales dificultades que han sido identificadas para las mujeres embarazadas, en periodo de posparto y lactancia o cuidadores principales han sido: (i) falta de atención médica especializada pre y post natal, (ii) falta de protocolos de parto adecuados, (iii) uso de grilletes y esposas, (iv) falta de vestimenta y nutrición apropiadas y (v) privación del contacto entre las madres con responsabilidades de cuidado detenidas y sus hijos u otras personas bajo su cuidado.

Encontrarse embarazada, en periodo de parto, posparto y lactancia, colocan a las mujeres en una situación agravada de vulnerabilidad en el contexto carcelario, dado que su vida e integridad pueden correr un riesgo mayor, según la Corte IDH. Esta población requiere de servicios específicos, como lo relacionado a la atención en salud y pre post natal, así como los servicios del parto. Cabe destacar que en Caso Manuela y otros Vs. El Salvador, la Corte verificó que en el derecho internacional de los derechos humanos, la situación de las mujeres embarazadas, durante el parto, posparto y lactancia constituye un aspecto de especial atención

¹⁹ *Ídem.*

²⁰ Carballo Corrales, Miranda. *La prisión: donde las brechas de género aumentan*. NEXOS. 11 de agosto de 2022. <https://anticorrupcion.nexos.com.mx/la-prision-donde-las-brechas-de-genero-aumentan/>

que requiere un enfoque diferenciado para asegurar la protección de sus derechos. En ese sentido, se ha recomendado a los Estados a que incorporen en su política penitenciaria un enfoque de género, de conformidad con las Reglas de Bangkok.

En materia de la presente iniciativa, son de especial relevancia algunas obligaciones específicas de los Estados, señaladas por la Corte IDH.

- Primero, el derecho internacional de los derechos humanos promueve la priorización del uso de medidas alternativas o sustitutivas atendiendo también al perfil de las mujeres que actualmente son sometidas al sistema penal, considerando si cometieron delitos no violentos y representan un riesgo bajo para la seguridad ciudadana. Así establece la regla 64 de las Reglas de Bangkok: *Cuando sea posible y apropiado se preferirá imponer sentencias no privativas de la libertad a las embarazadas y las mujeres que tengan niños a cargo, y se considerará imponer sentencias privativas de la libertad si el delito es grave o violento o si la mujer representa un peligro permanente, pero teniendo presente el interés superior del niño o los niños y asegurando, al mismo tiempo, que se adopten disposiciones apropiadas para el cuidado de esos niños.*

Así, para el caso de las mujeres privadas de libertad que se encuentran embarazadas, en periodo de posparto y lactancia debe darse preferencia a la adopción de medidas alternativas o sustitutivas a la detención o prisión, tales como el arresto domiciliario o el uso de brazaletes o tobilleras electrónicas, atendiendo a la gravedad del delito.

- Ahora bien, el artículo 5.5 de la CADH establece el principio de separación de los lugares de detención entre hombres y mujeres. Por su parte, las Reglas Nelson Mandela especifican que “los hombres serán reclusos, en la medida de lo posible, establecimientos distintos a los de las mujeres y, en los establecimientos mixtos, el pabellón destinado a las mujeres estará completamente separado al de los hombres”. Por lo que hace a las mujeres embarazadas, en periodo de posparto y lactancia, existen abundantes normas en el derecho internacional de los derechos humanos que llaman a los Estados a asegurar espacios de alojamiento diferenciados y adaptados a sus necesidades, con celdas que permanezcan abiertas y acceso a espacio al aire libre y de recreación.

En esta línea, las Reglas de Bangkok señalan que el régimen penitenciario permitirá reaccionar con flexibilidad ante las necesidades de las mujeres embarazadas, en periodo de posparto y lactancia. Esto resulta especialmente relevante en nuestro país, donde después del parto, las mujeres privadas de la libertad y sus bebés son remitidas a pequeñas celdas, en ocasiones con otras cinco reclusas, donde cuentan con poca o ninguna ayuda para el cuidado de sus hijas e hijos.

- Por otro lado, resulta contrario al artículo 5.2 de la Convención Americana la aplicación de medidas de aislamiento, a manera de sanción disciplinario o con cualquier otro propósito, para mujeres embarazadas, en periodo de posparto o lactancia, así como madres con niños o niñas. También debe destacarse que existe un amplio consenso internacional sobre la prohibición absoluta el uso de grilletes y esposas en mujeres embarazadas para su traslado, así como antes, durante e inmediatamente después del parto.
- *La Corte determinó que la salud sexual y reproductiva es un componente del derecho a la salud que tiene particulares implicancias para las mujeres y personas gestantes debido a su capacidad biológica de embarazo y parto. Desde la situación de privación de libertad que históricamente ha involucrado barreras para que las reclusas accedan a este derecho, el Estado tiene la obligación reforzada de asegurar el acceso, sin discriminación, a la salud sexual y reproductiva de buena calidad para las mujeres privadas de libertad y adoptar las medidas conducentes para erradicar los obstáculos prácticos a la plena efectividad del derecho a la salud sexual y reproductivo.*
- Resulta de especial relevancia que los Estados tomen en cuenta las abundantes pautas y criterios en materia de atención en salud física y psicológica especializada durante el embarazo, parto y posparto, como unas obligaciones internacionales mínimas, que deben guiar la actuación e implementación de las políticas penitenciarias en la materia y que imponen a los Estados:
 - Adoptar medidas especiales para garantizar un trato digno y el acceso adecuado a servicios médicos especializados para las mujeres privadas de libertad “en especial durante la gestación, el parto y el período de [postparto y] lactancia”.
 - Asegurar la presencia de un médico calificado, de un pediatra y de una guardia obstétrica disponible durante las 24 horas en el centro de reclusión donde se alojan mujeres embarazadas y niños/as pequeños/as y el fácil acceso a ginecólogos, tocólogos y obstetras. A este respecto, el Comité DESC ha indicado que “[a] fin de reducir las tasas de mortalidad y morbilidad maternas se necesita atención obstétrica de urgencia y asistencia cualificada en los partos”.
 - Informar plenamente a las personas embarazadas, en período de posparto y en período de lactancia sobre su condición médica y asegurar el acceso a la 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.
 - Requerir el consentimiento libre, informado y voluntario antes de cualquier examen o procedimiento médico vinculado con la salud sexual y

reproductiva.

- Garantizar la privacidad, de modo tal que no se brinde información a los hospitales o centros de salud sobre los motivos de detención y la situación procesal de las mujeres. Asimismo, se debe velar por la confidencialidad durante todo el proceso.
- Garantizar que las mujeres embarazadas sean trasladadas a la mayor brevedad posible a hospitales civiles para el trabajo de parto. Si ello no fuere posible, el parto debe ser atendido por un especialista médico, en instalaciones aptas para el nacimiento de un bebé. En cualquier caso, si se requiere la presencia de personal de seguridad no médico, dicho personal debe ser femenino y estar vestido de civil.
- Disponer que el traslado de las mujeres durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el período de posparto y lactancia se efectúe sin esposas o grilletes, con custodia por parte de personal femenino y en un transporte adecuado al efecto que cumpla con las medidas de higiene y mantenimiento necesarias.
- Prever servicios de atención al parto sensible a prácticas culturales.
- Propiciar la presencia y el acompañamiento de una persona de confianza y elección durante todo el proceso de parto.
- Garantizar el contacto permanente de las mujeres con el/la recién nacido/a, fundamentalmente durante los primeros momentos luego del nacimiento (aún si tienen que permanecer en neonatología).
- Proveer planes nutricionales especializados creados por personal médico calificado para satisfacer las necesidades específicas de cada una de las etapas del embarazo y facilitar la lactancia materna.
- Impartir, dentro de los servicios penitenciarios, cursos de preparto, lactancia y cuidados del recién nacido/as a todas las mujeres privadas de libertad que se encuentren cursando el último trimestre de embarazo.
- Garantizar atención y apoyo psicológico especializado
- Suministrar o facilitar programas de atención y apoyo especializado en materia de uso indebido de drogas para las mujeres.
- Promover la capacitación del personal judicial y penitenciario sobre la temática del parto respetado, sobre el modo de actuar frente al preparto, y sobre la importancia de hacerlo de modo eficiente y sensible a la situación particular de las mujeres detenidas en esta situación, a fin de que puedan

atender con urgencia las quejas y preocupaciones relacionadas con el embarazo

- Disponer de un mecanismo sencillo, eficaz e independiente para presentar quejas respecto de la falta de cumplimiento de estos requerimientos.

- De igual forma, la Corte subrayó la necesidad de que se garantice el acceso a la justicia para las mujeres que son víctimas de violencia obstétrica, incluyendo aquellas que se encuentran privadas de libertad, específicamente a través de la tipificación de esa violencia y del acceso a recursos administrativos y judiciales, así como a reparaciones efectivas y transparentes por las violaciones del derecho a la salud sexual y reproductiva. En particular, resulta necesario facilitar a las mujeres detenidas canales de denuncia seguros, brindando los recursos necesarios para ello y las condiciones de confidencialidad y protección necesarias, todo lo cual debe ser debidamente informado a las reclusas.

La presente iniciativa busca atender estos criterios en nuestra legislación, en favor de los derechos de las mujeres privadas de la libertad, incorporando las recomendaciones recientemente enlistadas.

Por lo anteriormente expuesto, someto a consideración de esta H. Asamblea el siguiente:

PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE REFORMAN DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY NACIONAL DE EJECUCIÓN PENAL, EN MATERIA DE DERECHOS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA CONTRA LAS MUJERES PRIVADAS DE LA LIBERTAD.

ARTÍCULO PRIMERO. Se reforman los artículos 10, fracción V, 33, fracción XXIII y 36, y se adicionan las fracciones XII, XIII, XIV, XV y XVI al artículo 10, XVI y XVII al artículo 15 y dos párrafos al artículo 53, de la Ley Nacional de Ejecución Penal, para quedar como sigue:

LEY NACIONAL DE EJECUCIÓN PENAL

Artículo 10. ...

...

- V. Recibir la atención médica, la cual deberá brindarse en hospitales o lugares específicos establecidos en el Centro Penitenciario para tal efecto, en los términos establecidos en la presente Ley; **así como acceso adecuado a servicios médicos especializados para las mujeres privadas de libertad durante la gestación, el parto y el período de posparto y lactancia.**

VI. a X. ...

XI. Las mujeres y personas embarazadas, en período de posparto y en período de lactancia tienen derecho a recibir información sobre su condición médica y asegurar el acceso a la 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.

XII. No ser sometidas a cualquier examen o procedimiento médico, incluyendo aquellos vinculados con la salud sexual y reproductiva, sin su consentimiento previo libre, informado y voluntario.

XIII. La privacidad, de modo tal que no se brinde información a los hospitales o centros de salud sobre los motivos de detención y la situación procesal de las mujeres. Asimismo, se debe velar por la confidencialidad durante todo el proceso.

XIV. Atención y apoyo psicológico especializado.

XV. Programas de atención y apoyo especializado en materia de uso indebido de drogas para las mujeres.

XVI. Los demás previstos en las disposiciones legales aplicables.

Artículo 15. ...

I. a XV. ...

XVI. Promover la capacitación del personal penitenciario sobre la temática del parto respetado, sobre el modo de actuar frente al parto, y sobre la importancia de hacerlo de modo eficiente y sensible a la situación particular de las mujeres detenidas en esta situación, a fin de que puedan atender con urgencia las quejas y preocupaciones relacionadas con el embarazo.

XVII. Las demás que le confieran las leyes, reglamentos y decretos.

Artículo 33. ...

...

XXIII. De urgencias médicas, partos y traslado a hospitales.

Artículo 36. ...

Las mujeres privadas de la libertad embarazadas deberán contar con atención médica obstétrico- ginecológica y pediátrica **culturalmente adecuada**, durante el

embarazo, el parto y el puerperio, el cual deberá realizarse en hospitales o lugares específicos establecidos en el Centro Penitenciario cuando cuenten con las instalaciones y el personal de salud especializado. **El Centro Penitenciario asegurará la presencia de al menos un médico calificado, de un pediatra y de una guardia obstétrica disponible durante las 24 horas en el centro de reclusión.** En caso de no contar con las instalaciones o con personal médico y que la condición de salud de la mujer o del producto de la concepción requieran de atención, ésta se garantizará en instituciones públicas del Sector Salud.

...

Artículo 53. ..

Las mujeres embarazadas deberán ser trasladadas a la mayor brevedad posible a hospitales civiles para el trabajo de parto. Si ello no fuere posible, el parto debe ser atendido por un especialista médico, en instalaciones aptas para el nacimiento de un bebé. En cualquier caso, si se requiere la presencia de personal de seguridad no médico, dicho personal debe ser femenino y estar vestido de civil.

El traslado de las mujeres durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el período de posparto y lactancia deberá efectuarse sin esposas o grilletes, con custodia por parte de personal femenino y en un transporte adecuado al efecto que cumpla con las medidas de higiene y mantenimiento necesarias.

...

ARTÍCULO SEGUNDO. Se reforma el artículo 6, fracción VI y 46, fracción XIV, y se adiciona la fracción VII al artículo 6, fracciones XV al artículo 46 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:

I. a V. ...

VI. Violencia obstétrica. Es toda acción u omisión por parte del personal del Sistema Nacional de Salud que cause un daño físico o psicológico a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio; que se exprese en la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, un trato inhumano o degradante, o un abuso de medicación, menoscabando su capacidad de decidir libre e informadamente sobre dichos procesos reproductivos.

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

Artículo 46.- Corresponde a la Secretaría de Salud:

XI. Proporcionar acciones formativas a todo el personal del sector salud, en materia de derechos humanos de las niñas y las mujeres y políticas de prevención, detección, atención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres

TRANSITORIOS

PRIMERO. El presente Decreto entrará en vigor el día posterior al de su publicación.

SEGUNDO. Las autoridades competentes deberán adecuar las disposiciones administrativas correspondientes a este Decreto dentro de los 120 días posteriores a su publicación.

Dado en el Salón de Plenos de la Cámara de Senadores el veintiocho de febrero de dos mil veintitrés.

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized, cursive script that appears to read 'N. de la Sierra Arámuro'.

Sen. Nancy de la Sierra Arámuro
Grupo Plural