

HONORABLE ASAMBLEA:

Las suscritas, diputadas y diputados del Grupo Parlamentario de Movimiento Ciudadano de esta Sexagésima Tercera Legislatura, en ejercicio de nuestro derecho de iniciativa consagrado por los artículos 53, fracción III, de la Constitución Política del Estado de Sonora y 32, fracción II de la Ley Orgánica del Poder Legislativo del Estado de Sonora, comparecemos ante esta Honorable Asamblea Legislativa con la finalidad de someter a su consideración la presente **INICIATIVA CON PROYECTO DE LEY QUE DECLARA EL 15 DE OCTUBRE COMO EL “DÍA ESTATAL DE CONCIENTIZACIÓN SOBRE LA MUERTE FETAL, NEONATAL E INFANTIL” Y DECRETO QUE REFORMA Y ADICIONA DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY DE SALUD DEL ESTADO DE SONORA Y DE LA LEY DEL SERVICIO CIVIL**, mismas que fundamentamos bajo la siguiente:

Agradecemos a la Dra. Claudia Figueroa Ibarra, doctora en ciencias sociales por el Colegio de Sonora y actual jefa del departamento de Enfermería de la Universidad de Sonora, por su investigación y acompañamiento en la realización de la presente iniciativa, así como a la Asociación Civil “Padres del Cielo” cuyo objetivo es romper el silencio de la muerte gestacional, perinatal e infantil apoyando a las familias que viven la pérdida de hijas e hijos por medio de acompañamiento profesional, humano y sensible, promoviendo un proceso sano de duelo; a quienes agradecemos su confianza y acompañamiento para avanzar en la construcción de un marco jurídico que garantice la creación de mejores políticas públicas para crear espacios y estrategias que favorezcan la visibilización social de estos eventos y asegurar el trato digno y respetuoso de las mujeres y sus familias ante el fallecimiento de sus hijas e hijos.

La muerte durante la gestación o al inicio de la vida es una situación compleja y difícil para las familias. La normatividad Mexicana, específicamente la Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004 en materia de información en salud, y la NOM-007-SSA2-2016 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, en concordancia a la definición oficial de la Clasificación Internacional de las

Enfermedades (CIE 10)¹ definen la defunción, fallecimiento o muerte fetal como: “la muerte de un producto de la concepción, antes de su expulsión o su extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo [...]”. Por otra parte, las defunciones en el período neonatal son aquellas que ocurren durante el nacimiento y hasta los 28 días de vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS)² estima que anualmente ocurren 2.6 millones de muertes fetales y 2.6 millones de muertes neonatales en todo el mundo. La mayoría de estos fallecimientos ocurren en países subdesarrollados. La Unicef ha declarado que, estos fallecimientos han permanecido fuera de las políticas públicas y fuera de los principales objetivos que buscan mejorar la salud y las condiciones de vida de la población.³

En México, el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) empezó a documentar los registros de mortalidad fetal a partir de 1989. En 2021, a nivel nacional se reportan 23,000 muertes fetales (cuantificadas a partir de las 12 semanas de gestación). En el estado de Sonora, en el mismo año, se reportan 522 muertes fetales⁴.

En relación con las tasas calculadas por cada mil nacidos vivos, considerando el total de muertes fetales que reporta INEGI (a partir de la semana 12), a nivel nacional la tasa de muerte fetal en 2020 fue de 13.9 y a nivel estatal de 15.8 por cada 1,000 nacimientos.

Estas cifras no llegan a reflejar el verdadero y complejo problema de las muertes fetales y neonatales, estos datos solo muestran una parte de esta realidad, detrás de cada número hay una mujer, una familia, un círculo social que sufre la pérdida de sus hijas e hijos.

¹ Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud. CIE 10* (Organización Mundial de la Salud (ed.); 2008a ed., Vol. 10, Número 1). Organización Mundial de la Salud.

² Organización Mundial de la Salud. (2014). Every newborn: An action plan to end Preventable deaths. En Who, Unicef. Recuperado de www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html

³ Blencowe H, Cousens S, Jassir FB, Say L, Chou D, Mathers C, et al. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2015, with trends from 2000: A systematic analysis. *Lancet Glob Heal* [Internet]. 2016;4(2):e98–108. Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, Amouzou A, Mathers C, Hogan D, et al. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *Lancet* [Internet]. 2016;387(10018):587–603. United Nation Inter-agency Group for Mortality Estimation. A neglected tragedy. The global burden os stillbirths. New York; 2020.

⁴ INEGI. (2021). *Conjunto de datos Mortalidad fetal*.

https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/continuas/mortalidad/mortalidadfetal.asp?s=est&c=11143&proy=mortfet_mf

Muchas de las mujeres que sufren el fallecimiento de sus hijas e hijos en estas circunstancias se ven en una realidad no esperada ya que, en la mayoría de los casos el fallecimiento ocurre sin una señal de alarma previa, es decir, un embarazo normoevolutivo que de un momento a otro sufre un giro inesperado.

Las investigaciones en torno al tema se han abocado a identificar factores de riesgo o situaciones causales a estos fallecimientos, no obstante, se estima que cerca de un 50% de los casos permanecen sin explicación alguna. El no conocer sobre la causa del fallecimiento supone en la mujer y la familia un sufrimiento añadido⁵.

En México se estima que cerca del 95% de los nacimientos (con o sin vida) son atendidos en instituciones de salud. El nacimiento de quien fallece dentro del vientre de su madre recibe una atención similar al resto de los nacimientos, en México, la guía de práctica clínica de Diagnóstico y tratamiento de la muerte fetal con feto único, (2010) menciona que tras la identificación del fallecimiento (por medio de ultrasonidos y otras pruebas) se pueden seguir dos caminos: manejo expectante o intervencionista, es decir, o bien permitir que el cuerpo de la mujer inicie con trabajo de parto, o utilizar inducción o cesárea. La guía establece que esta decisión la debe de tomar la mujer, sin embargo, en la realidad, no pasa de esta manera.

Se ha documentado que las mujeres tienen poca oportunidad de tomar decisiones en cuanto a su cuidado cuando reciben atención en las instituciones de salud⁶. En países como Australia, Estados Unidos, Inglaterra, entre otros, la decisión sobre el nacimiento (cuando la salud de la madre lo permite) es de la mujer, los protocolos están dirigidos a brindar un ambiente tranquilo, con privacidad, donde el centro de la atención es la mujer y su familia y donde puedan pasar el mayor tiempo posible con el cuerpo de su hija o hijo para poder crear recuerdos y despedirse⁷.

⁵ Cassidy P. Care quality following intrauterine death in Spanish hospitals: Results from an online survey. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):1–13.

Huerta O, Pérez S, García A, Jiménez M, Sandoval L. Factores asociados con muerte fetal en un hospital de segundo nivel de atención en Cancún, Quintana Roo. *Rev CONAMED*. 2017;22(1):5–11.

⁶ Sanabria C. *La mujer y el nasciturus*. 1a ed. Argentina: Temperley; 2019. 160 p.

Cassidy P, Cassidy J, Olza I, Martín Ancel A, Jort S, Sánchez D, et al. Informe Umamanita - Calidad de la Atención Sanitaria en casos de Muerte Intrauterina. 1a ed. España; 2018.

Figueroa C. *Maternidad y atención a las mujeres con muerte fetal en Hermosillo, Sonora*. [Hermosillo, Sonora, México]: El Colegio de Sonora; 2022.

⁷ Clinical Guidelines Q. *Maternity and Neonatal Clinical Guideline* [Internet]. MN18.24-V8-R23 Queensland, Australia; 2018 p. 34.

En América Latina, las investigaciones en torno al tema son escasas, sin embargo, se rescata que existe un problema en relación con la actitud de los profesionales de la salud, algunas mujeres los catalogan como fríos en el trato, generando un problema de la comunicación y desarrollando problemática emocional y psicológica en todas las etapas de la atención⁸.

En México existe una falta de protocolos que dicten la atención en estos casos de manera que, tras el nacimiento sin vida o el fallecimiento de las hijas e hijos posterior al nacimiento, las mujeres y sus familias quedan a expensas de que la persona que esté a cargo de su cuidado busque las oportunidades y estrategias para que esa familia pueda tener una despedida digna de sus hijas e hijos. Estudios han reportado que el contacto que tienen las madres y sus familias con el cuerpo es bajo, y si ocurre éste se reduce a solo unos minutos. Es necesario realizar cambios en este sentido ya que, el contacto con los cuerpos de las hijas e hijos tiene un efecto benéfico para las familias e impacta de manera positiva en el duelo de la mujer ya que brinda un espacio donde se puede procesar lo sucedido, construir recuerdos y despedirse, lo anterior ayuda a legitimar su existencia⁹.

Otro aspecto que causa malestar y dolor añadido a las mujeres es tener que transcurrir tanto su trabajo de parto como su recuperación en salas comunes donde se ven en la necesidad de cohabitar con mujeres que tienen a sus recién nacidos con vida, el escuchar sus llantos, ser testigo del amamantamiento ~~de los hijos~~ y las reacciones de esas familias llega a ocasionar severos traumas en las mujeres.

El tema de la producción de leche materna es poco o nulamente atendido, las mujeres refieren que los profesionales de la salud limitan su actuar a recetar o administrar un medicamento inhibidor de la producción de

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Late Intrauterine Fetal Death and Stillbirth. RCOG Green-top Guideline No. 55. Inglaterra: Guidelines committee of RCOG; 2010. 32 p.

⁸ Dias dos Santos AL, Pedroso C, Ogura K. Histories of fetal losses told by women : research qualitative study. Rev Saúde Pública. 2004;38(2):1-8.

⁹ Blood C, Cacciatore J. Parental Grief and Memento Mori Photography: Narrative, Meaning, Culture, and Context. Death Stud. 2013;38(4):224-33.

Crawley R, Lomax S, Ayers S. Recovering from stillbirth : the effects of making and sharing memories on maternal mental health. J Reprod Infant Psychol. 2013;31(2):195-207.

Ryninks K, Roberts-Collins C, McKenzie-McHarg K, Horsch A. Mothers' experience of their contact with their stillborn infant: An interpretative phenomenological analysis. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2014;14(1):1-11.

Camacho-Ávila M, Fernández-Sola C, Jiménez-López FR, Granero-Molina J, Fernández-Medina IM, Martínez-Artero L, et al. Experience of parents who have suffered a perinatal death in two Spanish hospitals: A qualitative study. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2019;19(1):1-12.

leche lo cual, en ocasiones, es insuficiente. El producir leche materna tras la muerte fetal, sobre todo cuando se desconoce que esto puede suceder es catalogado por las mujeres como uno de los momentos más duros posterior a su pérdida¹⁰.

El manejo del cuerpo de las hijas e hijos debe realizarse con respeto, sin embargo, existe evidencia de que las mujeres no perciben que esto ocurra, muchas madres refieren angustia y malestar al escuchar cómo se expresan de como “óbitos, fetos, productos”. La entrega del cuerpo de las hijas e hijos se ve condicionada a que tengan un peso superior a los 500 gramos, si no se llega a ese peso, los restos pasan a ser manejados como un residuo patológico dentro del hospital. Sin que se haya encontrado, en la normativa mexicana, algún apartado donde se declare y justifique esta práctica.

La violencia obstétrica también ha sido señalada dentro de la atención a las muertes fetales, las fallas en la comunicación, la falta de información y los malos tratos han sido reportados en estudios de Argentina, España y México. Estos últimos, realizados particularmente en Ciudad de México y en Sonora, se señala que existe maltrato verbal y físico, minimización de los síntomas referidos por las mujeres por parte de los profesionales de la salud e insultos que generaron malestar físico y psicológico. Otro de los problemas referidos es el trato poco amable y la sensación de abandono en comparación con la atención que reciben las mujeres con hijos vivos. La falta de espacios y recursos para atenderlas son percibidos como lastimosos para las mujeres. Existen claras fallas en la comunicación, información y capacitación por parte del personal de salud, lo cual genera incertidumbre sobre su trato e incluso sobre el estado de sus hijas e hijos antes de la confirmación de la muerte fetal; es común encontrar que no se les brinda explicación ni causa del porqué de la pérdida¹¹.

¹⁰ Cassidy P. Care quality following intrauterine death in Spanish hospitals: Results from an online survey. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):1–13.

Gopichandran V, Subramaniam S. Psycho-social impact of stillbirths on women and their families in Tamil Nadu, India - a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):1–14.

Figueroa C. Maternidad y atención a las mujeres con muerte fetal en Hermosillo, Sonora. [Hermosillo, Sonora, México]: El Colegio de Sonora ; 2022.

¹¹ Balandra J. La muerte en el vientre. Estudio antropofísico de la muerte fetal en México. *Escuela Nacional de Antropología e Historia*; 2018.

Romo-Medrano K. *Missing Bodies : Experiences of Pregnancy Loss in a Public Hospital in Mexico City*. Universidad de Amsterdam; 2009.

Figueroa C. Maternidad y atención a las mujeres con muerte fetal en Hermosillo, Sonora. [Hermosillo, Sonora, México]: El Colegio de Sonora ; 2022.

Desde la visión de las y los profesionales de la salud las muertes fetales llegan a sentirse como una falla de la medicina, que puede producir frustración e impotencia. En las instituciones de salud, las y los trabajadores, están capacitados para traer nuevas vidas, existiendo poca o nula capacitación en estos casos¹².

La falta de formación y capacitación en el tema proviene desde las escuelas formadoras y se refuerza en las instituciones de salud, ya que se tiende a capacitar en aspectos biológicos dejando las esferas psicológicas y emocionales con menos atención¹³

Otro factor importante que influye en la atención brindada es la falta de apoyo institucional; estudios apuntan a que las rutinas y protocolos existentes en algunas instituciones no favorecen el poder brindar un cuidado de mayor calidad, los recursos humanos, insumos insuficientes, así como la infraestructura inadecuada limitan las posibilidades de mejorar la atención¹⁴

Posterior al fallecimiento de los hijos y de la atención recibida en las instituciones de salud, las familias se enfrentan a una realidad no esperada, un duelo con poca visibilidad y legitimidad social. La salud mental de las mujeres ha sido objeto de varias investigaciones, se ha descubierto que es común encontrar reportes de una alta incidencia de síntomas depresivos, duelos complicados y prolongados, así como sentimientos de pérdida de control en las mujeres.

Cassidy P. Good mothers-bad mothers: Grief, morality and gender inequality in care encounters following perinatal death. Universidad Complutense de Madrid; 2020.

Sanabria C. La mujer y el nasciturus. 1a ed. Argentina: Temperley; 2019. 160 p.

¹² Martos-López IM, Sánchez-Guisado MDM, Guedes-Arbelo C. Duelo por muerte perinatal, un duelo desautorizado. Rev Española Comun en Salud [Internet]. 2016;7(2):300–9.

Pastor SM, Romero JM, Hueso C, Lillo M, Vacas AG, Rodríguez MB. Experiences with perinatal loss from the health professionals' perspective. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2011;19(6):1405–12.

¹³ Fenwick J, Jennings B, Downie J, Butt J, Okanaga M. Providing perinatal loss care: Satisfying and dissatisfying aspects for midwives. Women and Birth. 2007;20(4):153–60.

Jonas-Simpson C, Pilkington FB, MacDonald C, McMahon E. Nurses' experiences of grieving when there is a Perinatal death. SAGE Open. 2013;3(2):1–11.

Rochrs C, Masterson A, Alles R, Witt C, Rutt P. Caring for families coping with perinatal loss. JOGNN - J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2008;37(6):631–9.

Nurse-Clarke N, DiCicco-Bloom B, Limbo R. Application of caring theory to nursing care of women experiencing stillbirth. MCN Am J Matern child Nurs [Internet]. 2019;44(1):27–32.

¹⁴ Willis P. Nurses' Perspective on Caring for Women Experiencing Perinatal Loss. MCN, Am J Matern Nurs [Internet]. 2019;44(1):46–51.

Lemos L, DCunha A. Death in the maternity hospital: How health professionals deal with the loss. Psicol em Estud. 2015;20(1):13–22.

Petrites A, Mullan P, Spangenberg K, Gold K. You have no Choice but to go on: How Physicians and Midwives in Ghana Cope with High Rates of Perinatal Death. Matern Child Health J. 2016;20(7):1448–55.

Se reporta también que se presenta un riesgo de siete a nueve veces mayor de presentar depresión en el período posparto y un riesgo siete veces mayor de presentar síndrome de estrés postraumático que aquellas mujeres que tuvieron una hija u hijo vivo. Existe evidencia de que, tras una muerte fetal o neonatal, se llega a presentar ideación suicida, intentos de suicidio, ataques de pánico y fobias. Se estima que la duración de estos síntomas puede ser de hasta 4 años tras la pérdida en casi la mitad de los casos, es por ello que, los datos presentados en el apartado previo no reflejan el número de mujeres y familias que actualmente, sufren por este tipo de pérdida¹⁵. Aun cuando las mujeres han sido objeto de la mayoría de los estudios, debe quedar claro que las parejas y las familias ampliadas experimentan dolor, ansiedad, miedo y sufrimiento.

Socialmente, la muerte y el nacimiento son vistos como eventos separados que, ante un nacimiento sin vida, parecieran invalidarse, creando un tabú social, es decir, una situación moralmente inaceptable¹⁶.

Se ha documentado que, en el período posterior al fallecimiento de las hijas e hijos, las mujeres refieren la sensación de pérdida de una parte de sí mismas y es común que se perciba un cambio de actitud hacia la vida y hacia sus círculos sociales, los cuales tienden a evadir el tema y, de esta manera, invalidar el sentimiento de la mujer y su familia. Este tipo de duelos tiende a vivirse en soledad, lo cual torna la situación más compleja por la falta de apoyo emocional y por el tipo de atención recibida en las instituciones.

La mayoría de las investigaciones ha enfocado su mirada a las mujeres, sin embargo, hay que resaltar que para los padres es un evento traumático con un impacto psicológicamente significativo, los hombres vivencian sus duelos en silencio ya que se espera que sean apoyo y fortaleza para sus parejas¹⁷

¹⁵ Gaussia K, Moran A, Ali M, Ryder D, Fisher C, Koblinsky M. Psychological and social consequences among mothers suffering from perinatal loss: prespective from a low income country. *BMC Public Health* [Internet]. 2011;11(451):1–9.
Gold KJ, Leon I, Boggs ME, Sen A. Depression and Posttraumatic Stress Symptoms After Perinatal Loss in a Population-Based Sample. *J Women's Heal* [Internet]. 2016;25(3):263–9.
Heazell AEP, Siassakos D, Blencowe H, Burden C, Bhutta ZA, Cacciatore J, et al. Stillbirths: Economic and psychosocial consequences. *Lancet*. 2016;387(10018):604–16.

¹⁶ Cacciatore J, Defrain J, Jones KLC. When a baby dies: Ambiguity and stillbirth. *Marriage Fam Rev*. 2008;44(4):439–54.
Cacciatore J, Blood C, Kurker S. From “silent birth” to voices heard: Volunteering, meaning, and posttraumatic growth after stillbirth. *Illn Cris Loss*. 2018;26(1):23–39.
Cassidy P. Cuerpo y ontología: La muerte perinatal y su duelo en el panorama tecno-científico del sistema sanitario. *Teknokultura*. 2015;12(2):285–316.

¹⁷ Badenhurst W, Riches S, Turton P, Hughes P. Perinatal death and fathers. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2007;28(4):193.

En Sonora el estudio de Figueroa (2022) resalta que, tras el fallecimiento de las hijas e hijos, las mujeres sonorenses sufren depresión, síndrome de estrés postraumático, trastornos de sueño, crisis de ansiedad e incluso ideaciones suicidas, mucha de esta sintomatología se relaciona a la atención recibida en las instituciones de salud y con la falta de legitimidad social percibida por su entorno ¹⁸.

Estos escenarios originan campos que propician la aparición de sentimientos como culpa, vergüenza, ira y dolor. El estigma —percibido por las mujeres— por parte del entorno y de los profesionales de la salud se manifiesta con sentimientos de vergüenza, devaluación de la maternidad y discriminación. La culpa que se hace presente no se dirige únicamente a las mujeres, la culpa también se direcciona hacia los profesionales de la salud que atendieron sus casos¹⁹.

La reacción de la sociedad, así como de las y los profesionales de la salud parece responder a lo que Lovell en 1983 conceptualizó como la “jerarquía de la tristeza”, la cual alude a que, a mayor edad gestacional se espera un sufrimiento mayor, sin embargo, las mujeres no responden a esta jerarquía ya que, el sentimiento de dolor no está relacionado con la duración del embarazo o el tiempo de vida. Bajo esta premisa las mujeres con pérdidas tempranas del embarazo se ven minimizadas socialmente contra aquellas en las que, la muerte ocurre en etapas más avanzadas de la gestación y el dolor expresado por las mujeres queda legitimado por las semanas de gestación y no por el vínculo de los padres con sus hijas e hijos²⁰.

Las muertes fetales y neonatales rompen con el ciclo esperado de los eventos naturales: nacer y morir al mismo tiempo no están concebidos como

Koopmans L, Wilson T, Cacciatore J, Flenady V. Support for mothers , fathers and families after perinatal death (Review). Cochrane Database Syst Rev. 2013;1(2):22.

Mota C, Aldana E, Gómez M. El hombre frente al embarazo y la pérdida perinatal: una breve revisión teórica. Altern en Psicol. 2018;21(38):43.

¹⁸ Figueroa C. Maternidad y atención a las mujeres con muerte fetal en Hermosillo, Sonora. El Colegio de Sonora ; 2022.

¹⁹ Pollock D, Pearson E, Cooper M, Ziaian T, Foord C, Warland J. Voices of the unheard: A qualitative survey exploring bereaved parents experiences of stillbirth stigma. Women and Birth [Internet]. 2019;33(2):165–74. D

Gold KJ, Sen A, Leon I. Whose fault is it anyway? Guilt, blame, and death attribution by mothers after stillbirth or infant death. Illn Cris Loss. 2018;26(1):40–57.

²⁰ Lovell A. Some questions of identity: Late miscarriage, stillbirth and perinatal loss. Soc Sci Med. 1983;17(11):755–61.

eventos que se traslapen. La cultura a la que pertenece la mujer y su familia influye en gran medida en cómo se vive la muerte fetal, neonatal e infantil²¹.

El Estado mexicano ha ratificado una serie de compromisos internacionales en el marco de los objetivos globales para erradicar la pobreza, proteger el planeta y asegurar la prosperidad como parte de una agenda de desarrollo sostenible, conocidos como ODS de la Agenda 2030; en los que puede resaltarse el Objetivo 3 de Salud y Bienestar, así como el Objetivo 5 de Igualdad de Género. En los cuales se encomia a los Estados parte tanto a poner fin a todas las formas de discriminación contra las mujeres y las niñas en todo el mundo, así como a reducir la tasa mundial de mortalidad materna y neonatal.

El reconocimiento internacional de la importancia de reducir la mortalidad materna y neonatal, debe acompañarse de acciones concretas para atender las muertes que persisten y de garantizar el derecho de las mujeres que la padecen, de no vivir discriminación y violencia en ese contexto. Como parte de una visión integral en la que se dignifique y respete a las personas.

Es necesario crear espacios y estrategias que favorezcan la visibilización social de estos eventos, es necesario que la muerte de las hijas e hijos durante la gestación o al inicio de la vida deje de sufrirse en soledad y con incomprensión y pasen a un plano donde, sociedad e instituciones de salud, brinden apoyo y contención a las mujeres y sus familias.

Por lo anteriormente expuesto, resulta fundamental establecer el día 15 de octubre de cada año como el “*DÍA ESTATAL DE CONCIENTIZACIÓN SOBRE LA MUERTE FETAL, NEONATAL E INFANTIL*” a fin de honrar la memoria y homenajear a las y los bebés que fallecieron en etapa de gestación, parto o después de nacer, así como el respaldo a todas aquellas madres y padres de familia que sufrieron un proceso de pérdida y duelo a causa de alguna de las situaciones que dan lugar a la presente iniciativa. A pesar de que esta conmemoración no está oficialmente legislada en México, familias y organizaciones de todo el mundo se reúnen el 15 de octubre para promover y concientizar sobre esta problemática, ya que estadísticas mencionan que 1 de

²¹ Mendoza-Luján JE. Impacto social de la muerte perinatal: aspectos antropológicos. *Perinatol y Reprod humana* [Internet]. 2014;28(2):108–13.

cada cuatro mujeres no llegan a término de un embarazo. En caso de ser aprobado, Sonora se convertiría en el primer estado en conmemorar este día concientizando, visibilizando y rompiendo el silencio de la muerte gestacional.

También, es de suma importancia que, de manera obligatoria, todas las instituciones de salud instauren protocolos para la atención integral y multidisciplinaria de la muerte fetal y perinatal, a fin de garantizar el trato digno; el respeto y la protección de los derechos humanos y el bienestar físico, psíquico y emocional de las mujeres, así como de las personas que las acompañen. En todo momento se debe de asegurar el trato digno y respetuoso de las mujeres y sus familias ante el fallecimiento de sus hijas e hijos, las instituciones deben capacitar a sus trabajadores y adecuar las instalaciones para que, las mujeres y sus familias puedan tener un espacio que brinde privacidad y permita el acompañamiento, un espacio que facilite tener momentos de despedida con las hijas e hijos, además de que es necesario atender la salud mental de mujeres y familias en la etapa posterior.

En el aspecto laboral los días otorgados de licencia tras la pérdida de los hijos son pocos o nulos. Cuando las mujeres solicitan un alta voluntaria, con la finalidad de poder acudir a los servicios funerarios de sus hijas e hijos, pierden sus derechos de incapacidad y se ven en la necesidad de regresar al trabajo de manera inmediata. La posibilidad de incapacidad dependerá, en gran manera, del médico que atienda el caso y de las semanas de gestación en la cual ocurre la pérdida, es necesario legislar en ese sentido para que todas las mujeres tengan igualdad de oportunidades en relación a recibir la incapacidad correspondiente.

Con el fin de ofrecer más claridad en los planteamientos y argumentos de las modificaciones que conforman la presente iniciativa, es necesario exponer un cuadro comparativo relacionado con la ley y el articulado vigente que se propone reformar, adicionar o derogar:

LEY DE SALUD DEL ESTADO DE SONORA

TEXTO VIGENTE	TEXTO PROPUESTO
ARTICULO 50.- La atención materno-infantil tiene carácter preferente y comprende las siguientes acciones:	ARTICULO 50.- La atención materno-infantil tiene carácter preferente y comprende las siguientes acciones:

<p>I.- La atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, brindando especial atención a la transmisión del VIH/Sida y otras infecciones de transmisión sexual en mujeres embarazadas, a fin de evitar la transmisión perinatal;</p> <p>II. a IV. ...</p>	<p>I.- La atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, incluyendo los casos en los que haya muerte fetal o perinatal. Se deberá de brindar especial atención a la transmisión del VIH/Sida y otras infecciones de transmisión sexual en mujeres embarazadas, a fin de evitar la transmisión perinatal;</p> <p>II. a IV. ...</p>
<p>SIN CORRELATIVO</p>	<p>Artículo 51 Bis 2. Durante el trabajo de parto y el puerperio, incluyendo los casos en los que haya muerte fetal o perinatal, las mujeres tendrán derecho a ser acompañadas por la persona de su confianza y elección, salvo por razones de seguridad sanitaria o porque se derive de ello un riesgo clínicamente justificado, en cuyo caso deberá facilitarse la comunicación remota.</p>
<p>ARTICULO 52.- Las autoridades sanitarias, las educativas y las laborales, en sus respectivos ámbitos de competencia, apoyarán y fomentarán:</p> <p>I.- Los programas para padres, destinados a promover la atención materno-infantil;</p> <p>II.- ...</p> <p>III.- La vigilancia de actividades ocupacionales que puedan poner en peligro la salud física y mental de los menores y de las mujeres embarazadas;</p>	<p>ARTICULO 52.- Las autoridades sanitarias, las educativas y las laborales, en sus respectivos ámbitos de competencia, apoyarán y fomentarán:</p> <p>I.- Los programas para madres y padres, destinados a promover la atención materno-infantil;</p> <p>II.- ...</p> <p>III.- La vigilancia de actividades ocupacionales que puedan poner en peligro la salud física y mental de las personas menores de edad y de las mujeres embarazadas;</p>

V.- Acciones de orientación y vigilancia institucional, capacitación y fomento para la lactancia materna y amamantamiento, incentivando a que la leche materna sea alimento exclusivo durante seis meses y complementario hasta avanzado el segundo año de vida y, en su caso, la ayuda alimentaria directa tendiente a mejorar el estado nutricional del grupo materno infantil;

VI. Las demás que coadyuven a la protección de la salud materno-infantil; y

VII.- La prevención y control de la salud sexual y de los embarazos en las niñas y adolescentes en el Estado.

V.- Acciones de orientación y vigilancia institucional, capacitación y fomento para la lactancia materna y amamantamiento, incentivando a que la leche materna sea alimento exclusivo durante seis meses y complementario hasta avanzado el segundo año de vida y, en su caso, la ayuda alimentaria directa tendiente a mejorar el estado nutricional del grupo materno infantil, **además de impulsar, la instalación de salas de lactancia en los centros de trabajo de los sectores público y privado.**

En casos de muerte fetal o perinatal, las mujeres tendrán derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como la orientación necesaria tanto de los procesos de inhibición fisiológica o farmacológica de la lactancia como de los correspondientes a la donación de leche humana;

VI. La instalación de un banco de leche humana en algún establecimiento de salud que cuente con servicios neonatales. Dicho banco deberá de contar con los protocolos necesarios para recibir leche humana de mujeres en periodo de lactancia que tengan un excedente de producción láctea, así como mujeres con pérdida fetal o perinatal;

VII.- Acciones para la atención integral y multidisciplinaria de la muerte fetal y perinatal, a fin de garantizar el trato digno; el respeto y la protección de los derechos humanos, y el bienestar físico, psíquico y emocional de las mujeres, así

	<p>como de las personas que las acompañen, en términos de la normatividad que para tal efecto emita la Secretaría de Salud.</p> <p>Se deberá de colocar a la paciente en una habitación o área separada, su expediente o habitación deben distinguirse de alguna manera que permita alertar al personal de salud o familiares que están ante un caso de muerte fetal y perinatal.</p> <p>Las autoridades sanitarias capacitarán al personal profesional, auxiliar y técnico de la salud para abordar integralmente, con sentido ético, respetuoso y humanitario, la muerte fetal y perinatal.</p> <p>VIII.- Acciones para abordar, con sentido ético, respetuoso y humanitario, la muerte fetal y perinatal.</p> <p>El destino de los restos del feto fallecido, será decisión de los padres, en términos de la Ley General de Salud y demás normatividad aplicable.</p> <p>IX.- Las demás que coadyuven a la protección de la salud materno-infantil; y</p> <p>X.- La prevención y control de la salud sexual y de los embarazos en las niñas y adolescentes en el Estado.</p>
--	--

LEY DEL SERVICIO CIVIL

TEXTO VIGENTE	TEXTO PROPUESTO
ARTÍCULO 26.- Las mujeres disfrutarán, con goce de salario íntegro, de cuatro semanas de descanso antes de la fecha que aproximadamente se fije para el parto o	ARTÍCULO 26.- Las mujeres disfrutarán, con goce de salario íntegro, de cuatro semanas de descanso antes de la fecha que aproximadamente se fije para el parto o

adopción, y de otras diez semanas después del mismo, o de la fecha en que se otorgue legalmente la adopción. Durante la lactancia podrá tener dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno, para alimentar a sus hijos, sean biológicos o por adopción, o en su caso el tiempo equivalente acordado con la autoridad responsable, en lugar adecuado e higiénico que designe la institución o dependencia y tendrán acceso a la capacitación y fomento para la lactancia materna y amamantamiento, incentivando a que la leche materna sea alimento exclusivo durante seis meses y complementario hasta avanzado el segundo año de edad.

adopción, y de otras diez semanas después del mismo, o de la fecha en que se otorgue legalmente la adopción. **En caso de muerte fetal o perinatal, las trabajadoras tendrán derecho al mismo número de semanas de descanso posteriores al parto.** Durante la lactancia podrá tener dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno, para alimentar a sus hijos, sean biológicos o por adopción, o en su caso el tiempo equivalente acordado con la autoridad responsable, en lugar adecuado e higiénico que designe la institución o dependencia y tendrán acceso a la capacitación y fomento para la lactancia materna y amamantamiento, incentivando a que la leche materna sea alimento exclusivo durante seis meses y complementario hasta avanzado el segundo año de edad.

Por lo anteriormente expuesto y en apego a lo que señalan los artículos 53, fracción III, de la Constitución Política del Estado de Sonora y 32, fracción II, de la Ley Orgánica del Poder Legislativo de la misma entidad, sometemos a consideración del Pleno de este Congreso, las siguientes iniciativas con proyecto de:

LEY

QUE DECLARA EL 15 DE OCTUBRE COMO EL “DÍA ESTATAL DE CONCIENTIZACIÓN SOBRE LA MUERTE GESTACIONAL, NEONATAL E INFANTIL.”

Artículo Único. - El Congreso del Estado de Sonora, declara el 15 de octubre como el “**DÍA ESTATAL DE CONCIENTIZACIÓN SOBRE LA MUERTE FETAL, NEONATAL E INFANTIL**”

TRANSITORIOS

ARTÍCULO PRIMERO. - La presente Ley entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Boletín Oficial del Gobierno del Estado de Sonora.

ARTÍCULO SEGUNDO. - Los poderes Legislativo, Ejecutivo y Judicial y los Ayuntamientos, que así acuerden hacerlo, establecerán las estrategias, mecanismos y acciones que resulten conducentes, para conmemorar el 15 de octubre de cada año como el “DÍA ESTATAL DE CONCIENTIZACIÓN SOBRE LA MUERTE FETAL, NEONATAL E INFANTIL”.

Con fundamento en el artículo 124, fracción III de la Ley Orgánica del Poder Legislativo del Estado de Sonora, se solicita que el presente asunto sea considerado de urgente u obvia resolución y se dispense el trámite de comisión, para que sea discutido y decidido, en su caso, en esta misma sesión ordinaria.

DECRETO

QUE REFORMA Y ADICIONA DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY DE SALUD DEL ESTADO DE SONORA Y DE LA LEY DEL SERVICIO CIVIL

ARTÍCULO PRIMERO. - Se reforman las fracciones I del artículo 50; la I, III, IV, V, VI del artículo 52; se adiciona el artículo 51 bis 2; y se adiciona la fracción VII, VIII, IX y X al artículo 52, todos de la Ley de Salud del Estado de Sonora, para quedar como sigue:

ARTICULO 50.- La atención materno-infantil tiene carácter preferente y comprende las siguientes acciones:

I.- La atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, incluyendo los casos en los que haya muerte fetal o perinatal. Se deberá de brindar especial atención a la transmisión del VIH/Sida y otras infecciones de transmisión sexual en mujeres embarazadas, a fin de evitar la transmisión perinatal;

II. a IV. ...

Artículo 51 Bis 2. Durante el trabajo de parto y el puerperio, incluyendo los casos en los que haya muerte fetal o perinatal, las mujeres tendrán derecho a ser acompañadas por la persona de su confianza y elección, salvo por razones de seguridad sanitaria o porque se derive de ello un riesgo clínicamente justificado, en cuyo caso deberá facilitarse la comunicación remota.

ARTICULO 52.- Las autoridades sanitarias, las educativas y las laborales, en sus respectivos ámbitos de competencia, apoyarán y fomentarán:

I.- Los programas para madres y padres, destinados a promover la atención materno-infantil;

II.- ...

III.- La vigilancia de actividades ocupacionales que puedan poner en peligro la salud física y mental de las personas menores de edad y de las mujeres embarazadas;

V.- Acciones de orientación y vigilancia institucional, capacitación y fomento para la lactancia materna y amamantamiento, incentivando a que la leche materna sea alimento exclusivo durante seis meses y complementario hasta avanzado el segundo año de vida y, en su caso, la ayuda alimentaria directa tendiente a mejorar el estado nutricional del grupo materno infantil, además de impulsar, la instalación de salas de lactancia en los centros de trabajo de los sectores público y privado.

En casos de muerte fetal o perinatal, las mujeres tendrán derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como la orientación necesaria tanto de los procesos de inhibición fisiológica o farmacológica de la lactancia como de los correspondientes a la donación de leche humana;

VI. La instalación de un banco de leche humana en algún establecimiento de salud que cuente con servicios neonatales. Dicho banco deberá de contar con los protocolos necesarios para recibir leche humana de mujeres en periodo de lactancia que tengan un excedente de producción láctea, así como mujeres con pérdida fetal o perinatal;

VII.- Acciones para la atención integral y multidisciplinaria de la muerte fetal y perinatal, a fin de garantizar el trato digno; el respeto y la protección de los derechos humanos, y el bienestar físico, psíquico y emocional de las mujeres, así como de las personas que las acompañen, en términos de la normatividad que para tal efecto emita la Secretaría de Salud.

Se deberá de colocar a la paciente en una habitación o área separada, su expediente o habitación deben distinguirse de alguna manera que permita alertar al personal de salud o familiares que están ante un caso de muerte fetal y perinatal.

Las autoridades sanitarias capacitarán al personal profesional, auxiliar y técnico de la salud para abordar integralmente, con sentido ético, respetuoso y humanitario, la muerte fetal y perinatal.

VIII.- Acciones para abordar, con sentido ético, respetuoso y humanitario, la muerte fetal y perinatal.

El destino de los restos del feto fallecido, será decisión de los padres, en términos de la Ley General de Salud y demás normatividad aplicable.

IX.- Las demás que coadyuven a la protección de la salud materno-infantil; y

X.- La prevención y control de la salud sexual y de los embarazos en las niñas y adolescentes en el Estado.

ARTÍCULO SEGUNDO. - Se reforma el artículo 26 de la Ley de Servicio Civil, para quedar como sigue:

ARTÍCULO 26.- Las mujeres disfrutarán, con goce de salario íntegro, de cuatro semanas de descanso antes de la fecha que aproximadamente se fije para el parto o adopción, y de otras diez semanas después del mismo, o de la fecha en que se otorgue legalmente la adopción. **En caso de muerte fetal o perinatal, las trabajadoras tendrán derecho al mismo número de semanas de descanso posteriores al parto.** Durante la lactancia podrá tener dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno, para alimentar a sus hijos, sean biológicos o por adopción, o en su caso el tiempo equivalente acordado con la autoridad responsable, en lugar adecuado e higiénico que designe la institución o dependencia y tendrán acceso a la capacitación y fomento para la lactancia materna y amamantamiento, incentivando a que la leche materna sea alimento exclusivo durante seis meses y complementario hasta avanzado el segundo año de edad.

TRANSITORIOS

ARTÍCULO PRIMERO. - El presente Decreto entrará en vigor al día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial del Gobierno del Estado de Sonora.

A T E N T A M E N T E

Hermosillo, Sonora a 12 de octubre de 2022.

“POR UN MÉXICO EN MOVIMIENTO”

GRUPO PARLAMENTARIO DE MOVIMIENTO CIUDADANO

DIP. ROSA ELENA TRUJILLO LLANES

DIP. NATALIA RIVERA GRIJALVA
DIP. ERNETO DE LUCAS HOPKINS
DIP. JORGE EUGENIO RUSSO SALIDO