

INICIATIVA QUE REFORMA Y ADICIONA LOS ARTÍCULOS 61 Y 64 DE LA LEY GENERAL DE SALUD, EN MATERIA DE TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA, SUSCRITA POR LAS DIPUTADAS NAYELI ARLEN FERNÁNDEZ CRUZ Y SANTY MONTEMAYOR CASTILLO, INTEGRANTES DE LOS GRUPOS PARLAMENTARIOS DEL PVEM Y DE MORENA, RESPECTIVAMENTE

Las que suscriben, diputada Nayeli Arlen Fernández Cruz, integrante del Grupo Parlamentario del Partido Verde Ecologista de México, y la diputada Santy Montemayor Castillo, integrante del Grupo Parlamentario de Morena, de la LXVI Legislatura de la Cámara de Diputados del honorable Congreso de la Unión, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 71, fracción II, y 72 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y en los artículos 6, numeral 1, fracción I, 77 y 78 del Reglamento de la Cámara de Diputados, somete a consideración de esta asamblea la presente iniciativa con proyecto de decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones **de la Ley General de Salud, en materia de técnicas de reproducción humana asistida**, al tenor de la siguiente.

Exposición de Motivos

En México, la infertilidad se ha convertido en un desafío significativo para muchas parejas. Investigaciones de la UNAM señalan que, aproximadamente el 15 por ciento de las parejas en edad reproductiva enfrenta dificultades para concebir,¹ lo que ha llevado a un aumento en la demanda de Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA), se trata de intervenciones que incluyen el manejo in vitro de ovocitos y espermatozoides humanos o de embriones para la reproducción. En México, a pesar de que desde hace más de cuatro décadas se realizan TRHA en clínicas y hospitales públicos y privados, hasta este momento no existe un marco normativo integral que regule, a nivel general, el acceso a estos procedimientos reproductivos y su práctica. Esto produce incertidumbre jurídica para las partes involucradas, y abre la puerta a actos arbitrarios y discriminatorios contra quienes buscan servicios de reproducción asistida. También plantea serias preocupaciones éticas y de salud.

La infertilidad es una condición que puede tener múltiples causas, desde factores biológicos hasta cuestiones ambientales y sociales. La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2023 señala que, en México, la tasa de fecundidad de las mujeres entre 15 y 49 años fue de 1.60 hijas e hijos. Descendió con respecto a 2018, año en el que se estimó en 2.07.² Este 2024 se confirma un freno a la fecundidad en todas las entidades federativas. Es muy visible el avance en las tasas de fecundidad: de tener 6.5 hijas/os por mujer hace cinco décadas, las mujeres mexicanas de hoy tienen menos de 2 hijas/os en promedio.³

El freno de la fecundidad se debe a diversos factores; entre estos se encuentra la infertilidad. La cual ha crecido en México y el mundo; se habla que en el caso de México el 60 por ciento de los casos son debidos a factores femeninos, 30 por ciento a factores masculinos y 10 por ciento a desórdenes de ambos cónyuges. Son varias las causas de la infertilidad femenina, tales como los desórdenes de la ovulación, daño de las trompas de Falopio, endometriosis y factores uterinos o cervicales. El factor endocrino-ovárico es la causa de infertilidad más frecuente (35 por ciento), entre los cuales el síndrome de ovario poliquístico es la alteración más común (43 por ciento). El factor tuboperitoneal constituye el 28 por ciento de las causas de infertilidad, seguido del factor masculino (26 por ciento).⁴

En los últimos años se ha avanzado en las diferentes técnicas de reproducción asistida. Investigadores hallaron que en el 2016 ya habían nacido más de 6 millones de bebés producto de la fecundación in vitro (IVF). El avance en las técnicas ha ido acompañado de un crecimiento significativo en el número de clínicas que ofrecen tratamientos de fertilidad. Según un estudio realizado por la Asociación Mexicana para la Salud Sexual (AMSS), se registraron más de 20,000 ciclos de FIV realizados en clínicas privadas en 2023.

En México, desde finales de la década de los 80 se crearon clínicas de reproducción asistida en hospitales de los sectores público y privado. La expansión de los centros en los que se practican estos procedimientos y el elevado número de niñas y niños que han sido concebidos con este tipo de ayuda, a pesar de que no hay cifras oficiales y precisas, revela que cada día más personas recurren a Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA). A pesar del aumento, hasta este momento no se cuenta con una regulación en la materia que norme los aspectos generales del acceso y provisión de estos servicios.

En ese sentido, cabe destacar que la falta de un marco normativo adecuado no sólo expone a las mujeres a riesgos médicos innecesarios, sino que también puede dar lugar a prácticas abusivas y a la violencia obstétrica; misma que se define como cualquier acto u omisión que degrada o daña el cuerpo y/o la salud reproductiva de la mujer gestante durante el embarazo, parto y postparto, y que, por tanto, atenta contra su dignidad e integridad física y emocional. Lo anterior, aplica también para procedimientos de embarazo asistido o fertilización in vitro, que implica un proceso complejo que consta de varias etapas críticas, como son:

1. Estimulación ovárica

Se inicia con la administración de medicamentos hormonales para inducir una ovulación múltiple, lo que permite la producción de varios folículos en los ovarios. Durante esta fase, se realiza un seguimiento ecográfico para evaluar el desarrollo de los folículos, y cuando alcanzan un tamaño adecuado (17-21 mm), se programa la punción ovárica.

2. Punción ovárica

Este procedimiento se realiza bajo sedación y consiste en extraer los óvulos maduros mediante una punción vaginal guiada por ecografía. La intervención dura aproximadamente 30 minutos y es ambulatoria. El líquido folicular obtenido se envía al laboratorio para identificar y clasificar los ovocitos.

3. Fertilización

En el laboratorio, los óvulos extraídos se fecundan con espermatozoides seleccionados. Esto puede hacerse mediante dos métodos: (1) fertilización convencional: se mezclan los óvulos con una cantidad adecuada de espermatozoides en una placa de Petri; y (2) inyección intracitoplasmática de espermatozoides, donde un solo espermatozoide se inyecta directamente en un óvulo, lo que es especialmente útil en casos de problemas de fertilidad masculina. Los embriones resultantes se cultivan durante 2 a 3 días, durante los cuales se monitorea su desarrollo.

4. Transferencia de embriones

Los embriones seleccionados se transfieren al útero entre el segundo y quinto día después de la punción ovárica. Este procedimiento se realiza sin anestesia y no requiere ayuno previo. Después de la transferencia, la paciente debe reposar durante aproximadamente 24 horas.

Es preciso indicar que la fecundación in vitro puede utilizar óvulos y espermatozoides de la pareja o de donantes, y también permite realizar diagnósticos genéticos preimplantacionales para reducir el riesgo de enfermedades hereditarias. Las tasas de éxito varían según factores como la edad y la causa de infertilidad, pero generalmente oscilan entre el 30 por ciento y 40 por ciento por ciclo.

Como se ha señalado, la falta de un marco normativo desencadena en una violación de los derechos sexuales y reproductivos que son parte de los derechos humanos y están contenidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. A este respecto, la Organización de las Naciones Unidas ha señalado que, *“Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en leyes nacionales, documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos aprobados por consenso.”* Estos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y a disponer de la información y de los medios para ello, así como el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones o violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos.”⁵

Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello, y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos.

La creciente demanda por tratamientos de fertilización asistida en México pone de manifiesto la urgente necesidad de establecer un marco claro que proteja los derechos y la salud integral de las mujeres; pues la falta actual de regulación no sólo plantea riesgos éticos y médicos significativos, sino que también perpetúa situaciones abusivas dentro del sistema de salud.

Es fundamental aprender de las experiencias internacionales exitosas para desarrollar políticas efectivas que garanticen prácticas seguras, éticas e inclusivas en el ámbito del embarazo asistido y la fertilización in vitro. La implementación de estas medidas no solo beneficiará a las pacientes individuales, sino que también contribuirá al bienestar general del sistema sanitario mexicano al fomentar una atención más ética y centrada en el paciente.

La Corte Interamericana sobre Derechos Humanos, en el caso Grettel Artavia Murillo y otras (“Fecundación In Vitro”) vs. Costa Rica, ordenó diversas medidas de reparación:

1. El Estado debe adoptar, con la mayor celeridad posible, las medidas apropiadas para que quede sin efecto la prohibición de practicar la FIV y para que las personas que deseen hacer uso de dicha técnica de reproducción asistida puedan hacerlo sin encontrar impedimentos al ejercicio de los derechos que fueron encontrados vulnerados en la presente sentencia.
2. El Estado debe regular, a la brevedad, los aspectos que considere necesarios para la implementación de la FIV, teniendo en cuenta los principios establecidos en la presente Sentencia, y debe establecer sistemas de inspección y control de calidad de las instituciones o profesionales calificados que desarrollen este tipo de técnica de reproducción asistida.
3. El Estado debe incluir la disponibilidad de la FIV dentro de sus programas y tratamientos de infertilidad en su atención de salud, de conformidad con el deber de garantía respecto al principio de no discriminación. El Estado deberá informar cada seis meses sobre las medidas adoptadas para poner gradualmente estos servicios a disposición de quienes lo requieran y de los planes diseñados para este efecto.
4. El Estado debe brindar a las víctimas atención psicológica gratuita y de forma inmediata, hasta por cuatro años, a través de sus instituciones estatales de salud especializadas, de conformidad con lo establecido en el párrafo 326 de la presente Sentencia.
5. El Estado debe implementar programas y cursos permanentes de educación y capacitación en derechos humanos, derechos reproductivos y no discriminación, dirigidos a funcionarios judiciales de todas las áreas y escalafones de la rama judicial.⁶

En este sentido, la Corte estableció que el derecho a la vida privada incluye la decisión de ser madre o padre en el sentido genético o biológico, siendo la posibilidad de procrear parte del derecho a fundar una familia. Además, señaló que el derecho a la vida privada se relaciona con la autonomía reproductiva, y el acceso a servicios de salud reproductiva, lo cual involucra el derecho de acceder a la tecnología médica necesaria para ejercer ese derecho. También establece que el Estado debe regular, a la brevedad, los aspectos que considere necesarios para la implementación de la FIV.

La libre decisión reproductiva no implica exclusivamente la garantía de acceso a esquemas anticonceptivos, tema en el cual nuestro país ha avanzado sustancialmente, sino que también comprende la obligación del Estado de promover lo conducente para que todas las personas tengan acceso a los mecanismos necesarios para ejercer su derecho a la procreación, lo que incluye a la reproducción humana asistida.

La reproducción humana asistida ya ha sido materia de legislación en otros países, entre los cuales destacan Inglaterra, Francia, Estados Unidos, España y Argentina. Esas leyes coinciden en el objetivo de garantizar el derecho de las personas de procrear y regular prácticas que, tal y como sucede hoy en México, antes se llevaban a cabo sin el suficiente control y vigilancia.

En Argentina, los costosos tratamientos, que antes debían ser abonados por las personas que buscaban tener un hijo, a partir de 2013 fueron brindados gratuitamente por las obras sociales, los seguros médicos privados y el sistema de salud público. Así, Argentina se convierte en el primer país de América Latina que garantiza el acceso ilimitado de sus ciudadanos a un nuevo tipo de derecho: el de la fertilidad.

La Ley 26.862 establece que toda persona mayor de edad, cualquiera sea su orientación sexual o estado civil, tenga obra social, prepaga o se atienda en el sistema público de salud, puede acceder de forma gratuita e igualitaria a las técnicas y procedimientos realizados con asistencia médica para lograr el embarazo. En el 2019, se realizaron aproximadamente 21 mil tratamientos y la tasa de nacimientos rondaba el 24 por ciento. El sistema tenía capacidad para triplicar esa cantidad de terapias.⁷

En España, la Ley de Reproducción Asistida de 2006, Ley 14/2006, derogó la reglamentación anterior, proporcionando un marco legal más completo y actualizado para la reproducción asistida en España. Esta legislación se creó con el objetivo de regular y establecer los límites éticos y legales en el ámbito de la reproducción asistida, protegiendo los derechos de las personas involucradas, así como la salud y el bienestar de la descendencia concebida mediante estas técnicas. Es importante señalar que la Ley en referencia a las técnicas de reproducción humana asistida dicta que las usuarias de dichos procesos deberán ser siempre mayores de edad y, aunque la legislación no establece un límite, la Sociedad Española de Fertilidad (SEF) recomienda que sean los 50 años. En España por norma general no se realizan tratamientos a mujeres que superan esa edad. Por su parte, solo podrán llevar a cabo las técnicas permitidas de reproducción asistida los centros autorizados. Se considera que estos reúnen unas condiciones óptimas y cumplen con unos rigurosos estándares de calidad, de acuerdo con los criterios de las auditorías sanitarias realizadas por los organismos competentes.⁸

En nuestro país, ante el incremento del número de mujeres y hombres que se ven afectados por la infertilidad, se ha convertido en una imperiosa necesidad que el Estado Mexicano de certeza para que los individuos que acuden a las técnicas de reproducción asistida cuenten con seguridad jurídica, obligando a los hospitales, clínicas y establecimientos de salud en los que se llevan a cabo estas prácticas a que cumplan con las especificaciones y requerimientos necesarios que permitan garantizar que los servicios que se presten sean de calidad y se obtengan los mejores resultados posibles.

En este sentido, la regulación del embarazo asistido y la fertilización in vitro es esencial para proteger los derechos humanos y la salud integral de las mujeres en México, así como para empoderar a las mujeres en su derecho a decidir sobre sus cuerpos y sus vidas reproductivas, asegurando que tengan acceso a información precisa, atención respetuosa y apoyo integral durante todo el proceso reproductivo. Por ello, la implementación de esta iniciativa no sólo contribuirá a mejorar los estándares médicos, sino que también fomentará un entorno más seguro y respetuoso para todas las pacientes. En ese orden, al aprender de las experiencias internacionales exitosas y abordar los problemas existentes en nuestro país, podemos avanzar hacia una atención médica más justa e inclusiva.

Por todo lo aquí expuesto, someto a la consideración de esta honorable asamblea el siguiente proyecto de

Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, en materia de técnicas de reproducción humana asistida

Artículo Único. Se adicionan reforman y adicionan los artículos 61 y 64 de la Ley General de Salud, para quedar como sigue:

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 **en el caso de la aplicación de técnicas de reproducción humana asistida desde la estimulación ovárica hasta el puerperio** y del embarazo, parto, postparto 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:

I. La atención integral de la mujer durante, embarazo, el parto y el puerperio, **así como en la aplicación de técnicas de reproducción humana asistida** incluyendo la atención psicológica que requiera;

II. a VI. ...

VII. La protección de la mujer a lo largo del proceso de aplicación de técnicas de reproducción humana asistida, que incluye desde la estimulación ovárica, la punción ovárica, la fertilización, la transferencia de embriones, hasta el parto y puerperio.

VII Bis. Garantizar un procedimiento que sea seguro, plenamente informado y consentido, asegurando la correcta ejecución de cada etapa, así como promoviendo las acciones y medidas pertinentes para prevenir cualquier forma de violencia obstétrica durante los procesos de aplicación de técnicas de reproducción humana asistida.

VII Ter. Prohibir que se efectúe cualquier procedimiento adicional a los requeridos por las mujeres involucradas en procesos materno-infantiles sin la autorización previa e informada de la paciente, asegurando que se le brinde toda la información pertinente sobre el proceso, de modo que su decisión sea debidamente consciente e informada.

Artículo 64.- En la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, las autoridades sanitarias competentes establecerán:

I. a IV. ...

V. Lineamientos y protocolos para la atención y oportuna supervisión de todas las etapas que comprenden los procesos de aplicación de técnicas de reproducción humana asistida, garantizando que éstos se lleven a cabo de manera segura, informada y consentida. De modo que se prevenga y mitigue cualquier forma de violencia obstétrica durante el proceso y que pongan en riesgo la salud física, sexual y psicológica de la paciente.

Transitorios

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

Segundo. La Secretaría de Salud y las autoridades competentes deberán establecer las disposiciones reglamentarias para armonizar lo dispuesto en el presente decreto.

Notas

1 Véase, UNAM, Gaceta UNAM, “Multifactorial, aumento de infertilidad humana”, 11 de enero de 2024. Disponible en: <https://www.gaceta.unam.mx/multifactorial-aumento-de-infertilidad-human-a/>. Consultado el: 16 de octubre de 2024.

2 Véase, INEGI, “Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (Enadid) 2023”. Comunicado de prensa número 305/24 de fecha 22 de mayo de 2024. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2024/ENADID/ENADID2023.pdf>

3 Véase, Conapo, “11 de julio. Día Mundial de la Población, 2024”. Comunicado 11 de julio de 2024. Disponible en: <https://www.gob.mx/conapo/prensa/11-de-julio-dia-mundial-de-la-poblacion-2024?idiom=es>

4 Véase, Revista Mexicana de Ciencias, “Estudio de la carga económica de la infertilidad femenina por anovulación en un hospital público de México: estudio piloto” Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S187001952012000200008#:~:text=En%20M%C3%A9xico%20el%20factor%20endocrino,del%20factor%20masculino%20\(26%25\)](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S187001952012000200008#:~:text=En%20M%C3%A9xico%20el%20factor%20endocrino,del%20factor%20masculino%20(26%25)).

5 Véase, ONU, “Derechos sexuales y reproductivos”. Disponible en: <https://hchr.org.mx/historias-destacadas/derechos-sexuales-y-reproductivos-2/>. Fecha de consulta: 21 de octubre de 2024.

6 Véase, Reparando derechos, “Caso Artavia Murillo y otros (Fecundación in Vitro) vs. Costa Rica”, reportaje de fecha 20 de enero de 2023. Disponible en: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/reparando-derechos/Caso-Artavia-Murillo.html>

7 Véase, CAEME, “Tasas de éxito en tratamientos de reproducción asistida”, 9 de septiembre de 2019. Disponible en: <https://www.caeme.org.ar/tasas-de-exito-en-tratamientos-de-reproduccion-asistida/>

8 Véase, Boletín Oficial del Estado, “Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida” Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-9292>.

Dado en el Palacio Legislativo de San Lázaro, a 18 de febrero de 2025.

Diputadas: Nayeli Arlen Fernández Cruz (rúbrica), Santy Montemayor Castillo.

SIL