



**DIP. JUAN ANTONIO MAGAÑA DE LA MORA
PRESIDENTE DE LA MESA DIRECTIVA DEL HONORABLE
CONGRESO DEL ESTADO DE MICHOACÁN DE OCAMPO.
P R E S E N T E. –**

MA. FABIOLA ALANÍS SÁMANO, MARÍA ITZÉ CAMACHO ZAPIAIN, GIULIANNA BUGARINI TORRES, NALLELI JULIETA PEDRAZA HUERTA, BELINDA ITURBIDE DÍAZ, SANDRA OLIMPIA GARIBAY ESQUIVEL Y JUAN CARLOS BARRAGÁN VÉLEZ, Diputados integrante de la Septuagésima Sexta Legislatura del Congreso del Estado de Michoacán, e integrantes del grupo parlamentario del partido MORENA, de conformidad con lo establecido en los artículos 36, fracción II y V de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Michoacán de Ocampo; y, 8, fracción II; 234 y 235 de la Ley Orgánica y de Procedimientos del Congreso del Estado de Michoacán de Ocampo; me permito someter a consideración de este Honorable Congreso la presente ***iniciativa con proyecto de decreto por el que se reforma el artículo 2º de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Michoacán de Ocampo; y se adicionan los artículos 6º-A, 6º-B, 6º-C, 6º-D, 6º-E, 6º-F, 6º-G, 6º-H, 6º-I y 6º-J, de la Ley de Salud del Estado de Michoacán de Ocampo,*** en base a la siguiente:

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

"La posibilidad de las mujeres para tomar decisiones libres para ellas y sus familias no debe ser un privilegio reservado para las mujeres con recursos, sino que debe ser un derecho de cada mujer y cada niña de todo el mundo. Lo mismo sucede con el derecho a la salud y a la no discriminación"

Grupo de expertos en derechos humanos de las Naciones Unidas 2017



Cada año se provocan cerca de 73 millones de abortos en todo el mundo. El 61% de los embarazos no deseados (y, en conjunto, el 29% del total de embarazos) se interrumpen voluntariamente¹.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la atención integral para el aborto es una de las intervenciones esenciales de la atención de salud, organización que también señala que el aborto, ya sea farmacológico o quirúrgico, es una intervención sencilla que pueden practicar una amplia gama de trabajadores de la salud y que durante las 12 primeras semanas de gestación, la embarazada puede abortar en su domicilio o sin necesidad de acudir a un establecimiento de salud, al menos durante parte del proceso. Sin embargo, también precisa que para que ello sea posible se deben proporcionar información detallada, medicamentos de calidad y el apoyo de un profesional de la salud cualificado, en el caso de que la gestante lo necesite o lo solicite durante el proceso.

El aborto es seguro si se utiliza un método recomendado por la OMS que resulta también adecuado teniendo en cuenta el tiempo de embarazo y lo practica una persona que posee los conocimientos necesarios.

Sin embargo, cuando una mujer que está embarazada sin haberlo deseado encuentra obstáculos para que se le presten servicios de atención al aborto oportunos, seguros, asequibles, de calidad, respetuosos, no discriminatorios y a una distancia razonable se expone a riesgos si decide abortar.

De acuerdo con la misma OMS, el 45% de los abortos provocados en el mundo entre 2010 y 2014 fueron peligrosos y, de ellos, una tercera parte tuvieron lugar en condiciones de gran

¹ Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller A-B, Tunçalp Ö, Beavin C et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *Lancet Glob Health*. 2020 Sep; 8(9):e1152-e1161. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30315-6.



peligrosidad, es decir fueron practicados por personas sin formación mediante métodos dañinos y cruentos.

También la OMS señaló que el 97% de los abortos peligrosos se practican en países en desarrollo, más de la mitad en Asia (la mayor parte de ellos, en las regiones meridional y central del continente). También son peligrosos la mayoría de los abortos practicados en América Latina y África (aproximadamente tres de cada cuatro). En este último continente, casi la mitad de los abortos no se practican en condiciones de seguridad.

Consecuencias de no recibir una atención para el aborto de calidad

Cuando una mujer no recibe una atención para el aborto segura, asequible, oportuna y respetuosa y se la estigmatiza por abortar, su bienestar físico y psíquico puede verse afectado durante toda la vida.

La imposibilidad de recibir una atención para el aborto de calidad infringe varios derechos humanos de las mujeres y las niñas, como el derecho a la vida, el derecho a gozar del grado máximo de salud física y mental que se pueda lograr, el derecho a beneficiarse del progreso científico y de su puesta en práctica, el derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos y el espaciamiento entre los partos, y el derecho a no sufrir torturas ni tratos o castigos crueles, inhumanos o degradantes.

La OMS ha señalado que cada año, entre el 4,7% y el 13,2% de las muertes maternas se deben a un aborto peligroso. Se calcula que, en las regiones desarrolladas, por cada 100 000 abortos peligrosos se producen 30 defunciones, mientras que esta proporción aumenta hasta las 220 defunciones por cada 100 000 abortos peligrosos en las regiones en desarrollo. De acuerdo con unas estimaciones realizadas en 2012, cada año se atiende en los hospitales a 7



millones de mujeres para tratar las complicaciones causadas por un aborto peligroso, y eso solo en los países en desarrollo.

Los riesgos para el bienestar físico asociados al aborto peligroso son los siguientes:

- Aborto incompleto (no se retiran o se expulsan del útero todos los tejidos embrionarios);
- Hemorragias (sangrado abundante);
- Infecciones;
- Perforación uterina (cuando se atraviesa el útero con un objeto afilado); y,
- Daños en el aparato genital y en órganos internos debidos a la introducción de objetos peligrosos en la vagina o el ano.

La propia OMS ha señalado que la legislación que limita el aborto puede causar malestar y estigmatización y podría violar los derechos humanos de las mujeres y las niñas (por ejemplo, su derecho a la intimidad, la no discriminación y la equidad) y representar para ellas una carga económica. Del mismo modo, obligar legalmente a las mujeres a viajar para obtener ayuda jurídica y exigirles que reciban asesoramiento y esperar un tiempo para poder abortar puede hacerles perder ingresos, causarles otros gastos y en la práctica, imposibilitar que las mujeres de escasos recursos puedan abortar.

De acuerdo con unas estimaciones realizadas por la OMS, en 2006 el tratamiento de las complicaciones de los abortos peligrosos costó anualmente 553 millones de dólares a los sistemas de salud de los países en desarrollo. Además, la discapacidad a largo plazo causada por los abortos peligrosos dio lugar a una pérdida de ingresos que ascendió a 922 millones de



dólares. Los países y los sistemas de salud podrían ahorrarse mucho dinero si ofrecieran métodos actuales de anticoncepción y servicios de calidad para provocar abortos.

En una serie de revisiones realizadas en 2021 por la OMS, se llegó a la conclusión de que la reglamentación que restringe el aborto en favor de la fecundidad afecta a la formación de las mujeres, a su participación en el mercado laboral y a las contribuciones que pueden hacer al crecimiento del Producto Interno Bruto de su país. La consideración jurídica del aborto también puede tener consecuencias para la educación de los niños y para su capacidad de entrar en el mercado de trabajo en etapas posteriores de su vida. Por ejemplo, se ha observado que uno de los beneficios de la legalización del aborto es que, gracias a que reduce el número de embarazos no deseados y que, por tanto, aumenta la posibilidad de que los partos sean también deseados, los padres y madres invierten más en sus hijos, en particular en la escolarización de las niñas.

De ahí que el movimiento global de Amnistía Internacional ha considerado que sea quien sea y viva donde viva, tiene el derecho humano básico a decidir sobre su salud, cuerpo y vida sexual, y a tomar esas decisiones sin miedo, violencia o discriminación, por lo que ha emprendido la campaña global *“Mi cuerpo mis derechos”*, para poner fin al control y la criminalización de la sexualidad y la reproducción, pues consideran que en todo el mundo se intimida, se discrimina y se detiene a personas sólo por tomar decisiones sobre su cuerpo y su vida.

A una mujer no le proporcionan anticonceptivos porque no tiene el permiso de su marido y una adolescente se le niega una interrupción del embarazo que podría salvarle la vida porque el aborto es ilegal en su país.



Cómo ampliar la atención para el aborto de calidad

Los datos demuestran que las políticas restrictivas no solo no reducen el número de abortos en las mujeres y las niñas, sino que también afectan a la posibilidad de que se practiquen de forma digna y sin riesgos. La proporción de abortos peligrosos es significativamente más elevada en los países que imponen leyes muy restrictivas que en aquellos donde estas leyes son más laxas.

Algunos obstáculos que dificultan que los abortos se practiquen de forma respetuosa y sin riesgos son su costo elevado, la estigmatización de las personas que lo solicitan y del personal de salud que lo practica y la negativa de algunos trabajadores de la salud a realizar estas intervenciones basándose en sus creencias religiosas o en consideraciones éticas. Otros impedimentos pueden ser las exigencias jurídicas y las leyes restrictivas que no tienen justificación médica, entre ellas la consideración del aborto como delito, la obligatoriedad de esperar un tiempo para abortar, la prestación de información o asesoramiento sesgados, la exigencia de obtener la autorización de terceras personas y las restricciones que afectan al tipo de profesionales o establecimientos de salud donde se pueden ofrecer estos servicios.

A fin de que todas las mujeres que necesitan abortar reciban estos servicios deben adoptarse varias medidas a nivel jurídico, sanitario y comunitario. Estos son los tres pilares sobre los que se sustenta un entorno propicio para prestar una atención integral para el aborto de calidad:

1. El respeto por los derechos humanos, que incluye la existencia de un contexto político y jurídico favorecedor;
2. La disponibilidad y la accesibilidad de información; y,



3. Un sistema de salud que funcione correctamente y que preste apoyo a todas las personas a unos precios asequibles o gratuitos.

Para considerar que un sistema de salud funciona correctamente deben darse varias circunstancias, entre ellas:

- Políticas basadas en la evidencia;
 - Una cobertura sanitaria que sea universal;
 - El suministro fiable de productos y equipos médicos asequibles y de calidad;
 - La disponibilidad de suficientes profesionales de la salud, de varias categorías, que ofrezcan atención para el aborto a una distancia que esté al alcance de las pacientes;
 - La prestación de distintos métodos para abortar ya sea en establecimientos de salud, por medios virtuales o mediante asesoramiento para que lo practique la propia gestante, teniendo en cuenta que esta debe decidir el procedimiento que más le convenga en función de sus valores y sus preferencias, los recursos disponibles y los contextos nacional y local;
 - La formación de los profesionales de la salud para que presten servicios de atención para el aborto seguros y de calidad, interpreten correctamente las leyes y políticas que regulan esta práctica y sepan asesorar a las pacientes para que estas tomen decisiones con conocimiento de causa;
 - El apoyo a los profesionales de la salud y su protección frente a la estigmatización;
- y,



- La prestación de métodos anticonceptivos para prevenir los embarazos no deseados.

A fin de que la información necesaria esté disponible y se pueda acceder a ella, deben darse estas condiciones:

- Una educación sexual integral y basada en la evidencia; y,
- La prestación de información precisa, sin sesgos y basada en la evidencia sobre el aborto y los métodos anticonceptivos.

Lamentablemente, hoy en día aún existen diversos factores y prejuicios que contribuyen a que se nieguen servicios básicos de salud a las mujeres para la interrupción del embarazo y, por supuesto, la atención posterior a dicha práctica. La criminalización, la reducción de la disponibilidad de servicios, la estigmatización y las actitudes despectivas de los profesionales de la salud, son factores que impulsan a millones de mujeres a realizarse abortos inseguros, sin el tratamiento esencial para su recuperación.

Todos los aspectos relacionados con el acceso a un aborto seguro y legal son la esencia del derecho fundamental de la mujer a la igualdad, a la privacidad, a la salud física y mental, y son condiciones previas para el disfrute de otros derechos y libertades.

En la Ciudad de México, el 26 de abril de 2007 se lograron avances fundamentales gracias a las reformas al Código Penal y adiciones a la Ley de Salud, reconociendo el derecho de las mujeres a interrumpir legalmente su embarazo durante las primeras doce semanas de gestación. En toda América Latina y en el resto de México las mujeres continúan por lo general enfrentando obstáculos para lograr el ejercicio de sus derechos reproductivos y son criminalizadas por la práctica del aborto. Afortunadamente, la legalización del aborto marcó un



cambio, no solo en la práctica, sino también en la concepción de la mujer como persona con capacidad de decisión. Inmediatamente después de estas reformas, las mujeres pasaron de ser “delincuentes”, a ser usuarias legítimas de un servicio público.

En nuestro país, la Suprema Corte de Justicia de la Nación resolvió por unanimidad que es inconstitucional criminalizar el aborto de manera absoluta, y se pronunció por primera vez a favor de garantizar el derecho de las mujeres y personas gestantes a decidir, sin enfrentar consecuencias penales.

Colombia también despenalizó el aborto y se unió a la marea verde. La decisión de la Corte Constitucional se produjo luego de años de trabajo por parte de las organizaciones que defienden los derechos de las mujeres en toda América Latina.

En el ámbito internacional, en derechos humanos relativos a este tema se destaca la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), en la Recomendación General N.º 24, Artículo 12, La Mujer y la Salud, menciona:

31. Los Estados parte también deberían, en particular:

a) a la b) ...

c) Dar prioridad a la prevención del embarazo no deseado mediante la planificación de la familia y la educación sexual para reducir las tasas de mortalidad derivada de la maternidad, mediante servicios de maternidad sin riesgo y asistencia prenatal. En la medida de lo posible, debería enmendarse la legislación que castigue el aborto a fin de abolir las medidas punitivas impuestas a mujeres que se hayan sometido a abortos.



Sin embargo, recientemente hemos presenciado un retroceso en la Ley en materia de aborto en Estados Unidos. Dicha ley prohíbe interrumpir el embarazo a partir de las seis semanas de gestación, incluso en casos de violación o incesto, a pesar de que, en este corto periodo, muchas mujeres ni siquiera saben que están embarazadas. Esta ley se convierte así en una de las más restrictivas contra el aborto.

Como ya lo precisamos, se ha demostrado que impedir el acceso a un aborto legal no solamente no contribuye a reducir la cantidad de abortos, sino que además obliga a las mujeres a recurrir a abortos inseguros y, por lo tanto, poner en peligro su salud y su vida.

Al igual que la OMS, en caso de México, la Comisión Nacional de Derechos Humanos, también considera que esta situación vulnera los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, así como los relativos a la igualdad y a la no discriminación, a la autodeterminación, a la vida, a no ser sometidas a torturas, a la libertad y seguridad personales, a no ser objeto de injerencias arbitrarias en la vida y en la familia, así como a la libertad de pensamiento, conciencia y religión, por lo que ha exhortado a todas las entidades del país a que, en el marco de sus competencias, garanticen el aborto legal, seguro y gratuito como parte de los derechos humanos de las mujeres, para que tengan acceso a una ciudadanía plena y una vida digna. El derecho a decidir otorga dignidad a las mujeres –base de los derechos humanos– y, por lo tanto, el Estado debe garantizar estos derechos sexuales y reproductivos, como educación sexual, acceso al aborto electivo realizado por profesionales y, en el marco legal, a la anticoncepción, a los tratamientos de fertilidad y a la protección legal contra abortos forzados.

Por lo tanto, presentamos esta iniciativa con la finalidad de despenalizar el derecho a las mujeres a decidir libremente sobre sus cuerpos y puedan tener acceso pleno a sus derechos sexuales y reproductivos, elevándolos a derecho constitucional en el Estado de Michoacán, abrogando el delito de aborto y garantizando que los hospitales en nuestra entidad cuenten con médicos, enfermeras y auxiliares que no sean objetores de conciencia, a fin de que se



puedan garantizar abortos seguros para las niñas, adolescentes y mujeres, de ahí que esta iniciativa se realiza bajo el cuadro comparativo siguiente:

CONSTITUCION POLITICA DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE MICHOACÁN DE OCAMPO	
DICE	DEBE DECIR
Artículo 2º.- Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.	Artículo 2º.- Toda persona tiene derecho a decidir de maneralibre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos; así como a decidir libremente sobre su salud, cuerpo y vida sexual.
LEY DE SALUD DEL ESTADO DE MICHOACÁN DE OCAMPO	
DICE	DEBE DECIR
	Artículo 6º-A. Las instituciones de salud deberán proceder a la interrupción del embarazo cuando la persona con capacidad gestante e interesada lo solicite, de acuerdo con la normatividad vigente.



	<p>Artículo 6°-B. El personal médico y de enfermería que intervenga de manera directa en el procedimiento, tendrá el derecho a ser objetor de conciencia, cuando se considere que se opone a sus convicciones religiosas, ideológicas, éticas o de conciencia; en este caso, tendrá la obligación de referir a la solicitante con el responsable del servicio de salud, para que se asigne de manera prioritaria a personal no objetor de conciencia, pudiendo ser una unidad médica diferente con carácter resolutivo. Considerando que en ninguna circunstancia la objeción de conciencia, puede tener como resultado la negación del servicio.</p>
	<p>Artículo 6°-C. La objeción de conciencia no puede invocarse por el personal médico y de enfermería cuando su ejercicio ponga en riesgo la vida del paciente, cuando se trate de una urgencia médica o cuando su ejercicio implique una carga desproporcionada para los pacientes.</p> <p>En este sentido, la objeción de conciencia no será procedente, de manera enunciativa y no limitativa, en los casos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none">I. Cuando la negativa o postergación del servicio implique riesgo para la



	<p>salud o la agravación de dicho riesgo;</p> <p>II. Cuando la negativa o postergación del servicio pueda producir daño, agravación del daño, la producción de secuelas y/o discapacidades;</p> <p>III. Cuando la negativa del servicio resulte en prolongar el sufrimiento del paciente por la tardanza en la atención médica, o signifique para éste un suplicio o carga desproporcionada; y</p> <p>IV. Cuando no haya alternativa viable y accesible para brindar el servicio de salud requerido al paciente en condiciones de calidad y oportunidad, tales como la distancia, la falta de disponibilidad de personal no objetor o algún otro inconveniente equiparable.</p>
	<p>Artículo 6°-D. Las autoridades sanitarias y sus auxiliares deberán contar con personal médico y de enfermería suficiente de carácter no objetor, en cada una de las instituciones del Sistema Estatal de Salud, para garantizar que se preste la</p>



	<p>atención médica de interrupción del embarazo, con las mejores condiciones posibles, conforme a las reglas sanitarias establecidas, en tiempos oportunos que no comprometan ni la salud o la vida de la persona solicitante del servicio, ni que hagan inútil por extemporáneo dicho servicio, y sin forma alguna de discriminación.</p>
	<p>Artículo 6°-E. Las autoridades sanitarias y sus auxiliares deberán tener debidamente identificado de forma clara y sin lugar a confusión, al personal médico y de enfermería no objetor de conciencia, facultado con las capacidades técnicas y operativas para realizar el procedimiento respectivo en las instituciones del Sistema Estatal de Salud.</p>
	<p>Artículo 6°-F. Será improcedente invocar la objeción de conciencia como argumento para negar la atención médica, por motivos discriminatorios o de odio.</p>
	<p>Artículo 6°-G. La objeción de conciencia no puede utilizarse para entorpecer o retrasar la prestación de los servicios sanitarios.</p>



	<p>Artículo 6°-H. El incumplimiento de las obligaciones por parte del personal directivo, médico o de enfermería de las autoridades sanitarias y sus auxiliares que deban prestar atención médica de interrupción del embarazo en los supuestos permitidos por la normatividad vigente, dará lugar a las responsabilidades administrativas y profesionales, así como en su caso, penales por la omisión de prestar estos servicios.</p>
	<p>Artículo 6°-I. Las autoridades sanitarias y sus auxiliares deberán proporcionar toda la información y orientación necesaria a la persona beneficiaria de los servicios de interrupción del embarazo, a través de un trato digno, decoroso y sin discriminación alguna, en donde se le informe las opciones médicas con que cuenta.</p>
	<p>Artículo 6°-J. Se deberá garantizar la confidencialidad de los datos personales e imagen de las personas con capacidad de gestar que soliciten la interrupción del embarazo, así como del personal médico y de enfermería que lo realicen.</p>



De ahí que cerramos esta iniciativa con la frase de Vongai V Chikwanda, Harare (Zimbabue), que señala:

“HASTA QUE LAS MUJERES Y NIÑAS PUEDAN TOMAR DECISIONES REPRODUCTIVAS SOBRE LOS ASUNTOS QUE AFECTAN A SU CUERPO Y DISFRUTAR TOTALMENTE DE SUS DERECHOS, HARÉ CAMPAÑA POR LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS PARA TODAS LAS PERSONAS”.

Es que, por las razones expuestas en nuestro carácter de Diputados integrantes de la Septuagésima Sexta Legislatura del Congreso del Estado de Michoacán e integrantes del grupo parlamentario de MORENA, en ejercicio de las facultades que nos confieren los artículos 36, fracción II; 37 y 44, fracción I y XXX de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Michoacán de Ocampo, sometemos a consideración de este Honorable Congreso, el siguiente proyecto de:

DECRETO:

PRIMERO. Se **reforma** el artículo 2° de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Michoacán de Ocampo, para quedar como sigue:

Artículo 2°.- Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos; ***así como a decidir libremente sobre su salud, cuerpo y vida sexual.***

SEGUNDO. Se **adicionan** los artículos 6°-A, 6°-B, 6°-C, 6°-D, 6°-E, 6°-F, 6°-G, 6°-H, 6°-I y 6°-J, de la Ley de Salud del Estado de Michoacán de Ocampo, para quedar como sigue:



Artículo 6°-A. Las instituciones de salud deberán proceder a la interrupción del embarazo cuando la persona con capacidad gestante e interesada lo solicite, de acuerdo con la normatividad vigente.

Artículo 6°-B. El personal médico y de enfermería que intervenga de manera directa en el procedimiento, tendrá el derecho a ser objetor de conciencia, cuando se considere que se opone a sus convicciones religiosas, ideológicas, éticas o de conciencia; en este caso, tendrá la obligación de referir a la solicitante con el responsable del servicio de salud, para que se asigne de manera prioritaria a personal no objetor de conciencia, pudiendo ser una unidad médica diferente con carácter resolutivo. Considerando que en ninguna circunstancia la objeción de conciencia, puede tener como resultado la negación del servicio.

Artículo 6°-C. La objeción de conciencia no puede invocarse por el personal médico y de enfermería cuando su ejercicio ponga en riesgo la vida del paciente, cuando se trate de una urgencia médica o cuando su ejercicio implique una carga desproporcionada para los pacientes.

En este sentido, la objeción de conciencia no será procedente de manera enunciativa y no limitativa, en los casos siguientes:

- I. Cuando la negativa o postergación del servicio implique riesgo para la salud o la agravación de dicho riesgo;
- II. Cuando la negativa o postergación del servicio pueda producir daño, agravación del daño, la producción de secuelas y/o discapacidades;



- III. Cuando la negativa del servicio resulte en prolongar el sufrimiento del paciente por la tardanza en la atención médica, o signifique para éste un suplicio o carga desproporcionada; y
- IV. Cuando no haya alternativa viable y accesible para brindar el servicio de salud requerido al paciente en condiciones de calidad y oportunidad, tales como la distancia, la falta de disponibilidad de personal no objetor o algún otro inconveniente equiparable.

Artículo 6°-D. Las autoridades sanitarias y sus auxiliares deberán contar con personal médico y de enfermería suficiente de carácter no objetor, en cada una de las instituciones del Sistema Estatal de Salud, para garantizar que se preste la atención médica de interrupción del embarazo, con las mejores condiciones posibles, conforme a las reglas sanitarias establecidas, en tiempos oportunos que no comprometan ni la salud o la vida de la persona solicitante del servicio, ni que hagan inútil porextemporáneo dicho servicio, y sin forma alguna de discriminación.

Artículo 6°-E. Las autoridades sanitarias y sus auxiliares deberán tener debidamente identificado de forma clara y sin lugar a confusión, al personal médico y de enfermería no objetor de conciencia, facultado con las capacidades técnicas y operativas para realizar el procedimiento respectivo en las instituciones del Sistema Estatal de Salud.

Artículo 6°-F. Será improcedente invocar la objeción de conciencia como argumento para negar la atención médica, por motivos discriminatorios o de odio.

Artículo 6°-G. La objeción de conciencia no puede utilizarse para entorpecer o retrasar la prestación de los servicios sanitarios.



Artículo 6°-H. El incumplimiento de las obligaciones por parte del personal directivo, médico o de enfermería de las autoridades sanitarias y sus auxiliares que deban prestar atención médica de interrupción del embarazo en los supuestos permitidos por la normatividad vigente, dará lugar a las responsabilidades administrativas y profesionales, así como en su caso, penales por la omisión de prestar estos servicios.

Artículo 6°-I. Las autoridades sanitarias y sus auxiliares deberán proporcionar toda la información y orientación necesaria a la persona beneficiaria de los servicios de interrupción del embarazo, a través de un trato digno, decoroso y sin discriminación alguna, en donde se le informe las opciones médicas con que cuenta.

Artículo 6°-J. Se deberá garantizar la confidencialidad de los datos personales e imagen de las personas con capacidad de gestar que soliciten la interrupción del embarazo, así como del personal médico y de enfermería que lo realicen.

TRANSITORIOS

PRIMERO. El presente Decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Periódico Oficial del Gobierno Constitucional del Estado de Michoacán de Ocampo.

SEGUNDO. Notifíquese al Poder Ejecutivo, para su conocimiento y debido cumplimiento.

TERCERO. Se derogan todas las disposiciones que se opongan a las reformas establecidas en el presente Decreto.

CUARTO. Las autoridades sanitarias y sus auxiliares deberán implementar las adiciones del presente decreto, en 90 días naturales, que deberán sujetarse estrictamente a su presupuesto autorizado para el ejercicio fiscal correspondiente, debiéndose realizar únicamente las



modificaciones presupuestales en los capítulos y partidas necesarias a costos compensados para la implementación de este Decreto.

QUINTO. El H. Congreso del Estado, en el presupuesto correspondiente a cada ejercicio fiscal, proveerá los recursos suficientes para que la Secretaría de Salud realice las facultades y atribuciones concernientes a la materia.

SEXTO. Las contrataciones de personal médico y de enfermería que se requieran para la implementación de este decreto, deberá realizarse a costos compensados.

Dado en el Palacio del Poder Legislativo de Morelia, Michoacán, a 17 del mes de octubre del año 2024.

ATENTAMENTE

DIP. MA. FABIOLA ALANÍS SÁMANO

DIP. MARÍA ITZÉ CAMACHO ZAPIAIN

DIP. GIULIANNA BUGARINI TORRES

DIP. NALLELI JULIETA PEDRAZA

HUERTA

DIP. BELINDA ITURBIDE DÍAZ

DIP. JUAN CARLOS BARRAGÁN VÉLEZ

DIP. SANDRA OLIMPIA GARIBAY ESQUIVEL

