



DIP. JESÚS SESMA SUÁREZ
PRESIDENTE DE LA MESA DIRECTIVA DEL
CONGRESO DE LA CIUDAD DE MÉXICO
III LEGISLATURA
P R E S E N T E

La que suscribe, **Diputada Diana Sánchez Barrios**, coordinadora de la **Asociación Parlamentaria Mujeres por el Comercio Feminista e Incluyente** en el **Congreso de la Ciudad de México, III Legislatura**, y que con fundamento en lo dispuesto por los artículos 71, fracción II y III, 122 Apartado A, fracciones I y II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 29, Apartados A, B, D, inciso a), b), f) g); 30, numeral 1, inciso b), de la Constitución Política de la Ciudad de México; 4, fracción XXI, 12, fracción II, 13, fracción LXIV, de la Ley Orgánica del Congreso de la Ciudad de México y 5, fracción II, 82, 95, fracción II, 96 del Reglamento del Congreso de la Ciudad de México someto a la consideración de este órgano legislativo la **INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE REFORMA EL ARTÍCULO 64, FRACCIÓN I, DE LA LEY DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO, EN MATERIA DE SALUD MENTAL PERINATAL**, al tenor de lo siguiente:

I. TÍTULO DE LA PROPUESTA.

INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE REFORMA EL ARTÍCULO 64, FRACCIÓN I, DE LA LEY DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO, EN MATERIA DE SALUD MENTAL PERINATAL.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La Ciudad de México ha consolidado, en los últimos años, un modelo de salud pública centrado en las personas, con énfasis en la atención primaria, la prevención y la garantía progresiva del derecho humano a la salud. En este marco, la atención materno-infantil se reconoce como una prioridad estratégica, incorporando principios de dignidad, no discriminación, perspectiva de género, interseccionalidad, derechos humanos e interculturalidad en la atención durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Los informes institucionales de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México dan cuenta de avances relevantes en infraestructura, cobertura y atención obstétrica, así como de acciones continuas en salud sexual y reproductiva, atención digna del parto, fortalecimiento hospitalario y protección de la salud de niñas y niños desde el inicio de la vida. Estos logros constituyen una base sólida para seguir fortaleciendo el modelo de atención materno-infantil desde una visión integral.

En este contexto de consolidación institucional, la evidencia científica internacional aporta elementos que permiten identificar áreas de oportunidad para la actualización normativa. La Organización Mundial de la Salud ha documentado que entre 10 % y 20 % de las



mujeres experimentan trastornos de salud mental durante el embarazo o el periodo posterior al parto¹, principalmente depresión y ansiedad, y que estas cifras pueden incrementarse en contextos de mayor vulnerabilidad social. Estudios epidemiológicos más amplios estiman que hasta una de cada cinco mujeres puede presentar un trastorno de salud mental durante el periodo perinatal, lo que confirma que se trata de un fenómeno frecuente y clínicamente relevante.

El derecho comparado europeo refuerza esta conclusión. En países de la Región de Europa de la OMS se han documentado prevalencias significativas de trastornos mentales perinatales². Por ejemplo, estudios en Italia estiman que alrededor de 20 % de las mujeres presentan depresión durante el embarazo y hasta 27 % durante el posparto. Investigaciones regionales también muestran que los síntomas de ansiedad perinatal alcanzan prevalencias superiores al 20 % durante la gestación y se mantienen de forma relevante en el puerperio. Estos datos confirman que la salud mental perinatal es una problemática transversal, presente incluso en sistemas sanitarios con alta capacidad institucional.

Asimismo, un análisis comparado del estado de la atención a la salud mental perinatal en la Región Europea de la OMS señala que, si bien la mayoría de los países cuentan con políticas generales de salud mental, solo una parte ha desarrollado políticas específicas para la salud mental perinatal, y un número aún menor dispone de programas sistemáticos de detección, atención especializada y seguimiento clínico. Países como Bélgica, Finlandia, Irlanda, Países Bajos, Suecia, Reino Unido y Malta han avanzado en la integración de servicios perinatales especializados, mostrando que la incorporación expresa de este componente en el diseño normativo y programático fortalece la calidad de la atención materno-infantil.

De manera complementaria, organizaciones europeas especializadas en salud mental, como la Federación de Salud Mental de la Comunidad Valenciana, documentan que una de cada cinco mujeres presenta un problema de salud mental durante la gestación o el posparto, y que hasta el 75 % de estos trastornos no son diagnosticados ni tratados oportunamente³. Esta evidencia ha impulsado en distintos países europeos la adopción de modelos más integrales de atención, orientados a la detección temprana, la referencia oportuna y la continuidad terapéutica, como parte del estándar de calidad en la atención a la maternidad.

¹ World Health Organization. (2022). *Maternal mental health*.

<https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/promotion-prevention/maternal-mental-health>

² Istituto Superiore di Sanità. (2023). *Depressione perinatale: Evidenze epidemiologiche e cliniche*.

https://www.iss.it/documents/20126/0/ANN_23_02_07.pdf

³ Federació Salut Mental Comunitat Valenciana. (s. f.). *Salud mental perinatal*.

<https://www.salutmentalcv.org/salud-mental-perinatal/>



El análisis de la información institucional local permite observar que, si bien la atención perinatal en la Ciudad de México se encuentra sólidamente desarrollada en su dimensión biomédica, existe una oportunidad clara de fortalecimiento mediante la incorporación expresa de la salud mental perinatal como parte de los servicios prioritarios. La ausencia de indicadores específicos sobre este componente no obedece a una falta de capacidad técnica o institucional, sino a la falta de una referencia normativa explícita que habilite su estandarización, medición y evaluación sistemática.

Desde una perspectiva de mejora continua y alineación con estándares internacionales, incorporar la salud mental perinatal en la Ley de Salud de la Ciudad de México permitiría consolidar un modelo de atención materno-infantil verdaderamente integral, fortaleciendo la prevención, la detección temprana y la atención oportuna de afectaciones emocionales asociadas al embarazo, el parto y el puerperio. Asimismo, contribuiría al bienestar de las familias, al desarrollo saludable de niñas y niños y a la calidad global de los servicios de salud.

En consecuencia, la reforma al artículo 64, fracción I, de la Ley de Salud de la Ciudad de México, orientada a incluir de manera expresa la salud mental perinatal, se presenta como una actualización normativa progresiva y técnicamente sustentada, que capitaliza los avances existentes, armoniza el marco local con la evidencia científica y el derecho comparado europeo, y reafirma el compromiso de la Ciudad de México con un modelo de salud pública integral, preventivo y centrado en los derechos humanos.

III. PROBLEMÁTICA DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO.

La incorporación de la salud mental perinatal en el marco normativo de la Ciudad de México exige necesariamente un análisis con perspectiva de género, en tanto que las afectaciones psicológicas asociadas al embarazo, el parto y el puerperio se producen en un contexto de desigualdades estructurales históricas que impactan de manera diferenciada a las mujeres y a las personas con capacidad de gestar. Abordar este fenómeno desde una supuesta neutralidad jurídica implicaría invisibilizar dichas desigualdades y limitar la efectividad del derecho a la salud.

Desde una perspectiva de género, el proceso reproductivo ha sido social y culturalmente construido como una experiencia que debe ser asumida con sacrificio, fortaleza y entrega, lo que ha contribuido a la normalización del sufrimiento emocional durante el embarazo y el posparto. Esta construcción simbólica ha tenido efectos directos en la atención sanitaria, al minimizar síntomas de depresión, ansiedad, trauma o agotamiento emocional bajo la idea de que forman parte “natural” de la maternidad. En consecuencia, las afectaciones a la salud mental perinatal tienden a ser subdiagnosticadas, tratadas tardíamente o desatendidas por completo.

La evidencia demuestra que las mujeres enfrentan, durante el periodo perinatal, cargas desproporcionadas de trabajo reproductivo y de cuidados, generalmente no remunerado,



que se suman a condiciones de precariedad económica, brechas laborales, responsabilidades domésticas, ausencia de redes de apoyo y, en muchos casos, experiencias previas o concurrentes de violencia de género. Estos factores incrementan el riesgo de desarrollar trastornos de salud mental perinatal y profundizan las desigualdades en el acceso efectivo a servicios de atención psicológica.

Asimismo, la perspectiva de género permite identificar que los modelos tradicionales de atención obstétrica han reproducido relaciones asimétricas de poder entre el personal de salud y las personas gestantes. Prácticas institucionales como la desinformación, la falta de consentimiento informado, el trato infantilizante, la deslegitimación del dolor emocional o la imposición de decisiones médicas sin considerar la voluntad de la paciente constituyen expresiones de violencia simbólica e institucional. Estas prácticas no sólo vulneran la autonomía y la dignidad, sino que generan impactos psicológicos duraderos, entre ellos el trastorno de estrés postraumático asociado al parto.

Desde el enfoque de igualdad sustantiva, la ausencia de una referencia expresa a la salud mental perinatal en la Ley de Salud de la Ciudad de México reproduce una neutralidad aparente que, en los hechos, perpetúa la desigualdad. Cuando la norma no reconoce las necesidades diferenciadas de las mujeres y personas gestantes, la atención psicológica queda sujeta a criterios discrecionales, a la disponibilidad institucional o a la capacidad individual de solicitar ayuda, lo que afecta con mayor intensidad a quienes se encuentran en condiciones de mayor vulnerabilidad social, económica o territorial.

El derecho comparado europeo refuerza esta lectura. Diversos países han reconocido que la falta de atención específica a la salud mental perinatal constituye una forma indirecta de discriminación, al no considerar los factores de género que inciden en la experiencia del embarazo y la maternidad. En aquellos contextos donde se han incorporado servicios especializados, rutas de detección temprana y seguimiento clínico continuo, se ha avanzado hacia modelos de atención más equitativos, centrados en la persona y sensibles a las desigualdades de género.

Incorporar la salud mental perinatal con perspectiva de género en el artículo 64, fracción I, de la Ley de Salud de la Ciudad de México permitiría reconocer explícitamente que la garantía del derecho a la salud no puede limitarse a la dimensión física del proceso reproductivo. Por el contrario, exige considerar los impactos diferenciados que las condiciones sociales, culturales y económicas tienen sobre la salud mental de las mujeres y personas gestantes, y responder a ellos mediante políticas públicas integrales, preventivas y con enfoque de derechos humanos.

Desde esta óptica, la reforma propuesta no constituye únicamente una actualización técnica del marco normativo, sino una medida de igualdad sustantiva, orientada a corregir una brecha histórica en la atención sanitaria. Al reconocer la salud mental perinatal como parte de la atención materno-infantil prioritaria, el Estado asume su responsabilidad de prevenir daños evitables, reducir desigualdades estructurales y garantizar una atención



digna, oportuna y continua durante una de las etapas más sensibles del ciclo de vida.

En suma, el análisis con perspectiva de género permite concluir que la incorporación expresa de la salud mental perinatal en la Ley de Salud de la Ciudad de México es una condición necesaria para asegurar la efectividad del derecho a la salud, prevenir la revictimización institucional y avanzar hacia un modelo de atención materno-infantil que reconozca plenamente la dignidad, la autonomía y el bienestar integral de las mujeres y personas gestantes.

IV. ARGUMENTOS.

La salud mental durante el embarazo, el parto y el puerperio forma parte esencial del derecho a la salud y no puede considerarse un aspecto accesorio de la atención materno-infantil, se trata de una dimensión del bienestar que impacta directamente en la vida y la dignidad de las mujeres y personas con capacidad de gestar, así como en el desarrollo integral de niñas y niños, por lo que su atención requiere un reconocimiento expreso dentro del marco normativo.

La evidencia científica e institucional demuestra que una proporción significativa de mujeres experimenta afectaciones a la salud mental durante el periodo perinatal, tales como depresión, ansiedad o estrés asociado al parto. No obstante, estos padecimientos han sido normalizados o minimizados como parte del proceso reproductivo, lo que ha contribuido a su subdiagnóstico y a la falta de atención oportuna. La ausencia de una referencia expresa en la ley refuerza esta invisibilización.

Las mujeres y personas gestantes enfrentan durante el periodo perinatal condiciones estructurales de desigualdad que inciden en su salud mental, como la sobrecarga de cuidados, la precariedad económica, la discriminación laboral, la falta de redes de apoyo y, en muchos casos, situaciones de violencia de género. Estas circunstancias incrementan el riesgo de afectaciones emocionales y justifican la necesidad de una intervención normativa que considere dichas condiciones desde una perspectiva de género.

Asimismo, cuando la salud mental perinatal no se reconoce como parte de la atención materno-infantil prioritaria, la atención psicológica queda sujeta a criterios discrecionales, disponibilidad institucional o a la capacidad individual de solicitar ayuda, lo que genera barreras de acceso y profundiza las desigualdades en el ejercicio del derecho a la salud, particularmente para mujeres en situación de mayor vulnerabilidad.

La experiencia comparada demuestra que la incorporación expresa de la salud mental perinatal en los sistemas de salud fortalece la calidad de la atención, permite la detección temprana de riesgos, favorece la continuidad terapéutica y previene consecuencias más graves a mediano y largo plazo. Integrar este enfoque no sólo mejora la atención a las personas gestantes, sino que contribuye al bienestar familiar y social.



La presente iniciativa no pretende crear derechos nuevos ni establecer obligaciones ajenas al sistema de salud, sino fortalecer el contenido del derecho a la salud ya reconocido, incorporando de manera explícita un componente indispensable para su ejercicio efectivo. Reconocer la salud mental perinatal como parte de la atención materno-infantil permite avanzar hacia un modelo de atención integral, acorde con los principios de dignidad, igualdad sustantiva y no discriminación.

En consecuencia, la reforma al artículo 64, fracción I, de la Ley de Salud de la Ciudad de México se presenta como una medida razonable, proporcional y necesaria para actualizar el marco normativo, armonizarlo con la evidencia científica y el derecho comparado, y garantizar una atención materno-infantil que considere de manera integral la salud física y mental de las mujeres y personas gestantes.

V. FUNDAMENTO LEGAL Y EN SU CASO SOBRE SU CONSTITUCIONALIDAD Y CONVENCIONALIDAD

PRIMERO.- Que el artículo 1° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece la obligación de todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos reconocidos en la propia Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, conforme a los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad, así como de adoptar medidas legislativas necesarias para hacer efectivos dichos derechos, prohibiendo toda forma de discriminación, incluida aquella basada en género o condiciones de salud.

SEGUNDO.- Que el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce el derecho de toda persona a la protección de la salud y dispone que la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, lo que comprende la atención integral del bienestar físico y mental, particularmente en etapas de especial relevancia y vulnerabilidad como el embarazo, el parto y el puerperio

TERCERO.- Que la Constitución Política de la Ciudad de México reconoce el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental como un derecho humano fundamental y establece que la actuación pública debe regirse por los principios de igualdad sustantiva, no discriminación, perspectiva de género, interseccionalidad y enfoque de derechos humanos, con atención prioritaria a grupos en situación de vulnerabilidad.

CUARTO.- Que la Ley General de Salud establece que el derecho a la protección de la salud tiene como finalidad el bienestar físico y mental de la persona, reconoce a la salud mental como materia de salubridad general y dispone que su atención comprende acciones de prevención, promoción, detección, tratamiento y rehabilitación, facultando a las entidades federativas para desarrollar acciones específicas dentro del ámbito de sus competencias.



QUINTO.- Que la Ley de Salud de la Ciudad de México regula el derecho a la salud en el ámbito local y dispone que el Sistema de Salud de la Ciudad de México se rija por los principios de universalidad, integralidad, equidad, igualdad sustantiva, no discriminación y perspectiva de género, reconociendo expresamente la salud mental como parte integrante del derecho a la salud.

SEXTO.- Que el artículo 64 de la Ley de Salud de la Ciudad de México establece que la atención a la salud materno-infantil tiene carácter prioritario, lo que impone al legislador local la obligación de asegurar que dicha atención sea integral, suficiente y acorde con la evidencia científica y los estándares internacionales, incluyendo los aspectos relacionados con la salud mental durante el embarazo, el parto y el puerperio.

SÉPTIMO.- Que el artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer obliga a los Estados Parte a adoptar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en el acceso a los servicios de atención médica, incluidos los servicios apropiados relacionados con el embarazo, el parto y el período posterior al parto.

OCTAVO.- Que el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y establece la obligación de los Estados de adoptar medidas legislativas, administrativas y presupuestarias para lograr su plena efectividad.

NOVENO.- Que el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño reconoce el derecho de niñas y niños al disfrute del más alto nivel posible de salud y dispone que los Estados Parte adoptarán medidas apropiadas para asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal adecuada a las madres, dada su incidencia directa en el desarrollo integral de la infancia.

DÉCIMO.- Que la Observación General número 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece que el derecho a la salud abarca no sólo la atención médica, sino también los factores determinantes del bienestar físico y mental, y que los servicios de salud deben ser disponibles, accesibles, aceptables y de calidad.

VI. DENOMINACIÓN DEL PROYECTO DE LEY O DECRETO.

INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE REFORMA EL ARTÍCULO 64, FRACCIÓN I, DE LA LEY DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO, EN MATERIA DE SALUD MENTAL PERINATAL.

VII. ORDENAMIENTO A MODIFICAR.

Por todo lo antes expuesto y fundado, se modifica el párrafo cuarto del artículo 64. fracción I, de la Ley de Salud de la Ciudad de México.



Con la finalidad de puntualizar la propuesta planteada en la presente iniciativa en los términos siguientes, se anexa cuadro comparativo;

LEY DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	
TEXTO VIGENTE	TEXTO PROPUESTO
<p>Artículo 64. La atención a la salud materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende las siguientes acciones:</p> <p>I. La atención digna a las mujeres y personas embarazadas, sin violencia ni discriminación y con perspectiva de género, interseccionalidad, derechos humanos y perspectiva intercultural durante el embarazo, el parto y el puerperio;</p>	<p>Artículo 64. La atención a la salud materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende las siguientes acciones:</p> <p>I. La atención digna a las mujeres y personas embarazadas, sin violencia ni discriminación y con perspectiva de género, interseccionalidad, derechos humanos y perspectiva intercultural durante el embarazo, el parto y el puerperio; incluyendo la salud mental perinatal.</p>

VIII. TEXTO NORMATIVO PROPUESTO.

Por lo anteriormente expuesto y fundado, someto a la consideración del H. Pleno del Congreso de la Ciudad de México, lo siguiente:

ÚNICO-. Se reforma el artículo 64, fracción I de la Ley de Salud de la Ciudad de México

LEY DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Artículo 64. La atención a la salud materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende las siguientes acciones:

I. La atención digna a las mujeres y personas embarazadas, sin violencia ni discriminación y con perspectiva de género, interseccionalidad, derechos humanos y perspectiva intercultural durante el embarazo, el parto y el puerperio; **incluyendo la salud mental perinatal.**

IX. ARTÍCULOS TRANSITORIOS.

PRIMERO. Remítase el presente Decreto a la Jefatura de Gobierno de la Ciudad de México para su promulgación y publicación en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México.



SEGUNDO. El presente Decreto entrará en vigor al día siguiente al de su publicación en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México.

X. y XI. Dado en el Recinto Legislativo de Donceles, sede oficial del H. Congreso de la Ciudad de México, a los 07 días del mes de mayo de 2026.

ATENTAMENTE

Dip. Diana Sánchez Barrios

*Coordinadora de la Asociación Parlamentaria Mujeres
por el Comercio Feminista e Incluyente*