

Ciudad de México, a octubre de 2022

**DIP. FAUSTO MANUEL ZAMORANO
ESPARZA.
PRESIDENTE DE LA MESA DIRECTIVA
DEL CONGRESO DE LA CIUDAD DE
MÉXICO, II LEGISLATURA.
P R E S E N T E.**

POLIMNIA ROMANA SIERRA BÁRCENA, integrante del Grupo Parlamentario del Partido de la Revolución Democrática, en uso de las facultades que me confieren los artículos los artículos 46 fracción I, de la Constitución Política de la Ciudad de México; así como, 4 fracciones XXI y XXXIX del Reglamento del Congreso de la Ciudad de México, los cuales establecen la facultad de las y los diputados de ingresar iniciativas de leyes, decretos y presentar proposiciones y denuncias ante el Congreso, las cuales deben cumplir con la fundamentación y motivación que dicha normativa exige, someto a consideración de este H. Órgano Parlamentario la presente **INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE ADICIONAN LAS FRACCIONES XVI BIS, XXXI BIS Y XXXI TER AL ARTÍCULO 6; SE ADICIONA LA FRACCIÓN I BIS AL ARTÍCULO 64; Y SE ADICIONA UNA FRACCIÓN VIII Y UN SEGUNDO PÁRRAFO AL ARTÍCULO 65 DE LA LEY DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO, EN MATERIA DE ATENCIÓN EN CASOS DE MUERTES GESTACIONALES, PERINATALES Y NEONATALES.**

I. ENCABEZADO O TÍTULO DE LA PROPUESTA: INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE ADICIONAN LAS FRACCIONES XVI BIS, XXXI BIS Y XXXI TER AL ARTÍCULO 6; SE ADICIONA LA FRACCIÓN I BIS AL ARTÍCULO 64; Y SE ADICIONA UNA FRACCIÓN VIII Y UN SEGUNDO PÁRRAFO AL ARTÍCULO 65 DE LA LEY DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO, EN MATERIA DE ATENCIÓN EN CASOS DE MUERTES GESTACIONALES, PERINATALES Y NEONATALES.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA QUE LA INICIATIVA PRETENDE RESOLVER.

2.1. ¿Cuándo se presenta la muerte gestacional o perinatal?



La muerte gestacional o fetal ocurre cuando el bebé no nacido tiene más de 22 semanas en el vientre de su madre. En el caso de alcanzar las 28 semanas o inclusive nacer y superar la primera semana de vida, pero ocurre el deceso, entonces se habla de muerte perinatal.

Cuando el bebé nace, pero presenta problemas durante los 28 días siguientes y muere, ocurre lo que se conoce con el nombre de muerte neonatal o de recién nacidos.

Según la Organización Mundial de la Salud, cada año se producen casi 2 millones de muertes prenatales, una cada 16 segundos. Y más del 40 por ciento de estos fallecimientos ocurren durante el parto, la OMS también reportó que cada año, en todo el mundo, 303 mil mujeres mueren durante el embarazo o el parto. En nuestro país ocurren 62 muertes gestacionales cada día, mientras que más de dos millones de recién nacidos mueren durante el primer mes de vida, lo que se conoce como muerte neonatal.

En 2014, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó el Plan de Acción para Todos los Recién Nacidos, que establece la meta mundial de que, de aquí a 2030, todos los países lleguen a una cifra de 12 mortinatos o menos por 1000 nacimientos totales.

Para 2019, 128 países, la mayoría de ellos de ingresos altos y medianos altos, habían alcanzado este objetivo, pero todavía hay muchos que no lo han hecho. Alrededor del 84 por ciento de la totalidad de muertes prenatales se registraron en los países de ingresos bajos y medianos bajos; sin embargo, también se pueden observar altas tasas de muertes prenatales entre los grupos vulnerables y las minorías étnicas en los países de ingresos altos.

2.2. MOTIVOS POR LAS QUE SE PRESENTA LA MUERTE PERINATAL Y GESTACIONAL.

Tanto el papá como la mamá cuando comienzan el proceso de planeación para la procreación de un bebé se encuentran construyendo un mundo casi mágico por la llegada de su bebé, donde todo es motivo de alegría, pero también hay riesgos de que se presenten etapas difíciles, de preocupación e incertidumbre, pero el día del nacimiento es sin duda el más peligroso para las madres y sus bebés.

Las causas y factores que influyen en la mortalidad perinatal aún son bastante desconocidas, aunque las más habituales son:

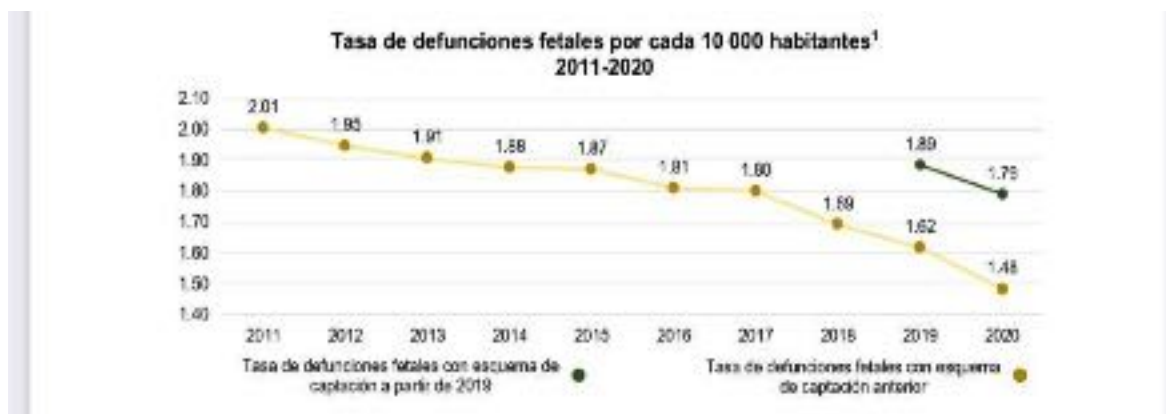
- Problemas de la placenta.
- Anomalías congénitas.
- Complicaciones médicas en la madre durante la gestación o el parto.
- Infecciones intrauterinas.
- Ingesta de fármacos, drogas o tabaco.
- Accidentes.
- Edad materna.
- Preeclampsia.
- Hipotensión.

También hay que tener en cuenta factores sociales, biológicos o ambientales que pueden influir, como son el nivel socioeconómico o el acceso a un buen sistema sanitario.

En los últimos años, la comunidad investigadora ha creado nuevas estrategias para prevenir y mejorar el estado de salud de las mujeres y sus bebés, con miras a reducir la mortalidad materna, gestacional y neonatal, fenómenos considerados por la OMS como un problema de salud pública.

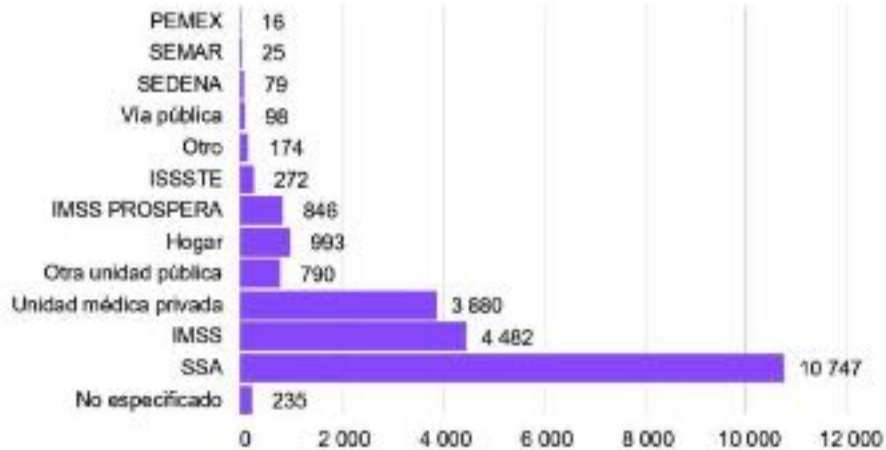
2.3 ESTADÍSTICAS DE DEFUNCIONES GESTACIONALES Y PERINATALES.

Durante 2021, en México se registraron 23,000 defunciones gestacionales, lo que representó un aumento de 1.6 por ciento con respecto a 2020, cuando se reportaron en ese año 22 mil 637 fallecimientos, con lo que se obtiene una tasa de 1.48 con la captación tradicional y 1.79 defunciones por cada 10, 000 habitantes con la incorporación de la información captada por la SSA.



La Secretaría de Salud y el Instituto Mexicano del Seguro Social atendieron en conjunto a las madres que presentaron el 67.3% de las defunciones fetales. Por su parte, las unidades médicas privadas atendieron el 17.1 por ciento.

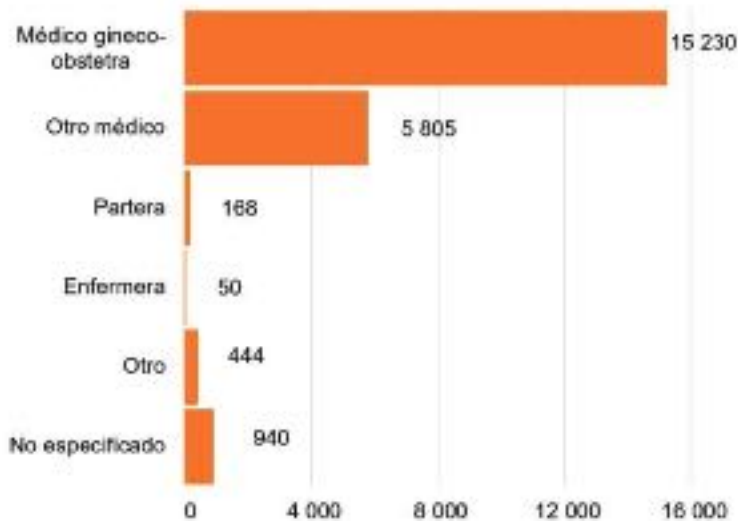
Defunciones fetales según sitio de ocurrencia de la extracción o expulsión



El 67.3% (15 230) de los embarazos que terminaron en muerte gestacional fueron atendidos por médicos gineco-obstetras y 25.6% (5 805) por otro tipo de médico. En contraparte, el personal que menos atendió este tipo de procedimiento fueron las enfermeras con un 0.2% (50). Las categorías complementarias con sus magnitudes, se aprecian en la siguiente gráfica.



Defunciones fetales según persona que atendió el parto



Las muertes gestacionales tardías (de 28 o más semanas de gestación) representaron el mayor número de casos con 9,588 (42.4%), seguidas de las intermedias (de 20 a 27 semanas) con 7,816 (34.5%) y de las precoces (de 12 a 19 semanas) con 5,232 (23.1%). Se excluye un caso de edad gestacional no especificada.

Defunciones fetales según edad gestacional

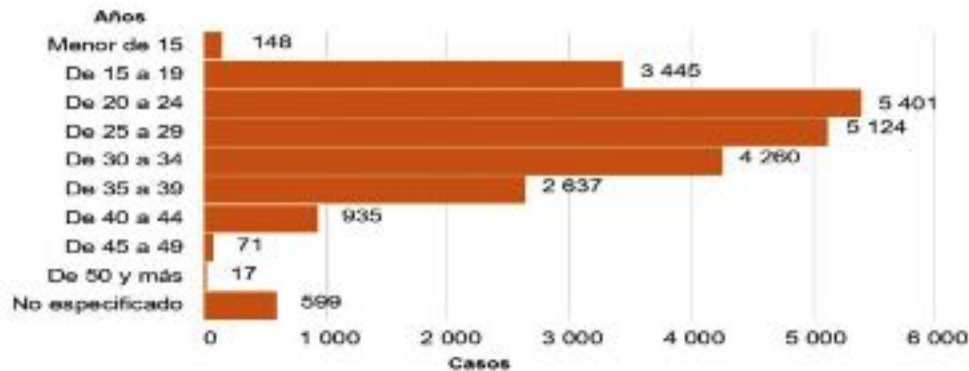


Los grupos de edad de las mujeres que concentran el mayor número de embarazos con alguna complicación que terminó con la muerte del producto son el de 20 a 24



años con un 23.9%, el de 25 a 29 con 22.6%, y el de 30 a 34 con 18.8% que en conjunto ascienden a 65.3% del total.

Defunciones fetales según edad de la madre



2.4. DUELO ANTE LA PRESENCIA DE LA MUERTE GESTACIONAL O PERINATAL

El día del nacimiento es posiblemente el momento más peligroso para las madres y los niños. Cada año, en todo el mundo, 303,000 mujeres mueren durante el embarazo o el parto, 2,7 millones de recién nacidos mueren durante sus primeros 28 días de vida y 2,6 millones de niños nacen muertos.

El profesionalismo por parte del personal de Salud debe ser garante de transmitir tranquilidad, apoyo y sentirse acompañada en todo momento, antes, durante y después, humanizarse con la madre a fin de no sentir miedo, preocupación ante la adversidad.

Las mujeres al momento de entrar al hospital están deseosas y llenas de felicidad, ilusión de expectativas de dar a luz y conocer a su bebé, ninguna mujer está preparada para recibir la dolorosa noticia de que ha fallecido su hijo.

La Secretaria de Salud de la Ciudad de México deberá implementar acciones de capacitación al personal Médico, Enfermeras, Auxiliares, Personal Administrativo y todo los que conformen parte del sistema de Salud para que por medio de programas y técnicas de calidad haya acercamiento humano con las mujeres que se enfrenten a la pérdida de su hijo, para que haya un trato digno, respetuoso a fin de hacer del duelo un proceso de entendimiento y aceptación.

2.5. Consejos para tratar la muerte gestacional

–**Respetar su duelo.** Evitar insistir en hablar del tema, es probable que aún estén asimilando que su hijo o hija haya fallecido. Primero preguntar si desean hablar del tema, acompañarlos cuando lo deseen. Darles tiempo y espacio para entender su pérdida.

–**Ser empático.** Aunque sea difícil saber exactamente por lo que están pasando, trata de acompañarlo en su dolor.

–**Ellos son padres.** Cuando una persona está esperando un bebé con deseo, se convierte en su padre o madre, por lo tanto, la pérdida dolerá aunque el bebé no haya nacido, llámalos como lo que son, los padres.

–**Evitar frases del tipo.** “Las cosas pasan por algo”, “Pronto vendrá otro bebé”. Los padres no están pensando en suplir a su hijo con un bebé nuevo y tampoco les tuvo que “pasar por algo”. Estas frases pueden herir más de lo que podrían apoyarlos.

–**Apoyarlos en actividades diarias.** Por ejemplo, llevarles comida preparada. Probablemente tendrán trámites por hacer, ayudarlos con esto o con las tareas de casa podría permitirles a tomarse un tiempo de vivir su duelo.

–**Ofrecer ayuda profesional.** Aunque nuestras intenciones de ayudar sean buenas, la ayuda profesional de un psicólogo puede resultar más acertada.

La muerte de un pequeño es dolorosa y es un tema real al que muchas familias se enfrentan y si hacemos el intento de entenderlos, podremos ayudarlos a superar este episodio de dolor.

2.6. BANCOS DE LECHE MATERNA EN LA CIUDAD DE MÉXICO

Los Bancos de Leche Humana son centros Especializados para el procesamiento, almacenaje y distribución de la leche materna. Su finalidad es establecer una reserva de leche materna pasteurizada para asegurar el derecho de los recién nacidos a una alimentación segura y oportuna. Es una estrategia para mejorar la salud de los recién nacidos proporcionándoles una alimentación adecuada, completa y natural.

Un elemento importante para considerar es que la donación de leche materna beneficia a menores recién nacidos que, por distintas razones, no pueden ser



amamantados por sus madres, bebés prematuros o de bajo peso, que están en terapia intensiva y a los que no toleran fórmulas de leche artificial.

La leche materna promueve el desarrollo sensorial y cognitivo, además de proteger al bebé de enfermedades infecciosas y crónicas. La lactancia natural exclusiva reduce la mortalidad infantil por enfermedades de la infancia, como la diarrea o la neumonía, y favorece un pronto restablecimiento en caso de enfermedad

La lactancia materna reduce la mortalidad infantil y tiene beneficios sanitarios que llegan hasta la edad adulta. Para el conjunto de la población se recomienda la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida.

Por medio de la recolección de leche materna, de su procesamiento y entrega se busca promover y apoyar la lactancia.

Al menos, mil 500 mamás generan entre 170 y 210 litros de leche para los bebés del hospital, en 2019, por ejemplo, la productividad fue la recolección de mil 600 litros de leche materna, esto representa 136 litros por mes. Con la donación de Leche Materna, hace dos años se beneficiaron a 18 bebés desde su estancia hasta que salen del hospital, “dos de ellos de mamás con covid-19 que por estar en resguardo domiciliario tenían dificultad para enviar leche materna para sus bebés”.

Disponer de una extensa Red de Bancos de Leche Materna y gran número de donantes permite que todos los niños que lo necesiten puedan recibir leche de madre en ausencia de la misma, para su mejor desarrollo y como la mejor medicina.

- 1) La leche materna contribuye al desarrollo de los neonatos de bajo peso con riesgo de patología digestiva o intestinal, déficit inmunitario o una salud precaria.
- 2) También se utiliza después de cirugías del aparato digestivo, puesto que esta leche es más fácil de digerir y facilita la recuperación intestinal.
- 3) Su consumo disminuye las infecciones generalizadas graves y combate las necrosis intestinales, la causa principal de defunción entre los neonatos.

III. PROBLEMÁTICA DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

3.1. Las Mujeres frente a la muerte gestacional o perinatal.



El duelo que se vive frente a este problema no tiene nombre ni calificativo ya que, al morir un hijo, en este caso un bebé, representa una de las mayores pérdidas que una familia puede atravesar, al estar en el periodo de embarazo, tanto el padre como madre se preparan para una llegada con ilusiones, expectativas y sueños, los cuales se ven derrumbados por la presencia de la muerte.

De acuerdo con Jorge Arturo Cardona Pérez, director general del Inper, la muerte fetal es un tema vulnerable que representa un impacto social muy fuerte. *“Una mujer embarazada se encuentra en un estado fisiológico, biológico, social, psicológico, muy especial y obviamente en un riesgo inminente”*, refiere el neonatólogo.

Cuando se tiene una muerte fetal, dice Salvador Espino, la postura de muchos de los profesionales de la salud es terminar con el embarazo e ignorar el evento, incluso en muchas latitudes se sugiere a la madre no ver a su bebé, no conocerlo, *“esto impacta de forma negativa en la fase del duelo, tradicionalmente se ha considerado como un evento minimizado tanto en el ámbito médico como en la sociedad”*, dice.

Es normal que la paciente se sienta mal, pero esperamos que la transición de las etapas del duelo no tenga consecuencias importantes en la salud mental, en el entorno familiar y social. Tenemos que investigar cómo la muerte neonatal afecta la dinámica familiar. Sospechamos que hay mayor prevalencia de problemas de pareja, esto es algo nuevo que observamos en nuestras investigaciones cualitativas. Vamos a tratar de caracterizar el fenómeno como factor de riesgo para otro tipo de consecuencias.

Uno de los proyectos de investigación, explica Salvador Espino y Sosa, consiste en abordar las causas de la muerte fetal, evaluar la exposición de estrés y trastornos psicológicos que enfrentan las pacientes y sus familias durante el proceso de afrontamiento y duelo perinatal.

“Algo que hemos observado y que es una realidad, es que todavía muchas mujeres arrastran el concepto de que parte del éxito de ser mujeres es tener un hijo sano, entonces cuando sucede muerte fetal creen que fue su culpa. Es decir, impacta de forma primaria en este tipo de situaciones; el concepto de mujer debe empoderarse para eliminar este tipo de situaciones que pueden resultar traumáticas”, comenta.

En la mayoría de los casos, la mortinatalidad y la mortalidad neonatal se pueden evitar con una atención sanitaria de calidad durante el embarazo y el parto. En casi



todos los casos de mortinatalidad y en la mayoría de los casos de muerte neonatal no se expiden certificados de nacimiento o defunción, por lo que el sistema de salud nunca los registra, los notifica ni los investiga. Como resultado de ello, los países no suelen saber el número de muertes o sus causas y no pueden adoptar las medidas eficaces y oportunas necesarias para evitar la muerte de otros niños y madres

IV. ARGUMENTOS QUE LA SUSTENTAN.

El duelo gestacional como **“morir cuando la vida empieza”**. La muerte es sin duda, siempre, una situación dolorosa pero una de las más dolorosas, sin duda, es conocer a un hijo para despedirse de él o quizá ni siquiera, llegar a conocerle. Es tremendamente doloroso conocer y despedir al mismo tiempo. Esta es la difícil situación a la que se enfrentan los padres que viven la experiencia de que mueran sus hijos cerca del nacimiento.

El duelo gestacional trae consigo además el hecho de que suele vivirse de forma silenciosa, negado. En una sociedad que vive de espaldas a la muerte, la pérdida de un hijo durante el embarazo o inmediatamente después de su nacimiento (muerte perinatal) se convierte en un “duelo desautorizado”. No hay bebé al que enterrar, no quedan recuerdos.

La muerte perinatal es una de las peores pérdidas que puede vivir un ser humano. Un acontecimiento que viene a traer alegría y esperanzas, como lo es la llegada de un hijo, se ve empañado por la tristeza, la desolación.

La Pérdida.

Esta pérdida llega muchas veces sin avisar, de manera inesperada. Los padres quedan en shock ante lo ocurrido ya que uno se imagina, siempre, que un embarazo genera vida, no estamos preparados para relacionar embarazo con muerte y ambos conceptos parecen estar muy alejados pero en esta ocasión, confluyen.

El duelo.

La muerte de un hijo representa una de las mayores pérdidas que una familia pueda atravesar y sin lugar a duda, se transforma en un duelo profundo al cual no se le puede dar un nombre o calificativo una vez que el bebé parte de este mundo.

Generalmente, el dolor de la madre suele ser más intenso ya que es en su mismo cuerpo donde se gestó y se perdió la misma vida y es complicado aceptar que todo eso ocurre en el mismo lugar.

Sentimientos de los padres en duelo.

Los sentimientos de los padres ante la muerte de su bebé suelen ser muy dolorosos y pasan por diferentes etapas; sienten incredulidad y **negación**, es como una pesadilla de la que quieren despertar. **Dolor, tristeza, angustia**. Han perdido a un ser querido que, aunque no le hayan llegado a conocer o haya sido por poco tiempo, es un ser muy querido. Sienten rabia e ira ante la imposibilidad de que su hijo viva acompañados de un sentimiento de injusticia. Sentimientos de culpa que suele ser más fuerte en la madre dada la vivencia corporal del embarazo. Es bastante habitual el aislamiento y soledad ya que los padres se sienten incomprendidos, sienten que no les entienden y que lo sucedido, solo les pasa a ellos.

Acompañar la pérdida

La pesadilla suele empezar con un “no hay latido” y, a partir de ese momento, es imprescindible que la familia tenga una red de apoyo y cuente con la empatía y la ayuda profesional.

El papel de la *doula* ha sido siempre el de acompañar. Por lo tanto, contar con el apoyo y el acompañamiento de una *doula* durante el duelo gestacional puede contribuir a transitar este difícil camino de una forma menos traumática. También se requiere del acompañamiento de un profesional de la salud mental (psicólogo/a, terapeuta), o tanatólogo/a.

Los familiares y amigos, por otro lado, también pueden acompañar, sobretodo con palabras y gestos que demuestren compasión y empatía. Dedicando un recurso tan valioso como lo es el tiempo.

Permitiéndoles que expresen sus sentimientos y emociones. Sin minimizar, sin juzgar

La sociedad desconoce esta pérdida e invita a los padres a dejar pasar, a dejarse rápidamente. Conozco a alguien que perdió a su bebé recién nacido y en una oportunidad, en una celebración del día de las madres alguien le dijo «felicidades, oh no, es verdad, tú no eres mamá».

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

5.1. Fundamento legal



La presente iniciativa se realiza con fundamento en lo establecido en los artículos 46 fracción I, de la Constitución Política de la Ciudad de México; así como, 4 fracciones XXI y XXXIX del Reglamento del Congreso de la Ciudad de México, los cuales establecen la facultad de las y los diputados de ingresar iniciativas de leyes, decretos y presentar proposiciones y denuncias ante el Congreso, las cuales deben cumplir con la fundamentación y motivación que dicha normativa exige.

5.2. RAZONAMIENTOS SOBRE CONSTITUCIONALIDAD Y CONVENCIONALIDAD DE LA INICIATIVA.

5.3. MARCO JURÍDICO INTERNACIONAL

La Declaración Universal de Derechos Humanos, que fue aprobada por la Organización de las Naciones Unidas, precedente importante y fundamental en la población en materia de Derechos Humanos, y como base para el respeto a la vida y al trato digno se exponen los siguientes apartados.

El artículo 1 que menciona la igualdad de los seres humanos tanto de hombres y mujeres, que desde el nacimiento nacen libres e igual de derechos, citando:

“ARTÍCULO 1

Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.”

Como base fundamental que garantiza el Estado de que todas y todos puedan gozar de sus derechos e igualdad frente a los demás.

Se resalta el artículo 22 que menciona:

“ARTÍCULO 22

Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales,



Por su importancia, ya que hace mención a los derechos DESCAs, tales como lo son los derechos económicos, sociales y culturales, en relación de que toda persona es dotada de estos Internacionalmente para poder vivir.

El artículo 25 que se citan los numerales 1 y 2, al acceso a salud, servicios médicos, bienestar y alimentación, que como base de una vida es desde la maternidad en donde se deben de procurar y aplicar con fin de desarrollo integro que se citan en los siguientes párrafos:

“ARTÍCULO 25

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene, asimismo, derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales.”

Así mismo, tenemos El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el cual, menciona los derechos civiles y políticos que se establecen en la Declaración Universal de los Derechos Humanos con el fin de especificar las directrices que se deben observar al momento de tutelar los derechos.

“Artículo 3

Los Estados Parte en el presente Pacto se comprometen a garantizar a hombres y mujeres la igualdad en el goce de todos los derechos civiles y políticos enunciados en el presente Pacto.”

Los Estados parte se comprometen y deben garantizar la igualdad en hombres y mujeres al momento de la tutela de derechos, civiles y políticos, que están establecidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos.



“Artículo 23

1. La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.”

La familia en cierto momento comienza desde la planeación de procrear y cuando hay maternidad, el Estado como lo marca este artículo Internacional se ve obligado por la protección y el desarrollo en conjunto y el de la mujer.

La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la mujer, amén de que toda persona y en específico las mujeres tiene derecho a no ser discriminado, pero sobre todo la mujer en la sociedad, aportando dicha normativa, elementos claros y preciso en beneficio del bienestar de la mujer, desarrollo y la importancia social de la maternidad.

“Artículo 1

A los efectos de la presente Convención, la expresión "discriminación contra la mujer" denotará toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera.”

La obligación del Estado en donde se comprometen a garantizar condena a la discriminación contra la mujer en todas sus formas y sin excepción alguna que en materia de maternidad y parto haya trato digno.

“Artículo 2

Los Estados Parte condenan la discriminación contra la mujer en todas sus formas, convienen en seguir, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, una política encaminada a eliminar la discriminación contra la mujer y, con tal objeto, se comprometen a:



a) *Consagrar, si aún no lo han hecho, en sus constituciones nacionales y en cualquier otra legislación apropiada el principio de la igualdad del hombre y de la mujer y asegurar por ley u otros medios apropiados la realización práctica de ese principio;*

b) *Adoptar medidas adecuadas, legislativas y de otro carácter, con las sanciones correspondientes, que prohíban toda discriminación contra la mujer;*

c) *Establecer la protección jurídica de los derechos de la mujer sobre una base de igualdad con los del hombre y garantizar, por conducto de los tribunales nacionales competentes y de otras instituciones públicas, la protección efectiva de la mujer contra todo acto de discriminación;*

d) *Abstenerse de incurrir en todo acto o práctica de discriminación contra la mujer y velar por que las autoridades e instituciones públicas actúen de conformidad con esta obligación;*

e) *Tomar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer practicada por cualesquiera personas, organizaciones o empresas;*

f) *Adoptar todas las medidas adecuadas, incluso de carácter legislativo, para modificar o derogar leyes, reglamentos, usos y prácticas que constituyan discriminación contra la mujer;*

g) *Derogar todas las disposiciones penales nacionales que constituyan discriminación contra la mujer.”*

El numeral 2 del artículo 4, precisa sobre la maternidad, la cual hay medidas especiales por los Estados Parte, la cual no se considerará discriminatoria.

“Artículo 4

2. La adopción por los Estados Partes de medidas especiales, incluso las contenidas en la presente Convención,



encaminadas a proteger la maternidad no se considerará discriminatoria.”

Podemos observar que en el inciso b del artículo 5, encontraremos que atañe a los Estados parte tomar las medidas propias para garantizar que la maternidad sea parte de la educación como función social.

“Artículo 5

Los Estados Parte tomarán todas las medidas apropiadas para:

b) Garantizar que la educación familiar incluya una comprensión adecuada de la maternidad como función social y el reconocimiento de la responsabilidad común de hombres y mujeres en cuanto a la educación y al desarrollo de sus hijos, en la inteligencia de que el interés de los hijos constituirá la consideración primordial en todos los casos.”

Tenemos a la Convención Americana sobre Derechos Humanos, Pacto de San José Costa Rica, que en su artículo 1 menciona la obligación de respetar los Derechos Humanos.

“ARTÍCULO 1.

Obligación de Respetar los Derechos

1. Los Estados Parte en esta Convención se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.”

La Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Belem do Para), en la cual tenemos en su artículo 1 las especificaciones sobre violencia contra mujer mencionando el maltrato psicológico.

“Artículo 1



Para los efectos de esta Convención debe entenderse por violencia contra la mujer cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado.”

5.4. MARCO JURÍDICO NACIONAL

Como jerarquía suprema de ley en México tenemos a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la cual consagra nuestros derechos a gozar y obligaciones como deberes, la cual fortalece a las normas internacionales muy en particular en el deber de la protección y garantía de los Derechos Humanos.

“Artículo 1o. En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece.

...

Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.”

La especificación del artículo 4 de la Carta Magna es muy claro y preciso sobre la protección de los derechos de la mujer de la igualdad ante el hombre, así mismo su creación familiar y el derecho de acceso a la salud.

“Artículo 4o.- La mujer y el hombre son iguales ante la ley. Ésta protegerá la organización y el desarrollo de la familia.

Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.



Toda Persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social.”

La norma actual que nos rige en materia de salud tenemos a la Ley de Salud de la Ciudad de México que amén de la atención materno-infantil establece los derechos y obligaciones tanto Gobierno como de usuarios, atención de la niñez y su desarrollo.

“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 y derechos humanos durante el embarazo, el parto y el puerperio;

II. La atención de niñas y niños, así como la vigilancia de su crecimiento y desarrollo, incluyendo la promoción de la vacunación oportuna y de su correcta nutrición. Para el cumplimiento de esto último, la Secretaría dará a conocer, por los medios de su alcance y en el ámbito de su competencia, la importancia de la lactancia materna, así como las conductas consideradas discriminatorias que limitan esta práctica y con ello, afecten la dignidad humana de la mujer y el derecho a la alimentación de las niñas y los niños;

III. La realización de los estudios de laboratorio y gabinete, aplicación de indicaciones preventivas y tratamiento médico



que corresponda, a fin de evitar diagnosticar y controlar defectos al nacimiento;

IV. La aplicación del tamiz neonatal ampliado;

V. El diagnóstico oportuno y atención temprana de la displasia en el desarrollo de la cadera;

VI. La atención de la salud visual, bucal, auditiva y mental;

VII. La detección temprana de la sordera y su tratamiento, desde los primeros días del nacimiento;

VIII. La prevención de la transmisión materno-infantil del VIH-SIDA y de la sífilis congénita;

IX. Los mecanismos de aplicación obligatoria a fin de que toda persona embarazada pueda estar acompañada en todo momento, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y puerperio, incluyendo el procedimiento de cesárea, y

X. La atención dirigida a niñas y niños con el objeto de establecer las acciones necesarias para la detección y prevención oportuna de los tumores pediátricos, y establecer los convenios y coordinación necesarios para ese fin.”

Con el fin de garantizar el sano proceso de maternidad y como obligación del Estado que tiene con los habitantes, extiende acciones para la creación un bienestar y un desarrollo digno en la mujer y el bebé.

“Artículo 65. *En la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, la Secretaría establecerá, entre otros, lo siguiente:*

I. Procedimientos que permitan la participación activa de las familias en la prevención y atención oportuna de los padecimientos de las personas usuarias;



II. Acciones de orientación y vigilancia institucional fomentando la lactancia materna y la ayuda alimentaria tendiente a mejorar el estado nutricional del grupo materno-infantil;

III. Acciones para controlar las enfermedades prevenibles por vacunación, los procesos diarreicos y las infecciones respiratorias agudas de los menores de 5 años;

IV. Acciones de diagnóstico y atención temprana de la displasia en el desarrollo de los menores de 5 años;

V. Acciones tendientes a fomentar la práctica de la lactancia materna, así como erradicar la discriminación hacia las mujeres que la realicen en vías y espacios públicos. Para contribuir al fomento de la lactancia, los entes públicos de la Ciudad preferentemente deberán disponer de recursos y el espacio adecuado para la disposición de un lactario en sus sedes;

VI. Acciones para informar y posibilitar cuando la infraestructura lo permita, el acompañamiento de las mujeres embarazadas por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y puerperio, incluyendo el procedimiento de cesárea, en las instituciones de salud públicas y privadas, las cuales deberán tomar las medidas de higiene y seguridad necesarias, y

VII. Acciones que posibiliten la incorporación de la partería profesional al modelo de atención “Salud en tu vida” de los servicios de salud de la Ciudad.”

Así mismo para los niños de edad escolar, este artículo 66 creará acciones donde garantizará el desarrollo en materia de salud.

“Artículo 66. *Corresponde al Gobierno establecer y promover acciones específicas para proteger la salud de las niñas y niños en edad escolar y de la comunidad escolar, de conformidad con las disposiciones legales aplicables.*

El Gobierno, a través de las instancias competentes promoverá la realización del examen médico integral a los educandos, incorporando sus resultados a la Cartilla Nacional



En virtud de lo anterior, se propone a esta Soberanía la siguiente reforma que versa sobre los siguientes puntos:

1) Terminología.- Se establecen los conceptos de edad gestacional, periodo neonatal y perinatal, de conformidad con la NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, dado que son en estas 3 etapas donde sucede la muerte de bebés.

2) Se establece los principios que deberán regir la atención para casos de muerte gestacional, perinatal o neonatal que deberá ser con sentido común, humanizado, respetuoso, ético y con la empatía y sensibilización necesaria para la madre y el padre.

3) Respecto de las acciones que deberá ejercer el personal médico ante muertes gestacionales, perinatales y neonatales, se consideran indispensables los siguiente:

a) Recibir atención, orientación y vigilancia adecuada en los ámbitos bio-psico-social, a fin de reducir la angustia psicológica, eliminar el estigma social, el aislamiento, el riesgo de ruptura familiar, el abuso y la violencia.

b) El personal médico deberá informar sobre la conveniencia de análisis de sangre y/o tejidos, así como la autopsia, para determinar la causa de la muerte a fin de resolver la fase de culpa del duelo y sobre futuros embarazos.

Es necesario que el personal médico informe sobre la conveniencia de análisis de sangre, autopsia y/o tejidos, esto es recomendado para determinar la causa de la muerte fetal o neonatal. Conocer la causa de muerte puede resolver la fase de culpa del duelo y, sobre todo, futuros embarazos.

En el caso de la probabilidad de hacer autopsia al bebé, se sugiere informar a los padres o familiares la importancia de conocer las causas de la muerte para así, en su caso, poder determinar si un futuro embarazo tendría el mismo desenlace. Esto se tendría que plantear de una manera respetuosa y con un lenguaje sencillo.

Algunos padres pueden ver en la autopsia una falta de respeto hacia el cuerpo de su bebé y motivar esto la negativa a practicarla. En otras denegaciones existen



motivos religiosos o mala información desde el equipo sobre la técnica. Ante ello, se recomienda respetar la decisión que tomen.

c) Asegurar la sensibilización del personal médico para dar noticias sobre de las muertes gestacionales, perinatales y neonatales, evitando términos técnicos y utilizando, de ser el caso, el nombre del fallecido o refiriéndose a éste como bebé, hija o hijo.

d) Dar la opción de decidir sobre su proceso médico a llevar a cabo, ya sea parto o cesárea, con base en información precisa respecto de ambos procesos de acuerdo con cada caso y salvaguardando la integridad de la mujer.

e) Permitir la libre elección sobre las decisiones que deberá tomar sobre los cuidados inmediatos de su bebé, como verlo, cargarlo, realización de pruebas médicas.

f) Recibir el apoyo médico e institucional para la generación de elementos materiales para conservación de recuerdos de los bebés, hijas o hijos fallecidos, a fin de facilitar el inicio de un duelo sano.

El duelo por la muerte de un ser querido se apoya en recuerdos; sin embargo, cuando muere un bebé en el vientre los recuerdos son casi nulos. En hospitales de países donde existen protocolos para casos de muertes gestacionales y neonatales, se cuenta con una “caja de recuerdos” llamada *memory box*, con una sencilla decoración externa y con algunos elementos del bebé o de su paso por el hospital: la ropita que llevaría puesta, el gorro y los zapatitos, la pulsera identificativa con su nombre otorgada por el hospital y fecha de nacimiento, un mechón de pelo, la huella de su mano o pie, alguna tarjeta con una frase, e información con recursos disponibles a la comunidad, grupos de apoyo, lecturas recomendadas y recursos en línea.

En estos casos hay la libertad de que cada hospital elabore su propia caja y tarjeta con frases. En todo caso, creemos conveniente que se permita a los grupos dedicados a dar acompañamiento para que puedan entregar este tipo de herramientas.

En países como Estados Unidos, Canadá y europeos por protocolo entregan este tipo de cajas, llamadas en esos lugares *Memory box*, las cuales se entregan previo a un acompañamiento psicológico profesional y una explicación del porqué es importante este tipo herramientas, las cuales facilitan el inicio de un duelo sano.

La generación de los recuerdos en el hospital es fundamental. Es la única oportunidad que tienen para hacerlo. Madres y padres se lamentan de no haber podido quedarse con un recuerdo de sus hijas/os fallecidos. En el proceso de duelo perinatal una fotografía ayuda a recordar y mantener la conexión con su bebé, es tan poco el tiempo de contacto, si es que lo hay, que una foto puede hacer la diferencia, además de que ayuda mucho en su proceso.

g) De ser factible y así lo decida la madre, procurar la separación de las mujeres en duelo de los espacios donde están las mujeres con sus bebés vivos, colocando un distintivo, a fin de sensibilizar e identificarlas respecto de su condición, al personal médico y acompañantes de estancia.

Es conveniente designar y separar camas que puedan ser ocupadas por mujeres que hayan experimentado la muerte de un bebé para evitar el acercamiento con mujeres que están con sus bebés.

De acuerdo con testimonios, la mayoría de las mujeres que atravesaron por la muerte de un bebé señalan que el estar en la misma sala de mujeres con bebés vivos, les provocó un profundo dolor; factor que entorpece el proceso de duelo. Se sugiere identificar las camas o habitaciones con un símbolo que identifique la situación de la mujer en estos casos.

Se informará a todo el hospital sobre el significado de este símbolo y lo que ha pasado, esto requiere que todas las personas que trabajan en el lugar (personal médico, trabajo social, personal de limpieza) conozcan las normas que permitan respetar la intimidad de la mujer y es necesario advertir que esta señalización es de respeto y no de exclusión y ni de aislamiento.

La Guía Clínica de Muerte Fetal, Feto Único, elaborada por el Consejo de Salubridad General, recomienda:

“Se debe de ofrecer asesoría psicológica a la paciente y pareja, otros miembros de la familia (niños y abuelos). Los padres que presentan muerte fetal deben de recibir información óptima, psicológica especializada.

“De ser posible, se debe de colocar a la paciente en una habitación separada, su expediente o habitación deben



distinguirse de manera que puedan alertar al personal de salud o familiares que estén ante un caso de muerte fetal.

“De ser posible, las unidades deben de tener una habitación separada para las pacientes con duelo.

“Se debe de proporcionar que tanto a los padres o familiares cercanos vean al recién nacido sin vida ya que muchas madres han afirmado que la muerte no fue real para ellas hasta que lo vieron.

“Se debe asesorar a los familiares cercanos de la paciente con muerte fetal para detección de manifestaciones clínicas de estados depresivos”.

h) Informar y orientar de forma suficiente, clara y oportuna al caso concreto, para una mejor y más adecuada decisión de la madre sobre la continuación o inhibición de la lactogénesis.

“Pechos llenos, brazos vacíos”, es una frase devastadora para cientos de mujeres que atraviesan por la muerte gestacional o neonatal. Estas mujeres en la mayoría de los casos producen leche después de la muerte de su bebé, lo que les genera incertidumbre y mucho dolor.

En México, muchas de estas mujeres salen del hospital sin saber que su cuerpo producirá leche, causando un impacto en su estabilidad emocional de por sí ya dañada.

En estos casos, muchos hospitales siguen protocolos de inhibición farmacológica o fisiológica de la lactancia, a veces pensando que de este modo se ayuda a no añadir más dolor al que ya hay, y otras, por eliminar un elemento que “no se va a usar”. Sin embargo, esto no siempre supone las mejores ventajas físicas y emocionales para la madre gestante.

Por otra parte, es de señalarse que no hay suficientes datos para demostrar que los medicamentos para inhibir la lactancia son seguros y efectivos. El uso rutinario de medicamentos para la supresión de la lactancia posparto se ha vuelto controversial y algunos médicos expertos ahora consideran esta práctica como obsoleta. Suele



administrarse de manera precoz en las primeras 6-12 horas tras el nacimiento a dosis de 1 mg en toma única.

En muchos casos funciona de forma adecuada y la inhibición es completa, pero en otros, tras unos días, cuando la mujer ha regresado a su domicilio, la producción de leche comienza de nuevo, encontrándose sin información adecuada y sin ningún apoyo ni contención.

En estos casos es muy importante el soporte emocional y la adecuada información sobre la inhibición fisiológica como método para inhibir la lactancia tras el fallo de la cabergolina. No se puede donar leche habiendo tomado este medicamento pues se excreta por la leche; no debe usarse en mujeres con preeclampsia ni hipertensión posparto, o si tiene otro bebé lactante en casa.

De preferencia, se sugiere hacerle saber a la madre que probablemente su cuerpo producirá leche, hay que darle toda la información sobre las diferentes opciones e incluso, informarle sobre los bancos de leche que aceptan a estas madres en duelo. En algunos países, es muy común que se les brinde acompañamiento emocional para que ellas tomen las decisiones que en esos momentos son las más ideales, y si deciden por la donación se les da seguimiento.

La inhibición fisiológica se fundamenta en la extracción de mínimas cantidades de leche para evitar las molestias de la ingurgitación y conseguir que el Factor de Inhibición de la Lactancia contenido en la propia leche inhiba la lactogénesis progresivamente.

i) Permitir la expresión libre de sentimientos de madres y padres.

Para dar pleno cumplimiento a lo anterior la Secretaría elaborará los protocolos respectivos.

VI. DENOMINACIÓN DEL PROYECTO DE LEY O DECRETO: INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE ADICIONAN LAS FRACCIONES XVI BIS, XXXI BIS Y XXXI TER AL ARTÍCULO 6; SE ADICIONA LA FRACCIÓN I BIS AL ARTÍCULO 64; Y SE ADICIONA UNA FRACCIÓN VIII Y UN SEGUNDO PÁRRAFO AL ARTÍCULO 65 DE LA LEY DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO, EN MATERIA DE ATENCIÓN EN CASOS DE MUERTES GESTACIONALES, PERINATALES Y NEONATALES.

VII. ORDENAMIENTOS A MODIFICAR. LEY DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

VIII. TEXTO NORMATIVO PROPUESTO.

8.1. Cuadro comparativo.

LEY DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO.	
TEXTO ORIGINAL	TEXTO MODIFICADO
<p>Artículo 6. Para los efectos de esta Ley se entiende por:</p> <p>I. Administración Pública local: conjunto de dependencias, órganos y entidades que componen la Administración Pública Centralizada y Paraestatal de la Ciudad de México;</p> <p>II. Acuerdo de Coordinación: instrumento jurídico mediante el cual la Ciudad de México y el Instituto de Salud para el Bienestar formalizan los recursos en numerario y especie de carácter federal, que se transfieran o entreguen a esta entidad. Dichos recursos no serán embargables, ni podrán gravarse, afectarlos en garantía, ni destinarlos a fines distintos a los expresamente previstos;</p> <p>III. Alcaldía: órgano político administrativo de cada demarcación territorial de la Ciudad de México;</p> <p>IV. Alerta Epidemiológica: aviso o comunicado de un evento epidemiológico inminente que representa daño a la salud de la población y/o de trascendencia social, frente al cual es necesario el desarrollo de acciones de salud inmediatas;</p> <p>V. Atención Hospitalaria: conjunto de acciones médicas otorgadas a las personas usuarias en un establecimiento de segundo o tercer nivel, en las cuatro especialidades</p>	<p>Artículo 6...</p> <p>I..</p> <p>II...</p> <p>III...</p> <p>IV...</p> <p>V...</p>



básicas de la medicina: Cirugía General, Gineco-Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría y otras especialidades complementarias y de apoyo derivadas de las mismas, que prestan servicios de urgencias, consulta externa y hospitalización. Además de realizar actividades de prevención, curación, rehabilitación y de cuidados paliativos, así como de formación y desarrollo de personal para la salud y de investigación científica;

VI. Atención Médica: conjunto de servicios que se proporcionan a las personas usuarias con el fin de proteger, promover y restaurar su salud, así como brindarle los cuidados paliativos en situación terminal, y que puede ser ambulatoria u hospitalaria;

VI...

VII. Atención Médica Ambulatoria: conjunto de servicios que se proporcionan en establecimientos fijos o móviles y en domicilio, con el fin de proteger, promover o restaurar la salud de personas usuarias que no requieren ser hospitalizadas;

VII...

VIII. Atención Médica Integral: conjunto de actividades realizadas por el personal profesional y técnico del área de la salud, que lleva a cabo la detección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en su caso, referencia y contrarreferencia, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud, así como brindarle los cuidados paliativos en situación terminal;

VIII...

IX. Atención Prehospitalaria de las Urgencias Médicas: conjunto de acciones médicas otorgadas al paciente cuya condición clínica se considera que pone en peligro la vida, un órgano o su función con el fin de lograr la limitación del daño y su estabilización orgánico-funcional desde el primer contacto hasta la llegada y entrega a un

IX...



<p>establecimiento para la atención médica con servicios de urgencia;</p>	
<p>X. Atención Primaria de Salud: asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y Gobierno puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación, orienta sus funciones y estructura a los valores de la equidad, la solidaridad social, y el derecho de todo ser humano a gozar del grado máximo de salud que se pueda alcanzar sin distinción de origen étnico, religión, ideología política, género, condición económica o social;</p>	<p>X...</p>
<p>XI. Catálogo de Medicamentos e Insumos: documento en el que se agrupan, caracterizan y codifican todos los medicamentos, el material de curación, el instrumental, el equipo médico y los auxiliares de diagnóstico empleados por el Sistema de Salud para otorgar servicios a la población;</p>	<p>XI...</p>
<p>XII. Centro Regulador de Urgencias Médicas: instancia técnico-médico-administrativa, dependiente de la Secretaría, que establece la secuencia de las actividades específicas para la atención médica pre hospitalaria, en el sitio del evento crítico, el traslado y la recepción en el establecimiento para la atención médica designado, con la finalidad de brindar atención médica oportuna y especializada las 24 horas del día, todos los días del año;</p>	<p>XII...</p>
<p>XIII. Ciudad: Ciudad de México;</p>	<p>XIII...</p>
	<p>XIV...</p>



XIV. Constitución Federal: Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos;

XV...

XV. Constitución Local: Constitución Política de la Ciudad de México;

XVI. Determinantes Sociales de la Salud: condiciones económicas, políticas, sociales, culturales y de bienestar en que las personas nacen, crecen, se alimentan, viven, educan, trabajan, divierten, envejecen y mueren;

XVI...

XVI Bis. Edad gestacional, periodo transcurrido desde el primer día de la última menstruación normal en una mujer con ciclos menstruales regulares, sin uso de anticonceptivos hormonales; con fecha de última menstruación confiable, hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. Se expresa en semanas y días completos.

XVII...

XVII. Emergencia Sanitaria: evento extraordinario ocasionado por brotes, epidemias y pandemias con potencialidad de generar un aumento de la morbi-mortalidad de la población o afectación inusitada de la salud pública y que para su atención requiere una estructura funcional y recursos para una atención urgente, oportuna e integral del sector salud con un enfoque de protección del derecho a la salud;

XVIII...

XVIII. Etapa Terminal: fase final de una enfermedad incurable, progresiva y mortal con escasa o nula respuesta a tratamiento específico disponible y pronóstico de vida inferior a seis meses;

XIX...

XIX. Expediente Clínico Electrónico: sistema informático que almacena los datos del paciente en formato digital, que se intercambian de manera segura y puede ser



<p>consultado por múltiples usuarios autorizados;</p>	
<p>XX. Grupos de Atención Prioritaria: personas que debido a la desigualdad estructural enfrentan discriminación, exclusión, maltrato, abuso, violencia y mayores obstáculos para el pleno ejercicio de sus derechos y libertades fundamentales, en términos de lo dispuesto por la Constitución Política de la Ciudad de México;</p>	XX...
<p>XXI. Gobierno: Gobierno de la Ciudad de México;</p>	XXI...
<p>XXII. Instituto de Salud para el Bienestar: organismo descentralizado de la Administración Pública Federal, sectorizado a la Secretaría de Salud Federal, encargado de proveer y garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas que no cuentan con seguridad social. En términos del Acuerdo de Coordinación, éste podrá tener la posesión de los establecimientos para la atención médica que correspondan al primer y segundo nivel de atención, con la finalidad de que se destinen exclusivamente a dichos servicios;</p>	XXII...
<p>XXIII. ITS: infecciones de Transmisión Sexual;</p>	XXIII...
<p>XXIV. Interrupción Legal del Embarazo: procedimiento médico que se realiza a solicitud de la mujer embarazada hasta la décima segunda semana completa de gestación, como parte de una atención integral basada en el derecho de las mujeres a decidir sobre su vida reproductiva en condiciones de atención médica segura;</p>	XXIV...
<p>XXV. Interrupción Voluntaria del Embarazo: procedimiento médico que a solicitud de la mujer embarazada realizan los integrantes</p>	XXV...



<p>del Sistema de Salud de la Ciudad de México, como consecuencia de una violación sexual, sin que la usuaria lo haya denunciado ante las autoridades competentes, lo anterior en términos de lo previsto en la NOM-046-SSA2-2005 y normativa aplicable;</p>	
<p>XXVI. Persona titular de la Jefatura de Gobierno: Jefa o Jefe de Gobierno de la Ciudad de México;</p>	<p>XXVI...</p>
<p>XXVII. Ley: Ley de Salud de la Ciudad de México;</p>	<p>XXVII...</p>
<p>XXVIII. Ley General: Ley General de Salud;</p>	<p>XXVIII...</p>
<p>XXIX. Medicina Preventiva: es el conjunto de intervenciones anticipatorias que realiza el Sistema de Salud sobre las personas, dirigidas a preservar la salud, evitar las enfermedades o incidir oportunamente sobre ellas, controlar su progresión y complicaciones, limitar secuelas o daños permanentes y, en lo posible, impedir la discapacidad o la muerte;</p>	<p>XXIX...</p>
<p>XXX. Modelo de Atención Integral en Salud: conjunto de lineamientos, fundamentados en principios, que orienta la forma en que el Gobierno se organiza, en concordancia con la población, para implementar acciones de vigilancia del medio ambiente, promocionar la salud, prevenir las enfermedades, vigilar y controlar el daño, y brindar una atención dirigida a la recuperación y rehabilitación de la salud de las personas, con pertinencia cultural y perspectiva de género e interculturalidad a través del ejercicio de su papel rector, la transparencia de los recursos y la participación social, en los diferentes niveles de atención y escalones de complejidad de su red de servicios;</p>	<p>XXX...</p>
<p>XXXI. Niveles de Atención: modelo de organización de los servicios de atención</p>	<p>XXXI...</p>



médica en función de la frecuencia y complejidad de las enfermedades, basada en la gradualidad e integralidad de acciones de medicina preventiva, con finalidad anticipatoria y para garantizar la continuidad de la atención en el mejor lugar diagnóstico-terapéutico posible, de acuerdo al padecimiento de una persona. Se divide en tres niveles de atención, cada uno de ellos lleva a cabo integralmente las cinco acciones de la medicina preventiva, como son la promoción de la salud, la protección específica, el diagnóstico temprano, tratamiento oportuno, la limitación del daño y la rehabilitación;

a) El primer nivel de atención enfatiza la promoción de la salud y la protección específica, haciendo el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de las enfermedades más frecuentes y que requieren menor complejidad de atención, su ámbito de acción es territorial, ambulatorio y vinculado estrechamente con la participación comunitaria, realizando la referencia al segundo y tercer nivel de atención;

b) El segundo nivel de atención enfatiza el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de problemas de salud que requieren la intervención, programada o de urgencia, de alguna de las cuatro especialidades básicas: Medicina Interna, Pediatría, Ginecoobstetricia y Cirugía General, su ámbito de acción es hospitalario y puede referir hacia el tercer nivel en caso necesario. El segundo nivel debe contrarreferir a la persona atendida hacia el primer nivel para su seguimiento y control ambulatorio, y

c) El tercer nivel es el de mayor complejidad y especialización, enfatiza la limitación del daño y la rehabilitación, atiende las enfermedades más complejas y menos frecuentes, emplea alta tecnología y realiza

a) ...

b)...

c) ...



investigación clínica. Su ámbito de acción es hospitalario y de alta especialidad. Debe contrarreferir hacia los otros niveles de atención, cuando la situación del paciente que requirió de alta especialidad ha sido controlada o resuelta.

SIN CORRELATIVO

SIN CORRELATIVO

XXXII. Personal de salud: profesionales, especialistas, técnicas, auxiliares y demás que laboran en la prestación de los servicios de salud;

XXXIII. Personas usuarias del servicio de salud: toda persona que solicite y obtenga los servicios de salud que presten los sectores público, social y privado, en las condiciones y conforme a las bases que para cada modalidad se establezcan en esta Ley y demás disposiciones aplicables;

XXXIV. Promoción de la Salud: estrategia integral para desarrollar una cultura saludable, proteger y mejorar la salud de las personas individuales y los colectivos mediante:

- a) La construcción de políticas públicas saludables;
- b) El desarrollo de ambientes favorecedores de la salud;
- c) La realización de acciones de capacitación, educación e información que

XXXI Bis. Periodo neonatal: etapa que inicia al nacimiento y termina 28 días después del mismo.

XXXI Ter. Periodo perinatal: etapa que inicia a las 22 semanas de gestación y termina 7 días después del nacimiento.

XXXII...

XXXIII. a LI...

permitan a las personas tomar decisiones que favorezcan su salud;

d) El impulso a la participación social amplia y efectiva, y

e) La reorientación de los servicios de salud hacia su universalidad e integralidad.

XXXV. Protección contra Riesgos Sanitarios: acciones dirigidas a proteger a la población contra riesgos a la salud provocados por el uso y consumo de bienes y servicios, insumos para la salud, así como por su exposición a factores ambientales y laborales, la ocurrencia de emergencias sanitarias y la prestación de servicios de salud mediante la regulación, control y prevención de riesgos sanitarios;

XXXVI. Red Integrada de Servicios de Salud: conjunto integrado de establecimientos, recursos humanos y financieros, infraestructura, insumos, equipamiento, comunicaciones, transporte y tecnología para la atención universal a la salud de las personas, cuya organización, coordinación, complementariedad resolutive e interconexión garantizan la prestación integral, continua, con calidad y seguridad de servicios de salud a toda la población que habita en un área geográfica determinada;

XXXVII. Reglamento: Reglamento de la Ley de Salud de la Ciudad de México;

XXXVIII. Salud en tu Vida: modelo de atención integral a la salud de la Secretaría, enfocado a garantizar el acceso universal y gratuito a los servicios médicos y medicamentos a través de la atención primaria de salud, la integralidad de la atención, la coordinación intersectorial y la estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud.



Los cuales incluirán servicios de salud a domicilio a mujeres embarazadas, personas mayores, enfermos postrados o terminales y personas con discapacidad;

XXXIX. Salud Pública: disciplina encargada de la protección de la salud a nivel poblacional, que busca mejorar las condiciones de salud de las comunidades mediante la promoción de estilos de vida saludables, las campañas de concientización, la educación y la investigación;

XL. Secretaría de Educación: Secretaría de Educación, Ciencia, Tecnología e Innovación de la Ciudad de México;

XLI. Secretaría de Inclusión: Secretaría de Inclusión y Bienestar Social de la Ciudad de México;

XLII. Secretaría Federal: Secretaría de Salud de la Administración Pública Federal;

XLIII. Secretaría: Secretaría de Salud de la Ciudad de México;

XLIV. Servicio de Atención Médica Pre hospitalaria de Urgencias: conjunto de recursos humanos y materiales que permiten la atención óptima de las personas que cursan una urgencia médica, desde la llamada de auxilio, la atención profesional en el sitio de ocurrencia, hasta su entrega al personal del hospital adecuado;

XLV. Servicios de Salud: acciones que se realizan en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad;



XLVI. SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida;

XLVII. Sistema de Salud de la Ciudad: conjunto de dependencias, órganos desconcentrados y organismos descentralizados del Gobierno de la Ciudad personas físicas o morales de los sectores social y privado que prestan servicios de salud o tengan por objeto mejorar la calidad de la vida humana, reducir los riesgos a la salud, la morbilidad y la mortalidad, crear condiciones para el disfrute de todas las capacidades humanas para contribuir al bienestar y proteger el derecho a la salud con apoyo de las autoridades, mecanismos y la normativa correspondiente así como por los instrumentos jurídicos de coordinación que se suscriban con el Instituto de Salud para el Bienestar, dependencias o entidades de la Administración Pública local y Federal;

XLVIII. Sistema de Vigilancia Epidemiológica: conjunto de estrategias, métodos, acciones y plataformas que permiten la vigilancia y seguimiento de la morbilidad y la mortalidad, de manera permanente y en emergencias sanitarias, para la producción de información epidemiológica útil para el diseño de intervenciones sanitarias mediante planes y programas;

XLIX. Sustancia psicoactiva: sustancia que altera algunas funciones psicológicas y a veces físicas, que al ser consumida reiteradamente tiene la probabilidad de dar origen a una adicción. Estos productos incluyen las sustancias, estupefacientes y psicotrópicos clasificados en la Ley General, aquellos de uso médico, los de uso industrial, los derivados de elementos de origen natural, los de diseño, así como el tabaco y el alcohol;



<p>L. Vigilancia Epidemiológica: recopilación estadística sistemática, continua, oportuna y confiable de información relevante y necesaria sobre las condiciones de salud de la población, que comprende el procesamiento, análisis e interpretación de los datos sobre riesgos y daños a la salud de la población, para la toma de decisiones y su difusión, y</p> <p>LI. VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana.</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 y derechos humanos durante el embarazo, el parto y el puerperio;</p> <p style="text-align: center;">SIN CORRELATIVO</p> <p>II. La atención de niñas y niños, así como la vigilancia de su crecimiento y desarrollo, incluyendo la promoción de la vacunación oportuna y de su correcta nutrición. Para el cumplimiento de esto último, la Secretaría dará a conocer, por los medios de su alcance y en el ámbito de su competencia, la importancia de la lactancia materna, así como las conductas consideradas discriminatorias que limitan esta práctica y con ello, afecten la dignidad humana de la mujer y el derecho a la alimentación de las niñas y los niños;</p>	<p>Artículo 64...</p> <p>I...</p> <p>I Bis. La atención con sentido común, humanizado, respetuoso, ético y con la empatía y sensibilización necesaria para la madre y el padre que acaba de pasar por una pérdida gestacional, perinatal o neonatal.</p> <p>II. ...</p> <p>III. ...</p>



<p>III. La realización de los estudios de laboratorio y gabinete, aplicación de indicaciones preventivas y tratamiento médico que corresponda, a fin de evitar diagnosticar y controlar defectos al nacimiento;</p>	
<p>IV. La aplicación del tamiz neonatal ampliado;</p>	IV. ...
<p>V. El diagnóstico oportuno y atención temprana de la displasia en el desarrollo de la cadera;</p>	V. ...
<p>VI. La atención de la salud visual, bucal, auditiva y mental;</p>	VI. ...
<p>VII. La detección temprana de la sordera y su tratamiento, desde los primeros días del nacimiento;</p>	VII. ...
<p>VIII. La prevención de la transmisión materno-infantil del VIH-SIDA y de la sífilis congénita;</p>	VIII. ...
<p>IX. Los mecanismos de aplicación obligatoria a fin de que toda persona embarazada pueda estar acompañada en todo momento, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y puerperio, incluyendo el procedimiento de cesárea, y</p>	IX. ...
<p>X. La atención dirigida a niñas y niños con el objeto de establecer las acciones necesarias para la detección y prevención oportuna de los tumores pediátricos, y establecer los convenios y coordinación necesarios para ese fin.</p>	X. ...
<p>Artículo 65. En la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, la Secretaría establecerá, entre otros, lo siguiente:</p>	Artículo 65...
<p>I. Procedimientos que permitan la participación activa de las familias en la</p>	I. ...



<p>prevención y atención oportuna de los padecimientos de las personas usuarias;</p>	
<p>II. Acciones de orientación y vigilancia institucional fomentando la lactancia materna y la ayuda alimentaria tendiente a mejorar el estado nutricional del grupo materno-infantil;</p>	<p>II. ...</p>
<p>III. Acciones para controlar las enfermedades prevenibles por vacunación, los procesos diarreicos y las infecciones respiratorias agudas de los menores de 5 años;</p>	<p>III. ...</p>
<p>IV. Acciones de diagnóstico y atención temprana de la displasia en el desarrollo de los menores de 5 años;</p>	<p>IV. ...</p>
<p>V. Acciones tendientes a fomentar la práctica de la lactancia materna, así como erradicar la discriminación hacia las mujeres que la realicen en vías y espacios públicos. Para contribuir al fomento de la lactancia, los entes públicos de la Ciudad preferentemente deberán disponer de recursos y el espacio adecuado para la disposición de un lactario en sus sedes;</p>	<p>V. ...</p>
<p>VI. Acciones para informar y posibilitar cuando la infraestructura lo permita, el acompañamiento de las mujeres embarazadas por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y puerperio, incluyendo el procedimiento de cesárea, en las instituciones de salud públicas y privadas, las cuales deberán tomar las medidas de higiene y seguridad necesarias, y</p>	<p>VI. ...</p>
<p>VII. Acciones que posibiliten la incorporación de la partería profesional al modelo de atención "Salud en tu vida" de los servicios de salud de la Ciudad.</p>	<p>VII. ...</p>
	<p>VIII. Acciones ante muertes gestacionales, perinatales y</p>



SIN CORRELATIVO

neonatales, que deberán salvaguardar lo siguiente:

a) Que quienes hayan padecido la muerte de una hija o hijo, tengan derecho a recibir atención, orientación y vigilancia adecuada en los ámbitos bio-psico-social, a fin de reducir la angustia psicológica, eliminar el estigma social, el aislamiento, el riesgo de ruptura familiar, el abuso y la violencia;

b) El personal médico deberá informar sobre la conveniencia de análisis de sangre y/o tejidos, así como la autopsia, para determinar la causa de la muerte a fin de resolver la fase de culpa del duelo y sobre futuros embarazos;

c) Asegurar la sensibilización del personal médico para dar noticias sobre de las muertes gestacionales, perinatales y neonatales, evitando términos técnicos y utilizando, de ser el caso, el nombre del fallecido o refiriéndose a éste como bebé, hija o hijo;

d) Dar la opción de decidir sobre su proceso médico a llevar a cabo, ya sea parto o cesárea, con base en información precisa respecto de ambos procesos de acuerdo con cada caso y salvaguardando la integridad de la mujer;



SIN CORRELATIVO

SIN CORRELATIVO

e) Permitir la libre elección sobre las decisiones que deberá tomar sobre los cuidados inmediatos de su bebé, como verlo, cargarlo, realización de pruebas médicas;

f) Recibir el apoyo médico e institucional para la generación de elementos materiales para conservación de recuerdos de los bebés, hijas o hijos fallecidos, a fin de facilitar el inicio de un duelo sano;

g) De ser factible y así lo decida la madre, procurar la separación de las mujeres en duelo de los espacios donde están las mujeres con sus bebés vivos, colocando un distintivo, a fin de sensibilizar e identificarlas respecto de su condición, al personal médico y acompañantes de estancia;

h) Informar y orientar de forma suficiente, clara y oportuna al caso concreto, para una mejor y más adecuada decisión de la madre sobre la continuación o inhibición de la lactogénesis; y

i) Permitir la expresión libre de sentimientos de madres y padres.

Para dar pleno cumplimiento a lo anterior la Secretaría elaborará los protocolos respectivos.

TRANSITORIOS

PRIMERO.- Remítase a la persona titular de la Jefatura de Gobierno para su promulgación y publicación en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México.

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

TERCERO.- El Gobierno de la Ciudad de México contará con 120 días hábiles, contados a partir de la entrada en vigor del presente Decreto, para expedir los manuales y/o protocolos en materia de atención en caso de muertes gestacionales, perinatales y neonatales.

CUARTO.- La Secretaria conforme a la suficiencia presupuestal y viabilidad técnica, generará acciones para adecuar instalaciones hospitalarias para poder separar a mujeres con sus bebés vivos de quienes hayan padecido el fallecimiento de un bebé, hija o hijo.

8.2. Articulado propuesto.

INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE ADICIONAN LAS FRACCIONES XVI BIS, XXXI BIS Y XXXI TER AL ARTÍCULO 6; SE ADICIONA LA FRACCIÓN I BIS AL ARTÍCULO 64; Y SE ADICIONA UNA FRACCIÓN VIII Y UN SEGUNDO PÁRRAFO AL ARTÍCULO 65 DE LA LEY DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO, EN MATERIA DE ATENCIÓN EN CASOS DE MUERTES GESTACIONALES, PERINATALES Y NEONATALES, para quedar como sigue:

Artículo 6...

I. a XVI...

XVI Bis. Edad gestacional, periodo transcurrido desde el primer día de la última menstruación normal en una mujer con ciclos menstruales regulares, sin uso de anticonceptivos hormonales; con fecha de última menstruación confiable, hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. Se expresa en semanas y días completos.

XVII. a XXXI...



XXXI Bis. Periodo neonatal: etapa que inicia al nacimiento y termina 28 días después del mismo.

XXXI Ter. Periodo perinatal: etapa que inicia a las 22 semanas de gestación y termina 7 días después del nacimiento.

XXXIII. a LI...

Artículo 64...

I...

I Bis. La atención con sentido común, humanizado, respetuoso, ético y con la empatía y sensibilización necesaria para la madre y el padre que acaba de pasar por una gestacional, perinatal o neonatal.

II. a X...

Artículo 65...

I. a VII. ...

VIII. Acciones ante muertes gestacionales, perinatales y neonatales, que deberán salvaguardar lo siguiente:

a) Que quienes hayan padecido la pérdida de una hija o hijo, tengan derecho a recibir atención, orientación y vigilancia adecuada en los ámbitos bio-psico-social, a fin de reducir la angustia psicológica, eliminar el estigma social, el aislamiento, el riesgo de ruptura familiar, el abuso y la violencia;

b) El personal médico deberá informar sobre la conveniencia de análisis de sangre y/o tejidos, así como la autopsia, para determinar la causa de la muerte a fin de resolver la fase de culpa del duelo y sobre futuros embarazos;

c) Asegurar la sensibilización del personal médico para dar noticias sobre de las muertes gestacionales, perinatales y neonatales, evitando términos técnicos y utilizando, de ser el caso, el nombre del fallecido o refiriéndose a éste como bebé, hija o hijo;



d) Dar la opción de decidir sobre su proceso médico a llevar a cabo, ya sea parto o cesárea, con base en información precisa respecto de ambos procesos de acuerdo con cada caso y salvaguardando la integridad de la mujer;

e) Permitir la libre elección sobre las decisiones que deberá tomar sobre los cuidados inmediatos de su bebé, como verlo, cargarlo, realización de pruebas médicas;

f) Recibir el apoyo médico e institucional para la generación de elementos materiales para conservación de recuerdos de los bebés, hijas o hijos fallecidos, a fin de facilitar el inicio de un duelo sano;

g) De ser factible y así lo decida la madre, procurar la separación de las mujeres en duelo de los espacios donde están las mujeres con sus bebés vivos, colocando un distintivo, a fin de sensibilizar e identificarlas respecto de su condición, al personal médico y acompañantes de estancia;

h) Informar y orientar de forma suficiente, clara y oportuna al caso concreto, para una mejor y más adecuada decisión de la madre sobre la continuación o inhibición de la lactogénesis; y

i) Permitir la expresión libre de sentimientos de madres y padres.

Para dar pleno cumplimiento a lo establecido en la fracción VIII de este artículo, la Secretaría elaborará los protocolos y/o manuales respectivos.

TRANSITORIOS

PRIMERO.- Remítase a la persona titular de la Jefatura de Gobierno para su promulgación y publicación en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México.

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

TERCERO.- El Gobierno de la Ciudad de México contará con 120 días hábiles, contados a partir de la entrada en vigor del presente Decreto, para expedir los manuales y/o protocolos en materia de atención en caso de muertes gestacionales, perinatales y neonatales.

CUARTO.- La Secretaria, conforme a la suficiencia presupuestal y viabilidad técnica, generará acciones para adecuar instalaciones hospitalarias para poder separar a mujeres con sus bebés vivos de quienes hayan padecido el fallecimiento de un bebé, hija o hijo.

Dado en el Recinto Legislativo de Donceles, a octubre de 2022

Polimnia Romana Sierra Bárcena

DIP. POLIMNIA ROMANA SIERRA BÁRCENA
Integrante del Partido de la Revolución Democrática

Ciudad de México, a octubre de 2022

**DIP. FAUSTO MANUEL ZAMORANO
ESPARZA.
PRESIDENTE DE LA MESA DIRECTIVA
DEL CONGRESO DE LA CIUDAD DE
MÉXICO, II LEGISLATURA.
P R E S E N T E.**

POLIMNIA ROMANA SIERRA BÁRCENA, integrante del Grupo Parlamentario del Partido de la Revolución Democrática, en uso de las facultades que me confieren los artículos los artículos 46 fracción I, de la Constitución Política de la Ciudad de México; así como, 4 fracciones XXI y XXXIX del Reglamento del Congreso de la Ciudad de México, los cuales establecen la facultad de las y los diputados de ingresar iniciativas de leyes, decretos y presentar proposiciones y denuncias ante el Congreso, las cuales deben cumplir con la fundamentación y motivación que dicha normativa exige, someto a consideración de este H. Órgano Parlamentario la presente **INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE ADICIONAN LAS FRACCIONES XVI BIS, XXXI BIS Y XXXI TER AL ARTÍCULO 6; SE ADICIONA LA FRACCIÓN I BIS AL ARTÍCULO 64; Y SE ADICIONA UNA FRACCIÓN VIII Y UN SEGUNDO PÁRRAFO AL ARTÍCULO 65 DE LA LEY DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO, EN MATERIA DE ATENCIÓN EN CASOS DE MUERTES GESTACIONALES, PERINATALES Y NEONATALES.**

I. ENCABEZADO O TÍTULO DE LA PROPUESTA: INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE ADICIONAN LAS FRACCIONES XVI BIS, XXXI BIS Y XXXI TER AL ARTÍCULO 6; SE ADICIONA LA FRACCIÓN I BIS AL ARTÍCULO 64; Y SE ADICIONA UNA FRACCIÓN VIII Y UN SEGUNDO PÁRRAFO AL ARTÍCULO 65 DE LA LEY DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO, EN MATERIA DE ATENCIÓN EN CASOS DE MUERTES GESTACIONALES, PERINATALES Y NEONATALES.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA QUE LA INICIATIVA PRETENDE RESOLVER.

2.1. ¿Cuándo se presenta la muerte gestacional o perinatal?



La muerte gestacional o fetal ocurre cuando el bebé no nacido tiene más de 22 semanas en el vientre de su madre. En el caso de alcanzar las 28 semanas o inclusive nacer y superar la primera semana de vida, pero ocurre el deceso, entonces se habla de muerte perinatal.

Cuando el bebé nace, pero presenta problemas durante los 28 días siguientes y muere, ocurre lo que se conoce con el nombre de muerte neonatal o de recién nacidos.

Según la Organización Mundial de la Salud, cada año se producen casi 2 millones de muertes prenatales, una cada 16 segundos. Y más del 40 por ciento de estos fallecimientos ocurren durante el parto, la OMS también reportó que cada año, en todo el mundo, 303 mil mujeres mueren durante el embarazo o el parto. En nuestro país ocurren 62 muertes gestacionales cada día, mientras que más de dos millones de recién nacidos mueren durante el primer mes de vida, lo que se conoce como muerte neonatal.

En 2014, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó el Plan de Acción para Todos los Recién Nacidos, que establece la meta mundial de que, de aquí a 2030, todos los países lleguen a una cifra de 12 mortinatos o menos por 1000 nacimientos totales.

Para 2019, 128 países, la mayoría de ellos de ingresos altos y medianos altos, habían alcanzado este objetivo, pero todavía hay muchos que no lo han hecho. Alrededor del 84 por ciento de la totalidad de muertes prenatales se registraron en los países de ingresos bajos y medianos bajos; sin embargo, también se pueden observar altas tasas de muertes prenatales entre los grupos vulnerables y las minorías étnicas en los países de ingresos altos.

2.2. MOTIVOS POR LAS QUE SE PRESENTA LA MUERTE PERINATAL Y GESTACIONAL.

Tanto el papá como la mamá cuando comienzan el proceso de planeación para la procreación de un bebé se encuentran construyendo un mundo casi mágico por la llegada de su bebé, donde todo es motivo de alegría, pero también hay riesgos de que se presenten etapas difíciles, de preocupación e incertidumbre, pero el día del nacimiento es sin duda el más peligroso para las madres y sus bebés.

Las causas y factores que influyen en la mortalidad perinatal aún son bastante desconocidas, aunque las más habituales son:

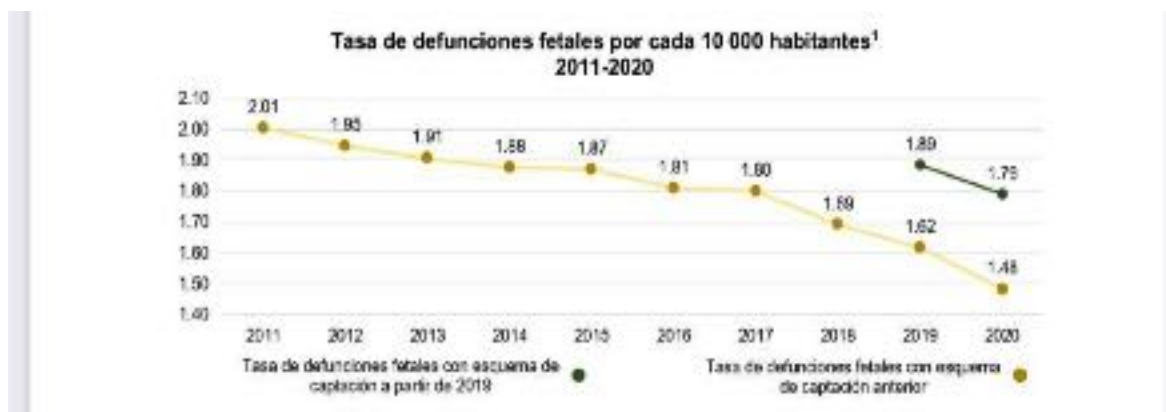
- Problemas de la placenta.
- Anomalías congénitas.
- Complicaciones médicas en la madre durante la gestación o el parto.
- Infecciones intrauterinas.
- Ingesta de fármacos, drogas o tabaco.
- Accidentes.
- Edad materna.
- Preeclampsia.
- Hipotensión.

También hay que tener en cuenta factores sociales, biológicos o ambientales que pueden influir, como son el nivel socioeconómico o el acceso a un buen sistema sanitario.

En los últimos años, la comunidad investigadora ha creado nuevas estrategias para prevenir y mejorar el estado de salud de las mujeres y sus bebés, con miras a reducir la mortalidad materna, gestacional y neonatal, fenómenos considerados por la OMS como un problema de salud pública.

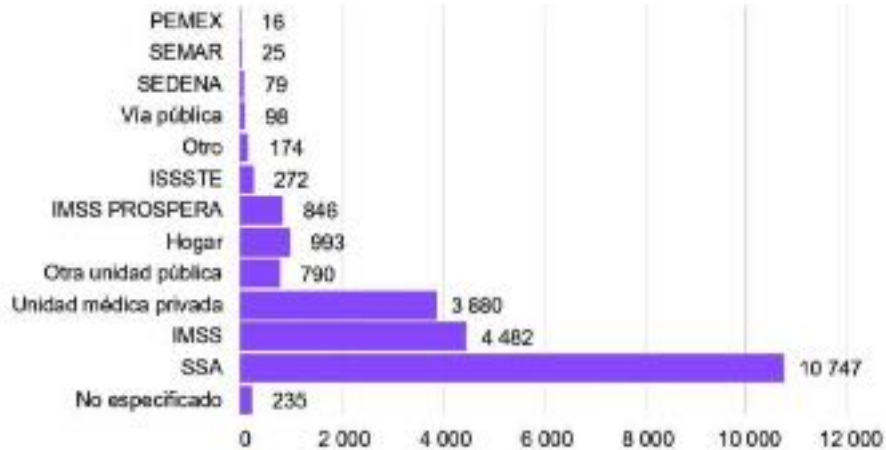
2.3 ESTADÍSTICAS DE DEFUNCIONES GESTACIONALES Y PERINATALES.

Durante 2021, en México se registraron 23,000 defunciones gestacionales, lo que representó un aumento de 1.6 por ciento con respecto a 2020, cuando se reportaron en ese año 22 mil 637 fallecimientos, con lo que se obtiene una tasa de 1.48 con la captación tradicional y 1.79 defunciones por cada 10, 000 habitantes con la incorporación de la información captada por la SSA.



La Secretaría de Salud y el Instituto Mexicano del Seguro Social atendieron en conjunto a las madres que presentaron el 67.3% de las defunciones fetales. Por su parte, las unidades médicas privadas atendieron el 17.1 por ciento.

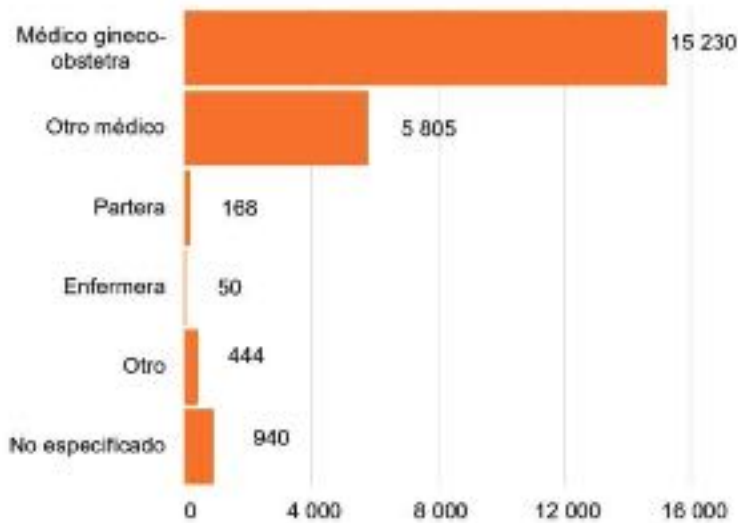
Defunciones fetales según sitio de ocurrencia de la extracción o expulsión



El 67.3% (15 230) de los embarazos que terminaron en muerte gestacional fueron atendidos por médicos gineco-obstetras y 25.6% (5 805) por otro tipo de médico. En contraparte, el personal que menos atendió este tipo de procedimiento fueron las enfermeras con un 0.2% (50). Las categorías complementarias con sus magnitudes, se aprecian en la siguiente gráfica.



Defunciones fetales según persona que atendió el parto



Las muertes gestacionales tardías (de 28 o más semanas de gestación) representaron el mayor número de casos con 9,588 (42.4%), seguidas de las intermedias (de 20 a 27 semanas) con 7,816 (34.5%) y de las precoces (de 12 a 19 semanas) con 5,232 (23.1%). Se excluye un caso de edad gestacional no especificada.

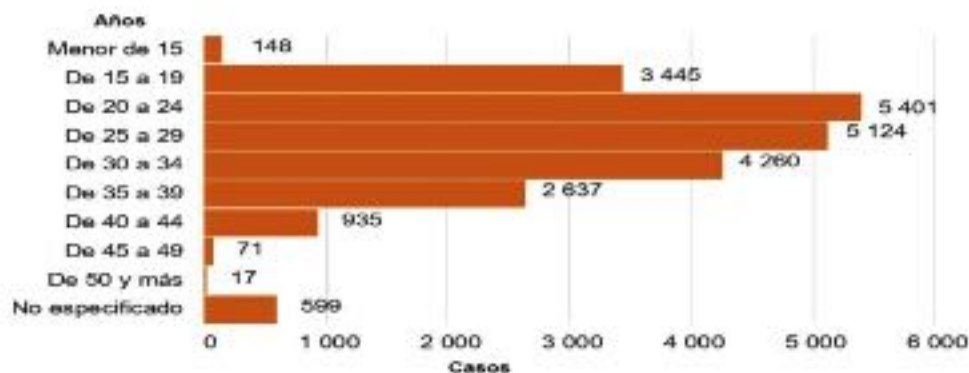
Defunciones fetales según edad gestacional



Los grupos de edad de las mujeres que concentran el mayor número de embarazos con alguna complicación que terminó con la muerte del producto son el de 20 a 24

años con un 23.9%, el de 25 a 29 con 22.6%, y el de 30 a 34 con 18.8% que en conjunto ascienden a 65.3% del total.

Defunciones fetales según edad de la madre



2.4. DUELO ANTE LA PRESENCIA DE LA MUERTE GESTACIONAL O PERINATAL

El día del nacimiento es posiblemente el momento más peligroso para las madres y los niños. Cada año, en todo el mundo, 303,000 mujeres mueren durante el embarazo o el parto, 2,7 millones de recién nacidos mueren durante sus primeros 28 días de vida y 2,6 millones de niños nacen muertos.

El profesionalismo por parte del personal de Salud debe ser garante de transmitir tranquilidad, apoyo y sentirse acompañada en todo momento, antes, durante y después, humanizarse con la madre a fin de no sentir miedo, preocupación ante la adversidad.

Las mujeres al momento de entrar al hospital están deseosas y llenas de felicidad, ilusión de expectativas de dar a luz y conocer a su bebé, ninguna mujer está preparada para recibir la dolorosa noticia de que ha fallecido su hijo.

La Secretaria de Salud de la Ciudad de México deberá implementar acciones de capacitación al personal Médico, Enfermeras, Auxiliares, Personal Administrativo y todo los que conformen parte del sistema de Salud para que por medio de programas y técnicas de calidad haya acercamiento humano con las mujeres que se enfrenten a la pérdida de su hijo, para que haya un trato digno, respetuoso a fin de hacer del duelo un proceso de entendimiento y aceptación.

2.5. Consejos para tratar la muerte gestacional

–**Respetar su duelo.** Evitar insistir en hablar del tema, es probable que aún estén asimilando que su hijo o hija haya fallecido. Primero preguntar si desean hablar del tema, acompañarlos cuando lo deseen. Darles tiempo y espacio para entender su pérdida.

–**Ser empático.** Aunque sea difícil saber exactamente por lo que están pasando, trata de acompañarlo en su dolor.

–**Ellos son padres.** Cuando una persona está esperando un bebé con deseo, se convierte en su padre o madre, por lo tanto, la pérdida dolerá aunque el bebé no haya nacido, llámalos como lo que son, los padres.

–**Evitar frases del tipo.** “Las cosas pasan por algo”, “Pronto vendrá otro bebé”. Los padres no están pensando en suplir a su hijo con un bebé nuevo y tampoco les tuvo que “pasar por algo”. Estas frases pueden herir más de lo que podrían apoyarlos.

–**Apoyarlos en actividades diarias.** Por ejemplo, llevarles comida preparada. Probablemente tendrán trámites por hacer, ayudarlos con esto o con las tareas de casa podría permitirles a tomarse un tiempo de vivir su duelo.

–**Ofrecer ayuda profesional.** Aunque nuestras intenciones de ayudar sean buenas, la ayuda profesional de un psicólogo puede resultar más acertada.

La muerte de un pequeño es dolorosa y es un tema real al que muchas familias se enfrentan y si hacemos el intento de entenderlos, podremos ayudarlos a superar este episodio de dolor.

2.6. BANCOS DE LECHE MATERNA EN LA CIUDAD DE MÉXICO

Los Bancos de Leche Humana son centros Especializados para el procesamiento, almacenaje y distribución de la leche materna. Su finalidad es establecer una reserva de leche materna pasteurizada para asegurar el derecho de los recién nacidos a una alimentación segura y oportuna. Es una estrategia para mejorar la salud de los recién nacidos proporcionándoles una alimentación adecuada, completa y natural.

Un elemento importante para considerar es que la donación de leche materna beneficia a menores recién nacidos que, por distintas razones, no pueden ser



amamantados por sus madres, bebés prematuros o de bajo peso, que están en terapia intensiva y a los que no toleran fórmulas de leche artificial.

La leche materna promueve el desarrollo sensorial y cognitivo, además de proteger al bebé de enfermedades infecciosas y crónicas. La lactancia natural exclusiva reduce la mortalidad infantil por enfermedades de la infancia, como la diarrea o la neumonía, y favorece un pronto restablecimiento en caso de enfermedad

La lactancia materna reduce la mortalidad infantil y tiene beneficios sanitarios que llegan hasta la edad adulta. Para el conjunto de la población se recomienda la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida.

Por medio de la recolección de leche materna, de su procesamiento y entrega se busca promover y apoyar la lactancia.

Al menos, mil 500 mamás generan entre 170 y 210 litros de leche para los bebés del hospital, en 2019, por ejemplo, la productividad fue la recolección de mil 600 litros de leche materna, esto representa 136 litros por mes. Con la donación de Leche Materna, hace dos años se beneficiaron a 18 bebés desde su estancia hasta que salen del hospital, “dos de ellos de mamás con covid-19 que por estar en resguardo domiciliario tenían dificultad para enviar leche materna para sus bebés”.

Disponer de una extensa Red de Bancos de Leche Materna y gran número de donantes permite que todos los niños que lo necesiten puedan recibir leche de madre en ausencia de la misma, para su mejor desarrollo y como la mejor medicina.

- 1) La leche materna contribuye al desarrollo de los neonatos de bajo peso con riesgo de patología digestiva o intestinal, déficit inmunitario o una salud precaria.
- 2) También se utiliza después de cirugías del aparato digestivo, puesto que esta leche es más fácil de digerir y facilita la recuperación intestinal.
- 3) Su consumo disminuye las infecciones generalizadas graves y combate las necrosis intestinales, la causa principal de defunción entre los neonatos.

III. PROBLEMÁTICA DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

3.1. Las Mujeres frente a la muerte gestacional o perinatal.



El duelo que se vive frente a este problema no tiene nombre ni calificativo ya que, al morir un hijo, en este caso un bebé, representa una de las mayores pérdidas que una familia puede atravesar, al estar en el periodo de embarazo, tanto el padre como madre se preparan para una llegada con ilusiones, expectativas y sueños, los cuales se ven derrumbados por la presencia de la muerte.

De acuerdo con Jorge Arturo Cardona Pérez, director general del Inper, la muerte fetal es un tema vulnerable que representa un impacto social muy fuerte. *“Una mujer embarazada se encuentra en un estado fisiológico, biológico, social, psicológico, muy especial y obviamente en un riesgo inminente”*, refiere el neonatólogo.

Cuando se tiene una muerte fetal, dice Salvador Espino, la postura de muchos de los profesionales de la salud es terminar con el embarazo e ignorar el evento, incluso en muchas latitudes se sugiere a la madre no ver a su bebé, no conocerlo, *“esto impacta de forma negativa en la fase del duelo, tradicionalmente se ha considerado como un evento minimizado tanto en el ámbito médico como en la sociedad”*, dice.

Es normal que la paciente se sienta mal, pero esperamos que la transición de las etapas del duelo no tenga consecuencias importantes en la salud mental, en el entorno familiar y social. Tenemos que investigar cómo la muerte neonatal afecta la dinámica familiar. Sospechamos que hay mayor prevalencia de problemas de pareja, esto es algo nuevo que observamos en nuestras investigaciones cualitativas. Vamos a tratar de caracterizar el fenómeno como factor de riesgo para otro tipo de consecuencias.

Uno de los proyectos de investigación, explica Salvador Espino y Sosa, consiste en abordar las causas de la muerte fetal, evaluar la exposición de estrés y trastornos psicológicos que enfrentan las pacientes y sus familias durante el proceso de afrontamiento y duelo perinatal.

“Algo que hemos observado y que es una realidad, es que todavía muchas mujeres arrastran el concepto de que parte del éxito de ser mujeres es tener un hijo sano, entonces cuando sucede muerte fetal creen que fue su culpa. Es decir, impacta de forma primaria en este tipo de situaciones; el concepto de mujer debe empoderarse para eliminar este tipo de situaciones que pueden resultar traumáticas”, comenta.

En la mayoría de los casos, la mortinatalidad y la mortalidad neonatal se pueden evitar con una atención sanitaria de calidad durante el embarazo y el parto. En casi



todos los casos de mortinatalidad y en la mayoría de los casos de muerte neonatal no se expiden certificados de nacimiento o defunción, por lo que el sistema de salud nunca los registra, los notifica ni los investiga. Como resultado de ello, los países no suelen saber el número de muertes o sus causas y no pueden adoptar las medidas eficaces y oportunas necesarias para evitar la muerte de otros niños y madres

IV. ARGUMENTOS QUE LA SUSTENTAN.

El duelo gestacional como **“morir cuando la vida empieza”**. La muerte es sin duda, siempre, una situación dolorosa pero una de las más dolorosas, sin duda, es conocer a un hijo para despedirse de él o quizá ni siquiera, llegar a conocerle. Es tremendamente doloroso conocer y despedir al mismo tiempo. Esta es la difícil situación a la que se enfrentan los padres que viven la experiencia de que mueran sus hijos cerca del nacimiento.

El duelo gestacional trae consigo además el hecho de que suele vivirse de forma silenciosa, negado. En una sociedad que vive de espaldas a la muerte, la pérdida de un hijo durante el embarazo o inmediatamente después de su nacimiento (muerte perinatal) se convierte en un “duelo desautorizado”. No hay bebé al que enterrar, no quedan recuerdos.

La muerte perinatal es una de las peores pérdidas que puede vivir un ser humano. Un acontecimiento que viene a traer alegría y esperanzas, como lo es la llegada de un hijo, se ve empañado por la tristeza, la desolación.

La Pérdida.

Esta pérdida llega muchas veces sin avisar, de manera inesperada. Los padres quedan en shock ante lo ocurrido ya que uno se imagina, siempre, que un embarazo genera vida, no estamos preparados para relacionar embarazo con muerte y ambos conceptos parecen estar muy alejados pero en esta ocasión, confluyen.

El duelo.

La muerte de un hijo representa una de las mayores pérdidas que una familia pueda atravesar y sin lugar a duda, se transforma en un duelo profundo al cual no se le puede dar un nombre o calificativo una vez que el bebé parte de este mundo.

Generalmente, el dolor de la madre suele ser más intenso ya que es en su mismo cuerpo donde se gestó y se perdió la misma vida y es complicado aceptar que todo eso ocurre en el mismo lugar.

Sentimientos de los padres en duelo.

Los sentimientos de los padres ante la muerte de su bebé suelen ser muy dolorosos y pasan por diferentes etapas; sienten incredulidad y **negación**, es como una pesadilla de la que quieren despertar. **Dolor, tristeza, angustia**. Han perdido a un ser querido que, aunque no le hayan llegado a conocer o haya sido por poco tiempo, es un ser muy querido. Sienten rabia e ira ante la imposibilidad de que su hijo viva acompañados de un sentimiento de injusticia. Sentimientos de culpa que suele ser más fuerte en la madre dada la vivencia corporal del embarazo. Es bastante habitual el aislamiento y soledad ya que los padres se sienten incomprendidos, sienten que no les entienden y que lo sucedido, solo les pasa a ellos.

Acompañar la pérdida

La pesadilla suele empezar con un “no hay latido” y, a partir de ese momento, es imprescindible que la familia tenga una red de apoyo y cuente con la empatía y la ayuda profesional.

El papel de la *doula* ha sido siempre el de acompañar. Por lo tanto, contar con el apoyo y el acompañamiento de una *doula* durante el duelo gestacional puede contribuir a transitar este difícil camino de una forma menos traumática. También se requiere del acompañamiento de un profesional de la salud mental (psicólogo/a, terapeuta), o tanatólogo/a.

Los familiares y amigos, por otro lado, también pueden acompañar, sobretodo con palabras y gestos que demuestren compasión y empatía. Dedicando un recurso tan valioso como lo es el tiempo.

Permitiéndoles que expresen sus sentimientos y emociones. Sin minimizar, sin juzgar

La sociedad desconoce esta pérdida e invita a los padres a dejar pasar, a dejarse rápidamente. Conozco a alguien que perdió a su bebé recién nacido y en una oportunidad, en una celebración del día de las madres alguien le dijo «felicidades, oh no, es verdad, tú no eres mamá».

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

5.1. Fundamento legal



La presente iniciativa se realiza con fundamento en lo establecido en los artículos 46 fracción I, de la Constitución Política de la Ciudad de México; así como, 4 fracciones XXI y XXXIX del Reglamento del Congreso de la Ciudad de México, los cuales establecen la facultad de las y los diputados de ingresar iniciativas de leyes, decretos y presentar proposiciones y denuncias ante el Congreso, las cuales deben cumplir con la fundamentación y motivación que dicha normativa exige.

5.2. RAZONAMIENTOS SOBRE CONSTITUCIONALIDAD Y CONVENCIONALIDAD DE LA INICIATIVA.

5.3. MARCO JURÍDICO INTERNACIONAL

La Declaración Universal de Derechos Humanos, que fue aprobada por la Organización de las Naciones Unidas, precedente importante y fundamental en la población en materia de Derechos Humanos, y como base para el respeto a la vida y al trato digno se exponen los siguientes apartados.

El artículo 1 que menciona la igualdad de los seres humanos tanto de hombres y mujeres, que desde el nacimiento nacen libres e igual de derechos, citando:

“ARTÍCULO 1

Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.”

Como base fundamental que garantiza el Estado de que todas y todos puedan gozar de sus derechos e igualdad frente a los demás.

Se resalta el artículo 22 que menciona:

“ARTÍCULO 22

Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales,



Por su importancia, ya que hace mención a los derechos DESCAs, tales como lo son los derechos económicos, sociales y culturales, en relación de que toda persona es dotada de estos Internacionalmente para poder vivir.

El artículo 25 que se citan los numerales 1 y 2, al acceso a salud, servicios médicos, bienestar y alimentación, que como base de una vida es desde la maternidad en donde se deben de procurar y aplicar con fin de desarrollo integro que se citan en los siguientes párrafos:

“ARTÍCULO 25

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene, asimismo, derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales.”

Así mismo, tenemos El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el cual, menciona los derechos civiles y políticos que se establecen en la Declaración Universal de los Derechos Humanos con el fin de especificar las directrices que se deben observar al momento de tutelar los derechos.

“Artículo 3

Los Estados Parte en el presente Pacto se comprometen a garantizar a hombres y mujeres la igualdad en el goce de todos los derechos civiles y políticos enunciados en el presente Pacto.”

Los Estados parte se comprometen y deben garantizar la igualdad en hombres y mujeres al momento de la tutela de derechos, civiles y políticos, que están establecidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos.



“Artículo 23

1. La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.”

La familia en cierto momento comienza desde la planeación de procrear y cuando hay maternidad, el Estado como lo marca este artículo Internacional se ve obligado por la protección y el desarrollo en conjunto y el de la mujer.

La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la mujer, amén de que toda persona y en específico las mujeres tiene derecho a no ser discriminado, pero sobre todo la mujer en la sociedad, aportando dicha normativa, elementos claros y preciso en beneficio del bienestar de la mujer, desarrollo y la importancia social de la maternidad.

“Artículo 1

A los efectos de la presente Convención, la expresión "discriminación contra la mujer" denotará toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera.”

La obligación del Estado en donde se comprometen a garantizar condena a la discriminación contra la mujer en todas sus formas y sin excepción alguna que en materia de maternidad y parto haya trato digno.

“Artículo 2

Los Estados Parte condenan la discriminación contra la mujer en todas sus formas, convienen en seguir, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, una política encaminada a eliminar la discriminación contra la mujer y, con tal objeto, se comprometen a:



a) *Consagrar, si aún no lo han hecho, en sus constituciones nacionales y en cualquier otra legislación apropiada el principio de la igualdad del hombre y de la mujer y asegurar por ley u otros medios apropiados la realización práctica de ese principio;*

b) *Adoptar medidas adecuadas, legislativas y de otro carácter, con las sanciones correspondientes, que prohíban toda discriminación contra la mujer;*

c) *Establecer la protección jurídica de los derechos de la mujer sobre una base de igualdad con los del hombre y garantizar, por conducto de los tribunales nacionales competentes y de otras instituciones públicas, la protección efectiva de la mujer contra todo acto de discriminación;*

d) *Abstenerse de incurrir en todo acto o práctica de discriminación contra la mujer y velar por que las autoridades e instituciones públicas actúen de conformidad con esta obligación;*

e) *Tomar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer practicada por cualesquiera personas, organizaciones o empresas;*

f) *Adoptar todas las medidas adecuadas, incluso de carácter legislativo, para modificar o derogar leyes, reglamentos, usos y prácticas que constituyan discriminación contra la mujer;*

g) *Derogar todas las disposiciones penales nacionales que constituyan discriminación contra la mujer.”*

El numeral 2 del artículo 4, precisa sobre la maternidad, la cual hay medidas especiales por los Estados Parte, la cual no se considerará discriminatoria.

“Artículo 4

2. La adopción por los Estados Partes de medidas especiales, incluso las contenidas en la presente Convención,



encaminadas a proteger la maternidad no se considerará discriminatoria.”

Podemos observar que en el inciso b del artículo 5, encontraremos que atañe a los Estados parte tomar las medidas propias para garantizar que la maternidad sea parte de la educación como función social.

“Artículo 5

Los Estados Parte tomarán todas las medidas apropiadas para:

b) Garantizar que la educación familiar incluya una comprensión adecuada de la maternidad como función social y el reconocimiento de la responsabilidad común de hombres y mujeres en cuanto a la educación y al desarrollo de sus hijos, en la inteligencia de que el interés de los hijos constituirá la consideración primordial en todos los casos.”

Tenemos a la Convención Americana sobre Derechos Humanos, Pacto de San José Costa Rica, que en su artículo 1 menciona la obligación de respetar los Derechos Humanos.

“ARTÍCULO 1.

Obligación de Respetar los Derechos

1. Los Estados Parte en esta Convención se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.”

La Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Belem do Para), en la cual tenemos en su artículo 1 las especificaciones sobre violencia contra mujer mencionando el maltrato psicológico.

“Artículo 1



Para los efectos de esta Convención debe entenderse por violencia contra la mujer cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado.”

5.4. MARCO JURÍDICO NACIONAL

Como jerarquía suprema de ley en México tenemos a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la cual consagra nuestros derechos a gozar y obligaciones como deberes, la cual fortalece a las normas internacionales muy en particular en el deber de la protección y garantía de los Derechos Humanos.

“Artículo 1o. En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece.

...

Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.”

La especificación del artículo 4 de la Carta Magna es muy claro y preciso sobre la protección de los derechos de la mujer de la igualdad ante el hombre, así mismo su creación familiar y el derecho de acceso a la salud.

“Artículo 4o.- La mujer y el hombre son iguales ante la ley. Ésta protegerá la organización y el desarrollo de la familia.

Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.



Toda Persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social.”

La norma actual que nos rige en materia de salud tenemos a la Ley de Salud de la Ciudad de México que amén de la atención materno-infantil establece los derechos y obligaciones tanto Gobierno como de usuarios, atención de la niñez y su desarrollo.

“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 y derechos humanos durante el embarazo, el parto y el puerperio;

II. La atención de niñas y niños, así como la vigilancia de su crecimiento y desarrollo, incluyendo la promoción de la vacunación oportuna y de su correcta nutrición. Para el cumplimiento de esto último, la Secretaría dará a conocer, por los medios de su alcance y en el ámbito de su competencia, la importancia de la lactancia materna, así como las conductas consideradas discriminatorias que limitan esta práctica y con ello, afecten la dignidad humana de la mujer y el derecho a la alimentación de las niñas y los niños;

III. La realización de los estudios de laboratorio y gabinete, aplicación de indicaciones preventivas y tratamiento médico



que corresponda, a fin de evitar diagnosticar y controlar defectos al nacimiento;

IV. La aplicación del tamiz neonatal ampliado;

V. El diagnóstico oportuno y atención temprana de la displasia en el desarrollo de la cadera;

VI. La atención de la salud visual, bucal, auditiva y mental;

VII. La detección temprana de la sordera y su tratamiento, desde los primeros días del nacimiento;

VIII. La prevención de la transmisión materno-infantil del VIH-SIDA y de la sífilis congénita;

IX. Los mecanismos de aplicación obligatoria a fin de que toda persona embarazada pueda estar acompañada en todo momento, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y puerperio, incluyendo el procedimiento de cesárea, y

X. La atención dirigida a niñas y niños con el objeto de establecer las acciones necesarias para la detección y prevención oportuna de los tumores pediátricos, y establecer los convenios y coordinación necesarios para ese fin.”

Con el fin de garantizar el sano proceso de maternidad y como obligación del Estado que tiene con los habitantes, extiende acciones para la creación un bienestar y un desarrollo digno en la mujer y el bebé.

“Artículo 65. *En la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, la Secretaría establecerá, entre otros, lo siguiente:*

I. Procedimientos que permitan la participación activa de las familias en la prevención y atención oportuna de los padecimientos de las personas usuarias;



II. Acciones de orientación y vigilancia institucional fomentando la lactancia materna y la ayuda alimentaria tendiente a mejorar el estado nutricional del grupo materno-infantil;

III. Acciones para controlar las enfermedades prevenibles por vacunación, los procesos diarreicos y las infecciones respiratorias agudas de los menores de 5 años;

IV. Acciones de diagnóstico y atención temprana de la displasia en el desarrollo de los menores de 5 años;

V. Acciones tendientes a fomentar la práctica de la lactancia materna, así como erradicar la discriminación hacia las mujeres que la realicen en vías y espacios públicos. Para contribuir al fomento de la lactancia, los entes públicos de la Ciudad preferentemente deberán disponer de recursos y el espacio adecuado para la disposición de un lactario en sus sedes;

VI. Acciones para informar y posibilitar cuando la infraestructura lo permita, el acompañamiento de las mujeres embarazadas por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y puerperio, incluyendo el procedimiento de cesárea, en las instituciones de salud públicas y privadas, las cuales deberán tomar las medidas de higiene y seguridad necesarias, y

VII. Acciones que posibiliten la incorporación de la partería profesional al modelo de atención “Salud en tu vida” de los servicios de salud de la Ciudad.”

Así mismo para los niños de edad escolar, este artículo 66 creará acciones donde garantizará el desarrollo en materia de salud.

“Artículo 66. *Corresponde al Gobierno establecer y promover acciones específicas para proteger la salud de las niñas y niños en edad escolar y de la comunidad escolar, de conformidad con las disposiciones legales aplicables.*

El Gobierno, a través de las instancias competentes promoverá la realización del examen médico integral a los educandos, incorporando sus resultados a la Cartilla Nacional



En virtud de lo anterior, se propone a esta Soberanía la siguiente reforma que versa sobre los siguientes puntos:

1) Terminología.- Se establecen los conceptos de edad gestacional, periodo neonatal y perinatal, de conformidad con la NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, dado que son en estas 3 etapas donde sucede la muerte de bebés.

2) Se establece los principios que deberán regir la atención para casos de muerte gestacional, perinatal o neonatal que deberá ser con sentido común, humanizado, respetuoso, ético y con la empatía y sensibilización necesaria para la madre y el padre.

3) Respecto de las acciones que deberá ejercer el personal médico ante muertes gestacionales, perinatales y neonatales, se consideran indispensables los siguiente:

a) Recibir atención, orientación y vigilancia adecuada en los ámbitos bio-psico-social, a fin de reducir la angustia psicológica, eliminar el estigma social, el aislamiento, el riesgo de ruptura familiar, el abuso y la violencia.

b) El personal médico deberá informar sobre la conveniencia de análisis de sangre y/o tejidos, así como la autopsia, para determinar la causa de la muerte a fin de resolver la fase de culpa del duelo y sobre futuros embarazos.

Es necesario que el personal médico informe sobre la conveniencia de análisis de sangre, autopsia y/o tejidos, esto es recomendado para determinar la causa de la muerte fetal o neonatal. Conocer la causa de muerte puede resolver la fase de culpa del duelo y, sobre todo, futuros embarazos.

En el caso de la probabilidad de hacer autopsia al bebé, se sugiere informar a los padres o familiares la importancia de conocer las causas de la muerte para así, en su caso, poder determinar si un futuro embarazo tendría el mismo desenlace. Esto se tendría que plantear de una manera respetuosa y con un lenguaje sencillo.

Algunos padres pueden ver en la autopsia una falta de respeto hacia el cuerpo de su bebé y motivar esto la negativa a practicarla. En otras denegaciones existen



motivos religiosos o mala información desde el equipo sobre la técnica. Ante ello, se recomienda respetar la decisión que tomen.

c) Asegurar la sensibilización del personal médico para dar noticias sobre de las muertes gestacionales, perinatales y neonatales, evitando términos técnicos y utilizando, de ser el caso, el nombre del fallecido o refiriéndose a éste como bebé, hija o hijo.

d) Dar la opción de decidir sobre su proceso médico a llevar a cabo, ya sea parto o cesárea, con base en información precisa respecto de ambos procesos de acuerdo con cada caso y salvaguardando la integridad de la mujer.

e) Permitir la libre elección sobre las decisiones que deberá tomar sobre los cuidados inmediatos de su bebé, como verlo, cargarlo, realización de pruebas médicas.

f) Recibir el apoyo médico e institucional para la generación de elementos materiales para conservación de recuerdos de los bebés, hijas o hijos fallecidos, a fin de facilitar el inicio de un duelo sano.

El duelo por la muerte de un ser querido se apoya en recuerdos; sin embargo, cuando muere un bebé en el vientre los recuerdos son casi nulos. En hospitales de países donde existen protocolos para casos de muertes gestacionales y neonatales, se cuenta con una “caja de recuerdos” llamada *memory box*, con una sencilla decoración externa y con algunos elementos del bebé o de su paso por el hospital: la ropita que llevaría puesta, el gorro y los zapatitos, la pulsera identificativa con su nombre otorgada por el hospital y fecha de nacimiento, un mechón de pelo, la huella de su mano o pie, alguna tarjeta con una frase, e información con recursos disponibles a la comunidad, grupos de apoyo, lecturas recomendadas y recursos en línea.

En estos casos hay la libertad de que cada hospital elabore su propia caja y tarjeta con frases. En todo caso, creemos conveniente que se permita a los grupos dedicados a dar acompañamiento para que puedan entregar este tipo de herramientas.

En países como Estados Unidos, Canadá y europeos por protocolo entregan este tipo de cajas, llamadas en esos lugares *Memory box*, las cuales se entregan previo a un acompañamiento psicológico profesional y una explicación del porqué es importante este tipo herramientas, las cuales facilitan el inicio de un duelo sano.

La generación de los recuerdos en el hospital es fundamental. Es la única oportunidad que tienen para hacerlo. Madres y padres se lamentan de no haber podido quedarse con un recuerdo de sus hijas/os fallecidos. En el proceso de duelo perinatal una fotografía ayuda a recordar y mantener la conexión con su bebé, es tan poco el tiempo de contacto, si es que lo hay, que una foto puede hacer la diferencia, además de que ayuda mucho en su proceso.

g) De ser factible y así lo decida la madre, procurar la separación de las mujeres en duelo de los espacios donde están las mujeres con sus bebés vivos, colocando un distintivo, a fin de sensibilizar e identificarlas respecto de su condición, al personal médico y acompañantes de estancia.

Es conveniente designar y separar camas que puedan ser ocupadas por mujeres que hayan experimentado la muerte de un bebé para evitar el acercamiento con mujeres que están con sus bebés.

De acuerdo con testimonios, la mayoría de las mujeres que atravesaron por la muerte de un bebé señalan que el estar en la misma sala de mujeres con bebés vivos, les provocó un profundo dolor; factor que entorpece el proceso de duelo. Se sugiere identificar las camas o habitaciones con un símbolo que identifique la situación de la mujer en estos casos.

Se informará a todo el hospital sobre el significado de este símbolo y lo que ha pasado, esto requiere que todas las personas que trabajan en el lugar (personal médico, trabajo social, personal de limpieza) conozcan las normas que permitan respetar la intimidad de la mujer y es necesario advertir que esta señalización es de respeto y no de exclusión y ni de aislamiento.

La Guía Clínica de Muerte Fetal, Feto Único, elaborada por el Consejo de Salubridad General, recomienda:

“Se debe de ofrecer asesoría psicológica a la paciente y pareja, otros miembros de la familia (niños y abuelos). Los padres que presentan muerte fetal deben de recibir información óptima, psicológica especializada.

“De ser posible, se debe de colocar a la paciente en una habitación separada, su expediente o habitación deben



distinguirse de manera que puedan alertar al personal de salud o familiares que estén ante un caso de muerte fetal.

“De ser posible, las unidades deben de tener una habitación separada para las pacientes con duelo.

“Se debe de proporcionar que tanto a los padres o familiares cercanos vean al recién nacido sin vida ya que muchas madres han afirmado que la muerte no fue real para ellas hasta que lo vieron.

“Se debe asesorar a los familiares cercanos de la paciente con muerte fetal para detección de manifestaciones clínicas de estados depresivos”.

h) Informar y orientar de forma suficiente, clara y oportuna al caso concreto, para una mejor y más adecuada decisión de la madre sobre la continuación o inhibición de la lactogénesis.

“Pechos llenos, brazos vacíos”, es una frase devastadora para cientos de mujeres que atraviesan por la muerte gestacional o neonatal. Estas mujeres en la mayoría de los casos producen leche después de la muerte de su bebé, lo que les genera incertidumbre y mucho dolor.

En México, muchas de estas mujeres salen del hospital sin saber que su cuerpo producirá leche, causando un impacto en su estabilidad emocional de por sí ya dañada.

En estos casos, muchos hospitales siguen protocolos de inhibición farmacológica o fisiológica de la lactancia, a veces pensando que de este modo se ayuda a no añadir más dolor al que ya hay, y otras, por eliminar un elemento que “no se va a usar”. Sin embargo, esto no siempre supone las mejores ventajas físicas y emocionales para la madre gestante.

Por otra parte, es de señalarse que no hay suficientes datos para demostrar que los medicamentos para inhibir la lactancia son seguros y efectivos. El uso rutinario de medicamentos para la supresión de la lactancia posparto se ha vuelto controversial y algunos médicos expertos ahora consideran esta práctica como obsoleta. Suele

administrarse de manera precoz en las primeras 6-12 horas tras el nacimiento a dosis de 1 mg en toma única.

En muchos casos funciona de forma adecuada y la inhibición es completa, pero en otros, tras unos días, cuando la mujer ha regresado a su domicilio, la producción de leche comienza de nuevo, encontrándose sin información adecuada y sin ningún apoyo ni contención.

En estos casos es muy importante el soporte emocional y la adecuada información sobre la inhibición fisiológica como método para inhibir la lactancia tras el fallo de la cabergolina. No se puede donar leche habiendo tomado este medicamento pues se excreta por la leche; no debe usarse en mujeres con preeclampsia ni hipertensión posparto, o si tiene otro bebé lactante en casa.

De preferencia, se sugiere hacerle saber a la madre que probablemente su cuerpo producirá leche, hay que darle toda la información sobre las diferentes opciones e incluso, informarle sobre los bancos de leche que aceptan a estas madres en duelo. En algunos países, es muy común que se les brinde acompañamiento emocional para que ellas tomen las decisiones que en esos momentos son las más ideales, y si deciden por la donación se les da seguimiento.

La inhibición fisiológica se fundamenta en la extracción de mínimas cantidades de leche para evitar las molestias de la ingurgitación y conseguir que el Factor de Inhibición de la Lactancia contenido en la propia leche inhiba la lactogénesis progresivamente.

i) Permitir la expresión libre de sentimientos de madres y padres.

Para dar pleno cumplimiento a lo anterior la Secretaría elaborará los protocolos respectivos.

VI. DENOMINACIÓN DEL PROYECTO DE LEY O DECRETO: INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE ADICIONAN LAS FRACCIONES XVI BIS, XXXI BIS Y XXXI TER AL ARTÍCULO 6; SE ADICIONA LA FRACCIÓN I BIS AL ARTÍCULO 64; Y SE ADICIONA UNA FRACCIÓN VIII Y UN SEGUNDO PÁRRAFO AL ARTÍCULO 65 DE LA LEY DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO, EN MATERIA DE ATENCIÓN EN CASOS DE MUERTES GESTACIONALES, PERINATALES Y NEONATALES.

VII. ORDENAMIENTOS A MODIFICAR. LEY DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

VIII. TEXTO NORMATIVO PROPUESTO.

8.1. Cuadro comparativo.

LEY DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO.	
TEXTO ORIGINAL	TEXTO MODIFICADO
<p>Artículo 6. Para los efectos de esta Ley se entiende por:</p> <p>I. Administración Pública local: conjunto de dependencias, órganos y entidades que componen la Administración Pública Centralizada y Paraestatal de la Ciudad de México;</p> <p>II. Acuerdo de Coordinación: instrumento jurídico mediante el cual la Ciudad de México y el Instituto de Salud para el Bienestar formalizan los recursos en numerario y especie de carácter federal, que se transfieran o entreguen a esta entidad. Dichos recursos no serán embargables, ni podrán gravarse, afectarlos en garantía, ni destinarlos a fines distintos a los expresamente previstos;</p> <p>III. Alcaldía: órgano político administrativo de cada demarcación territorial de la Ciudad de México;</p> <p>IV. Alerta Epidemiológica: aviso o comunicado de un evento epidemiológico inminente que representa daño a la salud de la población y/o de trascendencia social, frente al cual es necesario el desarrollo de acciones de salud inmediatas;</p> <p>V. Atención Hospitalaria: conjunto de acciones médicas otorgadas a las personas usuarias en un establecimiento de segundo o tercer nivel, en las cuatro especialidades</p>	<p>Artículo 6...</p> <p>I..</p> <p>II...</p> <p>III...</p> <p>IV...</p> <p>V...</p>



básicas de la medicina: Cirugía General, Gineco-Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría y otras especialidades complementarias y de apoyo derivadas de las mismas, que prestan servicios de urgencias, consulta externa y hospitalización. Además de realizar actividades de prevención, curación, rehabilitación y de cuidados paliativos, así como de formación y desarrollo de personal para la salud y de investigación científica;

VI. Atención Médica: conjunto de servicios que se proporcionan a las personas usuarias con el fin de proteger, promover y restaurar su salud, así como brindarle los cuidados paliativos en situación terminal, y que puede ser ambulatoria u hospitalaria;

VI...

VII. Atención Médica Ambulatoria: conjunto de servicios que se proporcionan en establecimientos fijos o móviles y en domicilio, con el fin de proteger, promover o restaurar la salud de personas usuarias que no requieren ser hospitalizadas;

VII...

VIII. Atención Médica Integral: conjunto de actividades realizadas por el personal profesional y técnico del área de la salud, que lleva a cabo la detección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en su caso, referencia y contrarreferencia, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud, así como brindarle los cuidados paliativos en situación terminal;

VIII...

IX. Atención Prehospitalaria de las Urgencias Médicas: conjunto de acciones médicas otorgadas al paciente cuya condición clínica se considera que pone en peligro la vida, un órgano o su función con el fin de lograr la limitación del daño y su estabilización orgánico-funcional desde el primer contacto hasta la llegada y entrega a un

IX...



establecimiento para la atención médica con servicios de urgencia;	
X. Atención Primaria de Salud: asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y Gobierno puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación, orienta sus funciones y estructura a los valores de la equidad, la solidaridad social, y el derecho de todo ser humano a gozar del grado máximo de salud que se pueda alcanzar sin distinción de origen étnico, religión, ideología política, género, condición económica o social;	X...
XI. Catálogo de Medicamentos e Insumos: documento en el que se agrupan, caracterizan y codifican todos los medicamentos, el material de curación, el instrumental, el equipo médico y los auxiliares de diagnóstico empleados por el Sistema de Salud para otorgar servicios a la población;	XI...
XII. Centro Regulador de Urgencias Médicas: instancia técnico-médico-administrativa, dependiente de la Secretaría, que establece la secuencia de las actividades específicas para la atención médica pre hospitalaria, en el sitio del evento crítico, el traslado y la recepción en el establecimiento para la atención médica designado, con la finalidad de brindar atención médica oportuna y especializada las 24 horas del día, todos los días del año;	XII...
XIII. Ciudad: Ciudad de México;	XIII...
	XIV...



XIV. Constitución Federal: Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos;

XV...

XV. Constitución Local: Constitución Política de la Ciudad de México;

XVI. Determinantes Sociales de la Salud: condiciones económicas, políticas, sociales, culturales y de bienestar en que las personas nacen, crecen, se alimentan, viven, educan, trabajan, divierten, envejecen y mueren;

XVI...

XVI Bis. Edad gestacional, periodo transcurrido desde el primer día de la última menstruación normal en una mujer con ciclos menstruales regulares, sin uso de anticonceptivos hormonales; con fecha de última menstruación confiable, hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. Se expresa en semanas y días completos.

XVII...

XVII. Emergencia Sanitaria: evento extraordinario ocasionado por brotes, epidemias y pandemias con potencialidad de generar un aumento de la morbi-mortalidad de la población o afectación inusitada de la salud pública y que para su atención requiere una estructura funcional y recursos para una atención urgente, oportuna e integral del sector salud con un enfoque de protección del derecho a la salud;

XVIII...

XVIII. Etapa Terminal: fase final de una enfermedad incurable, progresiva y mortal con escasa o nula respuesta a tratamiento específico disponible y pronóstico de vida inferior a seis meses;

XIX...

XIX. Expediente Clínico Electrónico: sistema informático que almacena los datos del paciente en formato digital, que se intercambian de manera segura y puede ser



consultado por múltiples usuarios autorizados;	
XX. Grupos de Atención Prioritaria: personas que debido a la desigualdad estructural enfrentan discriminación, exclusión, maltrato, abuso, violencia y mayores obstáculos para el pleno ejercicio de sus derechos y libertades fundamentales, en términos de lo dispuesto por la Constitución Política de la Ciudad de México;	XX...
XXI. Gobierno: Gobierno de la Ciudad de México;	XXI...
XXII. Instituto de Salud para el Bienestar: organismo descentralizado de la Administración Pública Federal, sectorizado a la Secretaría de Salud Federal, encargado de proveer y garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas que no cuentan con seguridad social. En términos del Acuerdo de Coordinación, éste podrá tener la posesión de los establecimientos para la atención médica que correspondan al primer y segundo nivel de atención, con la finalidad de que se destinen exclusivamente a dichos servicios;	XXII...
XXIII. ITS: infecciones de Transmisión Sexual;	XXIII...
XXIV. Interrupción Legal del Embarazo: procedimiento médico que se realiza a solicitud de la mujer embarazada hasta la décima segunda semana completa de gestación, como parte de una atención integral basada en el derecho de las mujeres a decidir sobre su vida reproductiva en condiciones de atención médica segura;	XXIV...
XXV. Interrupción Voluntaria del Embarazo: procedimiento médico que a solicitud de la mujer embarazada realizan los integrantes	XXV...



<p>del Sistema de Salud de la Ciudad de México, como consecuencia de una violación sexual, sin que la usuaria lo haya denunciado ante las autoridades competentes, lo anterior en términos de lo previsto en la NOM-046-SSA2-2005 y normativa aplicable;</p>	
<p>XXVI. Persona titular de la Jefatura de Gobierno: Jefa o Jefe de Gobierno de la Ciudad de México;</p>	<p>XXVI...</p>
<p>XXVII. Ley: Ley de Salud de la Ciudad de México;</p>	<p>XXVII...</p>
<p>XXVIII. Ley General: Ley General de Salud;</p>	<p>XXVIII...</p>
<p>XXIX. Medicina Preventiva: es el conjunto de intervenciones anticipatorias que realiza el Sistema de Salud sobre las personas, dirigidas a preservar la salud, evitar las enfermedades o incidir oportunamente sobre ellas, controlar su progresión y complicaciones, limitar secuelas o daños permanentes y, en lo posible, impedir la discapacidad o la muerte;</p>	<p>XXIX...</p>
<p>XXX. Modelo de Atención Integral en Salud: conjunto de lineamientos, fundamentados en principios, que orienta la forma en que el Gobierno se organiza, en concordancia con la población, para implementar acciones de vigilancia del medio ambiente, promocionar la salud, prevenir las enfermedades, vigilar y controlar el daño, y brindar una atención dirigida a la recuperación y rehabilitación de la salud de las personas, con pertinencia cultural y perspectiva de género e interculturalidad a través del ejercicio de su papel rector, la transparencia de los recursos y la participación social, en los diferentes niveles de atención y escalones de complejidad de su red de servicios;</p>	<p>XXX...</p>
<p>XXXI. Niveles de Atención: modelo de organización de los servicios de atención</p>	<p>XXXI...</p>



médica en función de la frecuencia y complejidad de las enfermedades, basada en la gradualidad e integralidad de acciones de medicina preventiva, con finalidad anticipatoria y para garantizar la continuidad de la atención en el mejor lugar diagnóstico-terapéutico posible, de acuerdo al padecimiento de una persona. Se divide en tres niveles de atención, cada uno de ellos lleva a cabo integralmente las cinco acciones de la medicina preventiva, como son la promoción de la salud, la protección específica, el diagnóstico temprano, tratamiento oportuno, la limitación del daño y la rehabilitación;

a) El primer nivel de atención enfatiza la promoción de la salud y la protección específica, haciendo el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de las enfermedades más frecuentes y que requieren menor complejidad de atención, su ámbito de acción es territorial, ambulatorio y vinculado estrechamente con la participación comunitaria, realizando la referencia al segundo y tercer nivel de atención;

b) El segundo nivel de atención enfatiza el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de problemas de salud que requieren la intervención, programada o de urgencia, de alguna de las cuatro especialidades básicas: Medicina Interna, Pediatría, Ginecoobstetricia y Cirugía General, su ámbito de acción es hospitalario y puede referir hacia el tercer nivel en caso necesario. El segundo nivel debe contrarreferir a la persona atendida hacia el primer nivel para su seguimiento y control ambulatorio, y

c) El tercer nivel es el de mayor complejidad y especialización, enfatiza la limitación del daño y la rehabilitación, atiende las enfermedades más complejas y menos frecuentes, emplea alta tecnología y realiza

a) ...

b)...

c) ...



investigación clínica. Su ámbito de acción es hospitalario y de alta especialidad. Debe contrarreferir hacia los otros niveles de atención, cuando la situación del paciente que requirió de alta especialidad ha sido controlada o resuelta.

SIN CORRELATIVO

SIN CORRELATIVO

XXXII. Personal de salud: profesionales, especialistas, técnicas, auxiliares y demás que laboran en la prestación de los servicios de salud;

XXXIII. Personas usuarias del servicio de salud: toda persona que solicite y obtenga los servicios de salud que presten los sectores público, social y privado, en las condiciones y conforme a las bases que para cada modalidad se establezcan en esta Ley y demás disposiciones aplicables;

XXXIV. Promoción de la Salud: estrategia integral para desarrollar una cultura saludable, proteger y mejorar la salud de las personas individuales y los colectivos mediante:

- a) La construcción de políticas públicas saludables;
- b) El desarrollo de ambientes favorecedores de la salud;
- c) La realización de acciones de capacitación, educación e información que

XXXI Bis. Periodo neonatal: etapa que inicia al nacimiento y termina 28 días después del mismo.

XXXI Ter. Periodo perinatal: etapa que inicia a las 22 semanas de gestación y termina 7 días después del nacimiento.

XXXII...

XXXIII. a LI...



permitan a las personas tomar decisiones que favorezcan su salud;

d) El impulso a la participación social amplia y efectiva, y

e) La reorientación de los servicios de salud hacia su universalidad e integralidad.

XXXV. Protección contra Riesgos Sanitarios: acciones dirigidas a proteger a la población contra riesgos a la salud provocados por el uso y consumo de bienes y servicios, insumos para la salud, así como por su exposición a factores ambientales y laborales, la ocurrencia de emergencias sanitarias y la prestación de servicios de salud mediante la regulación, control y prevención de riesgos sanitarios;

XXXVI. Red Integrada de Servicios de Salud: conjunto integrado de establecimientos, recursos humanos y financieros, infraestructura, insumos, equipamiento, comunicaciones, transporte y tecnología para la atención universal a la salud de las personas, cuya organización, coordinación, complementariedad resolutive e interconexión garantizan la prestación integral, continua, con calidad y seguridad de servicios de salud a toda la población que habita en un área geográfica determinada;

XXXVII. Reglamento: Reglamento de la Ley de Salud de la Ciudad de México;

XXXVIII. Salud en tu Vida: modelo de atención integral a la salud de la Secretaría, enfocado a garantizar el acceso universal y gratuito a los servicios médicos y medicamentos a través de la atención primaria de salud, la integralidad de la atención, la coordinación intersectorial y la estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud.



Los cuales incluirán servicios de salud a domicilio a mujeres embarazadas, personas mayores, enfermos postrados o terminales y personas con discapacidad;

XXXIX. Salud Pública: disciplina encargada de la protección de la salud a nivel poblacional, que busca mejorar las condiciones de salud de las comunidades mediante la promoción de estilos de vida saludables, las campañas de concientización, la educación y la investigación;

XL. Secretaría de Educación: Secretaría de Educación, Ciencia, Tecnología e Innovación de la Ciudad de México;

XLI. Secretaría de Inclusión: Secretaría de Inclusión y Bienestar Social de la Ciudad de México;

XLII. Secretaría Federal: Secretaría de Salud de la Administración Pública Federal;

XLIII. Secretaría: Secretaría de Salud de la Ciudad de México;

XLIV. Servicio de Atención Médica Pre hospitalaria de Urgencias: conjunto de recursos humanos y materiales que permiten la atención óptima de las personas que cursan una urgencia médica, desde la llamada de auxilio, la atención profesional en el sitio de ocurrencia, hasta su entrega al personal del hospital adecuado;

XLV. Servicios de Salud: acciones que se realizan en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad;



XLVI. SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida;

XLVII. Sistema de Salud de la Ciudad: conjunto de dependencias, órganos desconcentrados y organismos descentralizados del Gobierno de la Ciudad personas físicas o morales de los sectores social y privado que prestan servicios de salud o tengan por objeto mejorar la calidad de la vida humana, reducir los riesgos a la salud, la morbilidad y la mortalidad, crear condiciones para el disfrute de todas las capacidades humanas para contribuir al bienestar y proteger el derecho a la salud con apoyo de las autoridades, mecanismos y la normativa correspondiente así como por los instrumentos jurídicos de coordinación que se suscriban con el Instituto de Salud para el Bienestar, dependencias o entidades de la Administración Pública local y Federal;

XLVIII. Sistema de Vigilancia Epidemiológica: conjunto de estrategias, métodos, acciones y plataformas que permiten la vigilancia y seguimiento de la morbilidad y la mortalidad, de manera permanente y en emergencias sanitarias, para la producción de información epidemiológica útil para el diseño de intervenciones sanitarias mediante planes y programas;

XLIX. Sustancia psicoactiva: sustancia que altera algunas funciones psicológicas y a veces físicas, que al ser consumida reiteradamente tiene la probabilidad de dar origen a una adicción. Estos productos incluyen las sustancias, estupefacientes y psicotrópicos clasificados en la Ley General, aquellos de uso médico, los de uso industrial, los derivados de elementos de origen natural, los de diseño, así como el tabaco y el alcohol;



<p>L. Vigilancia Epidemiológica: recopilación estadística sistemática, continua, oportuna y confiable de información relevante y necesaria sobre las condiciones de salud de la población, que comprende el procesamiento, análisis e interpretación de los datos sobre riesgos y daños a la salud de la población, para la toma de decisiones y su difusión, y</p> <p>LI. VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana.</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 y derechos humanos durante el embarazo, el parto y el puerperio;</p> <p style="text-align: center;">SIN CORRELATIVO</p> <p>II. La atención de niñas y niños, así como la vigilancia de su crecimiento y desarrollo, incluyendo la promoción de la vacunación oportuna y de su correcta nutrición. Para el cumplimiento de esto último, la Secretaría dará a conocer, por los medios de su alcance y en el ámbito de su competencia, la importancia de la lactancia materna, así como las conductas consideradas discriminatorias que limitan esta práctica y con ello, afecten la dignidad humana de la mujer y el derecho a la alimentación de las niñas y los niños;</p>	<p>Artículo 64...</p> <p>I...</p> <p>I Bis. La atención con sentido común, humanizado, respetuoso, ético y con la empatía y sensibilización necesaria para la madre y el padre que acaba de pasar por una pérdida gestacional, perinatal o neonatal.</p> <p>II. ...</p> <p>III. ...</p>



<p>III. La realización de los estudios de laboratorio y gabinete, aplicación de indicaciones preventivas y tratamiento médico que corresponda, a fin de evitar diagnosticar y controlar defectos al nacimiento;</p>	
<p>IV. La aplicación del tamiz neonatal ampliado;</p>	<p>IV. ...</p>
<p>V. El diagnóstico oportuno y atención temprana de la displasia en el desarrollo de la cadera;</p>	<p>V. ...</p>
<p>VI. La atención de la salud visual, bucal, auditiva y mental;</p>	<p>VI. ...</p>
<p>VII. La detección temprana de la sordera y su tratamiento, desde los primeros días del nacimiento;</p>	<p>VII. ...</p>
<p>VIII. La prevención de la transmisión materno-infantil del VIH-SIDA y de la sífilis congénita;</p>	<p>VIII. ...</p>
<p>IX. Los mecanismos de aplicación obligatoria a fin de que toda persona embarazada pueda estar acompañada en todo momento, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y puerperio, incluyendo el procedimiento de cesárea, y</p>	<p>IX. ...</p>
<p>X. La atención dirigida a niñas y niños con el objeto de establecer las acciones necesarias para la detección y prevención oportuna de los tumores pediátricos, y establecer los convenios y coordinación necesarios para ese fin.</p>	<p>X. ...</p>
<p>Artículo 65. En la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, la Secretaría establecerá, entre otros, lo siguiente:</p>	<p>Artículo 65...</p>
<p>I. Procedimientos que permitan la participación activa de las familias en la</p>	<p>I. ...</p>



<p>prevención y atención oportuna de los padecimientos de las personas usuarias;</p>	
<p>II. Acciones de orientación y vigilancia institucional fomentando la lactancia materna y la ayuda alimentaria tendiente a mejorar el estado nutricional del grupo materno-infantil;</p>	<p>II. ...</p>
<p>III. Acciones para controlar las enfermedades prevenibles por vacunación, los procesos diarreicos y las infecciones respiratorias agudas de los menores de 5 años;</p>	<p>III. ...</p>
<p>IV. Acciones de diagnóstico y atención temprana de la displasia en el desarrollo de los menores de 5 años;</p>	<p>IV. ...</p>
<p>V. Acciones tendientes a fomentar la práctica de la lactancia materna, así como erradicar la discriminación hacia las mujeres que la realicen en vías y espacios públicos. Para contribuir al fomento de la lactancia, los entes públicos de la Ciudad preferentemente deberán disponer de recursos y el espacio adecuado para la disposición de un lactario en sus sedes;</p>	<p>V. ...</p>
<p>VI. Acciones para informar y posibilitar cuando la infraestructura lo permita, el acompañamiento de las mujeres embarazadas por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y puerperio, incluyendo el procedimiento de cesárea, en las instituciones de salud públicas y privadas, las cuales deberán tomar las medidas de higiene y seguridad necesarias, y</p>	<p>VI. ...</p>
<p>VII. Acciones que posibiliten la incorporación de la partería profesional al modelo de atención "Salud en tu vida" de los servicios de salud de la Ciudad.</p>	<p>VII. ...</p>
	<p>VIII. Acciones ante muertes gestacionales, perinatales y</p>



SIN CORRELATIVO

neonatales, que deberán salvaguardar lo siguiente:

a) Que quienes hayan padecido la muerte de una hija o hijo, tengan derecho a recibir atención, orientación y vigilancia adecuada en los ámbitos bio-psico-social, a fin de reducir la angustia psicológica, eliminar el estigma social, el aislamiento, el riesgo de ruptura familiar, el abuso y la violencia;

b) El personal médico deberá informar sobre la conveniencia de análisis de sangre y/o tejidos, así como la autopsia, para determinar la causa de la muerte a fin de resolver la fase de culpa del duelo y sobre futuros embarazos;

c) Asegurar la sensibilización del personal médico para dar noticias sobre de las muertes gestacionales, perinatales y neonatales, evitando términos técnicos y utilizando, de ser el caso, el nombre del fallecido o refiriéndose a éste como bebé, hija o hijo;

d) Dar la opción de decidir sobre su proceso médico a llevar a cabo, ya sea parto o cesárea, con base en información precisa respecto de ambos procesos de acuerdo con cada caso y salvaguardando la integridad de la mujer;



SIN CORRELATIVO

SIN CORRELATIVO

e) Permitir la libre elección sobre las decisiones que deberá tomar sobre los cuidados inmediatos de su bebé, como verlo, cargarlo, realización de pruebas médicas;

f) Recibir el apoyo médico e institucional para la generación de elementos materiales para conservación de recuerdos de los bebés, hijas o hijos fallecidos, a fin de facilitar el inicio de un duelo sano;

g) De ser factible y así lo decida la madre, procurar la separación de las mujeres en duelo de los espacios donde están las mujeres con sus bebés vivos, colocando un distintivo, a fin de sensibilizar e identificarlas respecto de su condición, al personal médico y acompañantes de estancia;

h) Informar y orientar de forma suficiente, clara y oportuna al caso concreto, para una mejor y más adecuada decisión de la madre sobre la continuación o inhibición de la lactogénesis; y

i) Permitir la expresión libre de sentimientos de madres y padres.

Para dar pleno cumplimiento a lo anterior la Secretaría elaborará los protocolos respectivos.

TRANSITORIOS

PRIMERO.- Remítase a la persona titular de la Jefatura de Gobierno para su promulgación y publicación en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México.

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

TERCERO.- El Gobierno de la Ciudad de México contará con 120 días hábiles, contados a partir de la entrada en vigor del presente Decreto, para expedir los manuales y/o protocolos en materia de atención en caso de muertes gestacionales, perinatales y neonatales.

CUARTO.- La Secretaria conforme a la suficiencia presupuestal y viabilidad técnica, generará acciones para adecuar instalaciones hospitalarias para poder separar a mujeres con sus bebés vivos de quienes hayan padecido el fallecimiento de un bebé, hija o hijo.

8.2. Articulado propuesto.

INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE ADICIONAN LAS FRACCIONES XVI BIS, XXXI BIS Y XXXI TER AL ARTÍCULO 6; SE ADICIONA LA FRACCIÓN I BIS AL ARTÍCULO 64; Y SE ADICIONA UNA FRACCIÓN VIII Y UN SEGUNDO PÁRRAFO AL ARTÍCULO 65 DE LA LEY DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO, EN MATERIA DE ATENCIÓN EN CASOS DE MUERTES GESTACIONALES, PERINATALES Y NEONATALES, para quedar como sigue:

Artículo 6...

I. a XVI...

XVI Bis. Edad gestacional, periodo transcurrido desde el primer día de la última menstruación normal en una mujer con ciclos menstruales regulares, sin uso de anticonceptivos hormonales; con fecha de última menstruación confiable, hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. Se expresa en semanas y días completos.

XVII. a XXXI...



XXXI Bis. Periodo neonatal: etapa que inicia al nacimiento y termina 28 días después del mismo.

XXXI Ter. Periodo perinatal: etapa que inicia a las 22 semanas de gestación y termina 7 días después del nacimiento.

XXXIII. a LI...

Artículo 64...

I...

I Bis. La atención con sentido común, humanizado, respetuoso, ético y con la empatía y sensibilización necesaria para la madre y el padre que acaba de pasar por una gestacional, perinatal o neonatal.

II. a X...

Artículo 65...

I. a VII. ...

VIII. Acciones ante muertes gestacionales, perinatales y neonatales, que deberán salvaguardar lo siguiente:

a) Que quienes hayan padecido la pérdida de una hija o hijo, tengan derecho a recibir atención, orientación y vigilancia adecuada en los ámbitos bio-psico-social, a fin de reducir la angustia psicológica, eliminar el estigma social, el aislamiento, el riesgo de ruptura familiar, el abuso y la violencia;

b) El personal médico deberá informar sobre la conveniencia de análisis de sangre y/o tejidos, así como la autopsia, para determinar la causa de la muerte a fin de resolver la fase de culpa del duelo y sobre futuros embarazos;

c) Asegurar la sensibilización del personal médico para dar noticias sobre de las muertes gestacionales, perinatales y neonatales, evitando términos técnicos y utilizando, de ser el caso, el nombre del fallecido o refiriéndose a éste como bebé, hija o hijo;



d) Dar la opción de decidir sobre su proceso médico a llevar a cabo, ya sea parto o cesárea, con base en información precisa respecto de ambos procesos de acuerdo con cada caso y salvaguardando la integridad de la mujer;

e) Permitir la libre elección sobre las decisiones que deberá tomar sobre los cuidados inmediatos de su bebé, como verlo, cargarlo, realización de pruebas médicas;

f) Recibir el apoyo médico e institucional para la generación de elementos materiales para conservación de recuerdos de los bebés, hijas o hijos fallecidos, a fin de facilitar el inicio de un duelo sano;

g) De ser factible y así lo decida la madre, procurar la separación de las mujeres en duelo de los espacios donde están las mujeres con sus bebés vivos, colocando un distintivo, a fin de sensibilizar e identificarlas respecto de su condición, al personal médico y acompañantes de estancia;

h) Informar y orientar de forma suficiente, clara y oportuna al caso concreto, para una mejor y más adecuada decisión de la madre sobre la continuación o inhibición de la lactogénesis; y

i) Permitir la expresión libre de sentimientos de madres y padres.

Para dar pleno cumplimiento a lo establecido en la fracción VIII de este artículo, la Secretaría elaborará los protocolos y/o manuales respectivos.

TRANSITORIOS

PRIMERO.- Remítase a la persona titular de la Jefatura de Gobierno para su promulgación y publicación en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México.

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

TERCERO.- El Gobierno de la Ciudad de México contará con 120 días hábiles, contados a partir de la entrada en vigor del presente Decreto, para expedir los manuales y/o protocolos en materia de atención en caso de muertes gestacionales, perinatales y neonatales.

CUARTO.- La Secretaria, conforme a la suficiencia presupuestal y viabilidad técnica, generará acciones para adecuar instalaciones hospitalarias para poder separar a mujeres con sus bebés vivos de quienes hayan padecido el fallecimiento de un bebé, hija o hijo.





Dado en el Recinto Legislativo de Donceles, a octubre de 2022

Polimnia Romana Sierra Bárcena

DIP. POLIMNIA ROMANA SIERRA BÁRCENA
Integrante del Partido de la Revolución Democrática

TÍTULO	SUSTITUCIÓN DE INICIATIVA POLIMNIA
NOMBRE DE ARCHIVO	INICIATIVA POLIMNIA.pdf and 1 other
ID DE DOCUMENTO	466bdd3f985671935be8a889bb6d4da60a863f9f
FORMATO FECHA REGISTRO AUDITORÍA	DD / MM / YYYY
ESTADO	● Firmado

Historial del documento

 ENVIADO	10 / 10 / 2022 14:44:53 UTC-4	Enviado para su firma a Polimnia Romana Sierra (polimnia.sierra@congresocdmx.gob.mx) por polimnia.sierra@congresocdmx.gob.mx IP: 189.146.218.74
 VISUALIZADO	10 / 10 / 2022 14:44:56 UTC-4	Visualizado por Polimnia Romana Sierra (polimnia.sierra@congresocdmx.gob.mx) IP: 189.146.218.74
 FIRMADO	10 / 10 / 2022 14:45:13 UTC-4	Firmado por Polimnia Romana Sierra (polimnia.sierra@congresocdmx.gob.mx) IP: 189.146.218.74
 COMPLETADO	10 / 10 / 2022 14:45:13 UTC-4	El documento se ha completado.