



J. Ricardo Fuentes G.

Diputado del Congreso de la Ciudad de México.
I Legislatura.

I LEGISLATURA

morena
La esperanza de México

Ciudad de México a 09 de abril de 2021
Oficio N° CCM/IL/JRFG/C19-59/21

**MTRO. ALFONSO VEGA GONZÁLEZ
COORDINADOR DE SERVICIOS PARLAMENTARIOS
CONGRESO DE LA CIUDAD DE MÉXICO
I LEGISLATURA
PRESENTE.**

De conformidad con lo establecido por los artículos 5 fracción I, 82, 95 Fracción II y 118 del Reglamento del Congreso de la Ciudad de México, numeral 50 del Acuerdo CCMX/I/JUCOPO/013/2020 de la Junta de Coordinación Política, por el que se establecen las Reglas para desarrollar las Sesiones Vía Remota para el Pleno, Mesa Directiva, Junta, Conferencia, Comisiones, Comités y la Comisión Permanente del Congreso de la Ciudad de México, le solicito de manera respetuosa **enlistar en el Orden del Día de la próxima Sesión Ordinaria inmediata**, la siguiente Propuesta de Iniciativa con proyecto de decreto bajo el siguiente título:

PROPUESTA DE INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL CUAL SE REFORMAN DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA.

Sin más por el momento, le envío un afectuoso saludo y adjunto al presente la iniciativa referida.

A T E N T A M E N T E

DocuSigned by:
RICARDO FUENTES GOMEZ
73F30AC180A0445...

DIP. JESÚS RICARDO FUENTES GÓMEZ



J. Ricardo Fuentes G.

Diputado del Congreso de la Ciudad de México.
I Legislatura.

morena
La esperanza de México

I LEGISLATURA

**DIP. ANA PATRICIA BÁEZ GUERRERO
PRESIDENTA DE LA MESA DIRECTIVA
DEL CONGRESO DE LA CIUDAD DE MÉXICO
I LEGISLATURA
PRESENTE.**

El que suscribe, Diputado JESÚS RICARDO FUENTES GÓMEZ, integrante del Grupo Parlamentario Morena ante la I Legislatura del Congreso de la Ciudad de México, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 71, fracción III y 122, apartado A de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 29, apartado A, numeral 1 y apartado D, inciso c); 30, numeral 1, inciso b); de la Constitución Política de la Ciudad de México; 12, fracción II y 13, fracción LXVII de la Ley Orgánica del Congreso de la Ciudad de México; 5, fracción II; 95, fracción II; 96; 325 y 326 del Reglamento del Congreso de la Ciudad de México, someto a la consideración de este H. Congreso de la Ciudad de México, la presente **PROPUESTA DE INICIATIVA ANTE EL CONGRESO DE LA UNIÓN, CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE REFORMAN DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA**, con base en la siguiente:

DS
REG

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La violencia de género presenta múltiples formas de agravio sobre la integridad, dignidad, derecho de expresión y libre tránsito de la mujer, incluido el derecho a la vida. Dentro de las diferentes formas en que se manifiesta la violencia hacia la mujer, se ha dejado de lado un aspecto que, sin duda, resulta ineludible reflexionar hoy en día: el de “la violencia obstétrica”, mismo que todavía sufren millones de mujeres en una etapa tan importante de su vida reproductiva.

El parto es uno de los momentos más significativos y trascendentales en la vida de una mujer, de tal modo que lo que sucede durante éste, queda marcado en la vida tanto de la madre como del bebé. A pesar de los importantes debates e investigaciones que se han desarrollado durante muchos años, el concepto de “normal” durante el trabajo de parto y el parto mismo, no es universal ni se encuentra estandarizado.

Por ejemplo, un hecho que se considera “normal”, es el que se ha producido en las últimas dos décadas en el que se ha registrado un aumento considerable en la aplicación de ciertos medicamentos como parte de las prácticas de trabajo de parto que permiten iniciar, acelerar, terminar, regular o vigilar dicho proceso fisiológico, con el fin de mejorar los resultados tanto para las mujeres como para los bebés. Esta medicalización tiende a debilitar la capacidad de la mujer de dar a luz y afecta de manera negativa su



J. Ricardo Fuentes G.

Diputado del Congreso de la Ciudad de México.
I Legislatura.

morena
La esperanza de México

I LEGISLATURA

experiencia de parto. Además, el mayor uso de intervenciones en el trabajo de parto sin indicaciones claras, continúa ampliando la brecha sanitaria con respecto a la equidad entre entornos con muchos y pocos recursos.

Hoy en día, cada vez se habla más acerca de partos y cesáreas humanizadas y de respetar los derechos de las madres en todo momento de su embarazo parto y puerperio. Durante un parto humanizado, la madre toma absoluto control respecto a la manera en que desea parir, decidiendo desde algo tan sencillo como la posición que tomará durante su labor de parto, convirtiéndose junto a su pareja o familiar que la acompañe, en protagonistas de este evento tan importante de sus vidas. Por el contrario, en un parto “normal” el médico es quien toma todas las decisiones respecto a la manera en que se llevarán a cabo todos los procesos que conducen al parto, abusando en muchas ocasiones, de esta facultad que tienen como profesionales de la salud. Por lo tanto, el tema de la violencia obstétrica se deriva del desconocimiento que da por sentado que muchas de las prácticas llevadas a cabo en los hospitales resultan innecesarias, ya que son realizadas como “simple rutina”; tal es el caso de la tricotomía, la venoclisia o la episiotomía, las cuales no son absolutamente necesarias en todos los casos, restándole en consecuencia naturalidad al parto.

DS
RFG

De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas y la Red Latinoamericana del Caribe y de Bioética, la violencia obstétrica se define como *“el tipo de violencia ejercida por el profesional de salud, sobre el cuerpo y los procesos productivos de las mujeres. Esta clase de violencia se expresa mayoritariamente, aunque no con exclusividad, en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales y en múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y post parto”*.¹

Tomando en cuenta las actitudes y acciones que la definen, la violencia obstétrica comprende todas aquellas prácticas irrespetuosas y agresivas ejercidas por el personal médico hacia la mujer gestante durante la atención del parto; esto se generaliza en todos los servicios de salud no sólo de Latinoamérica y de México, sino de todo el mundo, por lo que se considera como uno de los tipos más extendidos de violencia de género, reforzando además los prejuicios en la atención hacia las mujeres, motivo por el cual la violencia obstétrica es considerada también como un tipo de violencia institucional, producto del patriarcado y expresada en relaciones de poder que legitiman y naturalizan una serie de procedimientos, entre los que se da:²

- a) Una apropiación del cuerpo de la mujer y de los procesos fisiológicos presentes durante el embarazo, el trabajo de parto, el periodo expulsivo del mismo, el alumbramiento de la placenta y la atención de la o el recién nacido y del puerperio en la mujer

¹ <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2016/cmas161s.pdf>

² Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. SECRETARÍA DE SALUD GÉNERO Y SALUD en cifras - Vol. 8 • N° 3 Septiembre – Diciembre 2010



J. Ricardo Fuentes G.

Diputado del Congreso de la Ciudad de México.
I Legislatura.

morena
La esperanza de México

I LEGISLATURA

- b) Un trato deshumanizador hacia la mujer, un abuso de la medicalización y una patologización de los procesos naturales, trayendo consigo la pérdida de autonomía y de la capacidad de decisión de parte de las mujeres durante su embarazo, parto y puerperio, lo cual mengua sus derechos humanos.

Todo lo anterior comprende una serie de acciones que van desde el maltrato físico; humillación y abuso verbal; procedimientos autoritarios para imponer desde la posición corporal que debe adoptar la mujer para el parto, prácticas quirúrgicas “*de rutina*” para facilitar la expulsión del bebé (episiotomía); imposición en la aplicación de métodos anticonceptivos o medicalización al realizar la cesárea; violación a la confidencialidad y a la privacidad de su intimidad; obtención de consentimientos de forma involuntaria o con deficiencia en la información; negación al tratamiento solicitado por la mujer en trabajo de parto; detención de las mujeres y los recién nacidos en las instalaciones hospitalarias debido a la imposibilidad de pagar el servicio en atención particular, sólo por mencionar algunos ejemplos.

DS
RFG

Para un gran número de mujeres atendidas durante el embarazo, parto y puerperio, la violencia obstétrica representa una condición de sufrimiento innecesario, insatisfacción generalizada, violación a sus derechos humanos y un riesgo para su salud, lo cual se extiende hacia sus bebés.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente 140 millones de nacimientos tienen lugar cada año en todo el mundo. La mayoría de estos ocurren sin complicaciones para las mujeres y sus bebés. Sin embargo, en los últimos 20 años, los profesionales han aumentado el uso de intervenciones que anteriormente sólo se usaban para evitar riesgos o tratar complicaciones, como el uso de oxitocina para acelerar el trabajo de parto (medicalización durante el parto), así como el incremento en la práctica de las cesáreas, en muchas ocasiones para comodidad de médico y su agenda.³

La OMS asegura que *"si el parto progresa normalmente y la mujer y su bebé están en buenas condiciones, no necesitan recibir intervenciones adicionales para acelerar el parto"*; ante ello, la OMS emitió recientemente 56 nuevas recomendaciones para establecer estándares globales de atención para las mujeres embarazadas sanas y reducir las intervenciones médicas innecesarias, colocando a la mujer en el centro para una mejor experiencia durante el parto. Estas recomendaciones se encuentran basadas en evidencia respecto a cuales deben ser los cuidados necesarios durante el trabajo de parto e inmediatamente después de éste, tanto para la mujer como para su bebé; además de que buscan establecer normas de buenas prácticas para llevar adelante un trabajo de parto y un parto sin complicaciones. Lo anterior, promueve el concepto de la experiencia en la atención como un

³ <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2018/positive-childbirth-experience/en/#>



J. Ricardo Fuentes G.

Diputado del Congreso de la Ciudad de México.
I Legislatura.

morena
La esperanza de México

I LEGISLATURA

aspecto fundamental para asegurar una atención de alta calidad en el trabajo de previo al parto y el parto, así como mejores resultados y no simplemente como un complemento de las prácticas clínicas de rutina. Es relevante para todas las embarazadas sanas y sus bebés, tomar en cuenta que el parto es un proceso fisiológico que se puede llevar a cabo sin complicaciones para la gran mayoría de las mujeres. En dichas recomendaciones se reconoce una “experiencia de parto positiva”, así como un desenlace trascendente para todas las mujeres en trabajo de parto.⁴

Entre estas recomendaciones destacan:

- I. Atención respetuosa de la maternidad (arm);
- II. Comunicación efectiva (Entre prestadores de atención y las mujeres en trabajo de parto);
- III. Acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto;
- IV. Las embarazadas sanas deben decidir libremente la posición que quiere asumir durante el parto y no obligarlas a la posición de litotomía (acostada boca arriba) durante el trabajo de parto;
- V. No se recomienda la tricotomía (rasurado púbico o perineal “de rutina”);
- VI. No se recomienda la amniotomía temprana ni “de rutina” (ruptura de las membranas mediante el tacto vaginal);
- VII. No se justifica el uso “rutinario” de episiotomía (incisión para ampliar la abertura vaginal);
- VIII. No se recomienda la profilaxis antibiótica de “rutina” para mujeres con parto vaginal sin complicaciones ni con episiotomía realizada;
- IX. Se debe mantener a los recién nacidos sin complicaciones en contacto piel con piel (cpp) con sus madres durante la primera hora después del nacimiento para prevenir la hipotermia, así como para promover la lactancia, y
- X. No se recomienda la aspiración nasal u oral “de rutina” en neonatos nacidos con líquido amniótico, debido a que comienzan a respirar por su propia cuenta al nacer.

Desde 2007, diversos países del contexto latino-americano han adoptado leyes en contra de la violencia obstétrica, siendo Venezuela el primer país que lo definió formalmente como *“la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por el personal, que se expresa en un trato deshumanizado, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres”*.⁵ Por su parte, Argentina incluye éste término dentro de su normatividad de Protección Integral a las Mujeres en el 2009, como una modalidad de la violencia.⁶

⁴ https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

⁵ <https://www.gaceta.unam.mx/padecen-mujeres-violencia-obstetrica-en-mexico/>

⁶ CNDH. RECOMENDACIÓN GENERAL No. 31/2017 SOBRE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-07/RecGral_031.pdf

DS
RFG



J. Ricardo Fuentes G.

Diputado del Congreso de la Ciudad de México.
I Legislatura.

I LEGISLATURA

morena
La esperanza de México

En México, son ya 20 de las 32 entidades federativas las que cuentan con reglamentación específica sobre la violencia obstétrica. Veracruz fue el primer Estado en incorporar dentro de su orden jurídico el concepto de violencia obstétrica en 2008 dentro de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz. El resto de los estados que han ido legislando desde entonces en dicha materias son: Aguascalientes, Baja California, Coahuila, Tlaxcala, Nayarit, Chiapas, Guanajuato, Durango, Chihuahua, Quintana Roo, Tamaulipas, Campeche, Colima, Estado de México, Hidalgo, Morelos, Puebla, Querétaro y San Luis Potosí. Cabe destacar que en Veracruz, Guerrero, Chiapas y Estado de México, tal conducta se encuentra tipificada como delito.⁵

DS
RF6

Para una mayor claridad, se precisa la regulación de la violencia obstétrica en las entidades federativas a través del siguiente mapa.



- La prevén como tipo y/o modalidad de violencia en su ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia.
- La tipifican como delito en su código penal.
- La prevé en la Ley de Salud del Estado de Durango.

En el caso específico de la Ciudad de México, la inclusión del término “violencia obstétrica” se encuentra dentro de la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal, desde marzo del 2015. Desde luego, se incluye también en la Constitución Política de la Ciudad de México en su Artículo 6, apartado F, numeral 2, que a la letra dice:



J. Ricardo Fuentes G.

Diputado del Congreso de la Ciudad de México.
I Legislatura.

I LEGISLATURA

morena
La esperanza de México

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Artículo 6

Ciudad de libertades y derechos

A. a E. (...)

F. *Derechos reproductivos*

1. (...)

2. *Las autoridades adoptarán medidas para prevenir, investigar, sancionar y reparar la esterilización involuntaria o cualquier otro tipo de método anticonceptivo forzado, así como la violencia obstétrica.*

Es un hecho contundente que millones de mujeres mexicanas han experimentado violencia obstétrica, en instituciones de salud tanto públicas como privadas. De acuerdo con el INEGI, entre 2011 y 2016, el 33.4% de las mujeres de 15 a 49 años que tuvieron un parto, sufrió algún tipo de maltrato por parte del personal que las atendió.⁷

La Ciudad de México tiene la más alta proporción de reportes con el 30.5%. Le siguen con el 25% Estado de México, Querétaro, Aguascalientes, Coahuila, Tlaxcala, Yucatán, Jalisco, Morelos e Hidalgo. Con más baja pero aún muy elevada prevalencia con el 20%, están Chihuahua, SLP, Guerrero, Sonora Nuevo León y Campeche. Chiapas es la única entidad por debajo del 15%.

En atención no autorizada, con el 20% están Tlaxcala, SLP, Guanajuato, Puebla y Veracruz. Por debajo del 15% se ubican Coahuila, Quintana Roo, Colima, Guerrero, Nuevo León, Durango, Zacatecas, Nayarit, Sinaloa, Chihuahua. Y con prevalencia menor a 10%, Chiapas. En colocación de DIU o esterilización sin consentimiento, las más altas prevalencias son para Baja California y Puebla (6.7%), seguidas de Veracruz (6.5) y Tabasco, Estado de México y SLP (arriba de 5%). Con prevalencias más bajas están Chiapas, Colima, Campeche y Aguascalientes. Chihuahua es la única con prevalencia menor a 2%.⁸

VIOLENCIA Y MALTRATO

- El 11.2% sufrió gritos y regaños durante el parto.
- El 10.3% dijo que el personal se tardó “mucho en atenderla porque decían que gritaba o se quejaba mucho”.
- El 9.9% fue ignorada cuando preguntaba sobre el parto o su bebé.
- El 9.2% fue obligada a permanecer en una posición incómoda o molesta.

⁷ <https://www.insp.mx/avisos/5138-dia-violencia-mujer-obstetrica.html>

⁸ <https://www.gaceta.unam.mx/padecen-mujeres-violencia-obstetrica-en-mexico/> (MARZO 5, 2020)

DS
RFG



J. Ricardo Fuentes G.

Diputado del Congreso de la Ciudad de México.
I Legislatura.

morena
La esperanza de México

I LEGISLATURA

- El 7% sufrió ofensas y humillaciones del personal.
- Casi el 5% de las mujeres señaló que el personal se negó a anestesiarla o ampliar el bloqueo para disminuir el dolor, sin dar explicaciones.
- Al 3.2%, tras el parto, le impidieron ver, cargar o amamantar a su bebé, durante más de 5 horas y sin causa alguna o sin que les informaran qué causó la tardanza.

DS
RFG

ATENCIÓN NO AUTORIZADA

- El 9.2% fue presionada para que le pusieran un dispositivo o la operaran para ya no tener hijos.
- Al 4.2% se les realizó alguno de estos procedimientos, sin avisarles o sin su consentimiento.
- El 1.7% reportó haber sido obligada a firmar un papel sin conocer de qué se trataba.
- Y al 10.6% de las mujeres que tuvieron cesárea, no se les informó con claridad que era necesaria y del 9.6% no otorgó su autorización.

Estudios realizados por investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) han documentado la violencia hacia las mujeres durante la atención del embarazo, parto y puerperio. *“Pregunté por la causa de la muerte de mi bebé, pero no quisieron darme ninguna explicación”, “Recuerdo vagamente que me dio una hoja de papel para firmar y tomó mi mano para poner mi huella digital sin ninguna explicación” o “Si estamos aquí, es solo porque no tenemos dinero”,* son testimonios de las mujeres que han sufrido abusos por parte de profesionales al recibir atención en los servicios de salud.⁹

Además del maltrato físico y verbal, otra de las formas de violencia en la atención obstétrica es la práctica injustificada de cesáreas en nuestro país. Durante los últimos 5 años, cerca de 8.7 millones de mujeres tuvo al menos un hijo nacido vivo; de ésta cifra, casi el 43% tuvo a su bebé por cesárea, según datos de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2016 (ENDIREH).¹⁰

El sector más vulnerable son las mujeres indígenas. En nuestro país hay más de seis millones de mujeres indígenas, lo que significa que 4.8 millones de éstas (el 80%) son víctimas de la violencia obstétrica. La situación es grave, debido a que según los datos oficiales, seis de cada 10 mujeres indígenas están en etapa reproductiva. En promedio, comienzan su vida sexual a los 16 años, aunque se reportan casos en que la edad disminuyó a los doce años.¹¹

⁹ <https://www.insp.mx/avisos/5138-dia-violencia-mujer-obstetrica.html>

¹⁰ <https://www.gaceta.unam.mx/padecen-mujeres-violencia-obstetrica-en-mexico/>

¹¹ <https://www.eldictamen.mx/veracruz/boca-ver/9-de-cada-10-mujeres-sufren-violencia-obstetrica-en-veracruz/>



J. Ricardo Fuentes G.

Diputado del Congreso de la Ciudad de México.
I Legislatura.

morena
La esperanza de México

I LEGISLATURA

Bajo este contexto, la violencia obstétrica que sufren las mujeres indígenas deriva en actos de discriminación, exclusión y una ausencia de acciones gubernamentales a partir de dos vertientes: la primera radica en la falta de capacitación hacia el personal perteneciente al Sistema de Salud en materia intercultural y derechos indígenas, lo cual impacta en la forma de entender el embarazo, el parto y puerperio por parte de las mujeres indígenas, independientemente del grupo al que pertenezcan. La segunda, refiere a la condición biocultural del parto para este sector de la población, ya que es de entenderse que el proceso del embarazo, parto y puerperio, no es un acto folclórico, ni anecdótico. Por el contrario, intervienen diversos factores de tipo cultural, desde la lengua materna hasta la utilización de la herbolaria y algunas prácticas ancestrales, como es el caso de la partería, que no se concibe como un mero procedimiento gineco-obstétrico unilateral. Sin duda, la ausencia de facilitadores interculturales profundiza la violencia obstétrica hacia las mujeres indígenas en particular y potencializa las acciones de discriminación por parte del Sistema Local de Salud.

DS
RFG

Por ello, integrar ampliamente la perspectiva intercultural y de género al Sistema Institucional de Salud en nuestro país resulta de vital importancia para erradicar progresivamente la violencia obstétrica hacia este sector vulnerable de la población. Como claro ejemplo de este avance, podemos mencionar a los Estados de Chiapas e Hidalgo, que han establecido modelos de atención basados en la interculturalidad, por ejemplo, en el Hospital de la Mujer de San Cristóbal de las Casas participan parteras y se usan prácticas tradicionales. Otro ejemplo es el del Hospital de la Comunidad de Teocelo, muy cerca de Xalapa, Veracruz, el cual tiene casi 20 años tratando de forma natural el parto con cero muertes materno-infantil. Ahí se aplica un modelo humanista, para volver a la naturalización del parto y atenderlo de manera natural desde la etapa pre-natal.¹²

A pesar de múltiples estudios y de su incorporación en el marco legal de algunos países latinoamericanos y entidades federativas en el caso particular de México, la violencia obstétrica continúa desapercibida en las políticas de calidad de los servicios de salud, así como en la discusión para la formación y práctica gineco-obstétrica.

Cabe mencionar que el sector salud cuenta con Normas Oficiales cuyo contenido regula los aspectos vinculados con la prestación de los servicios de salud materna, como procedimientos, expediente clínico, residencias médicas, infraestructura y equipamiento, señalando de manera enunciativa más no limitativa, las siguientes:

¹² CNDH. RECOMENDACIÓN GENERAL No. 31/2017 SOBRE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.
www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-07/RecGral_031.pdf



J. Ricardo Fuentes G.

Diputado del Congreso de la Ciudad de México.
I Legislatura.

I LEGISLATURA

morena
La esperanza de México

Normas Oficiales Mexicanas relacionadas
NOM-007-SSA2-2016 Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.
NOM-206-SSA1-2002 Regulación de los Servicios de Salud, que Establece los Criterios de Funcionamiento y Atención en los Servicios de Urgencias de los Establecimientos de Atención Médica.
NOM-090-SSA1-1994 Para la Organización y Funcionamiento de Residencia Médicas Objetivo y Campo de Aplicación.
NOM-001-SSA3-2012 Educación en salud. Para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas.
NOM-234-SSA1-2003 Utilización de Campos Clínicos, para Ciclos Clínicos e Internado de Pregrado.
NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico.
NOM-016-SSA3-2013 Establece las Características Mínimas de Infraestructura y Equipamiento de Hospitales y Consultorios de Atención Médica Especializada.

DS
RFG

Por lo que respecta a la NOM-007-SSA2-2016, “Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida” es preciso destacar dos aspectos: El primero con relación al punto 3.33, en el cual se define qué es el *parto vertical*, que a diferencia de la norma oficial anterior, en la vigente se incluyó este término, lo que resulta un cambio positivo, por lo que es necesaria su difusión y conocimiento tanto en hospitales públicos como privados. El segundo aspecto es el numeral 5.5.3 el cual establece que: *“ninguna persona que preste servicios de ginecología y obstetricia, discriminará o ejercerá algún tipo de violencia hacia la mujer en trabajo de parto”*, con ello, apercibe al personal que presta servicios de salud en caso de discriminar o ejercer violencia hacia la mujer. Sin embargo, es evidente que dichas normas no son suficientes ni cumplidas a cabalidad, dado que son violadas constantemente, por lo que deben ser reforzadas a través de la legislación correspondiente, como lo planteado en la presente propuesta de iniciativa.

Por otro lado, el Estado Mexicano ha recibido recomendaciones en cuanto a la necesidad de legislar respecto a la violencia obstétrica, tanto por parte del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW), como de la misma Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH). Pese a ello, el tema no ha sido incorporado en el marco de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia ni en la Ley General de



J. Ricardo Fuentes G.

Diputado del Congreso de la Ciudad de México.
I Legislatura.

morena
La esperanza de México

I LEGISLATURA

Salud de nuestro país; no obstante, ya se encuentra una minuta respecto al tema, en trabajo de Comisiones del Senado de la República.

Conforme a las observaciones finales que hiciera el CEDAW (CEDAW/C/MEX/9), sobre el noveno informe periódico de México, el 25 de julio de 2018, se destaca en cuanto a las observaciones de salud, la preocupación reiterada por parte del Comité respecto a las denuncias de actos de violencia obstétrica por parte del personal médico durante el parto; las tasas desproporcionadamente altas de mortalidad materna entre las mujeres de comunidades indígenas; y las denuncias de esterilización forzada de mujeres y niñas, así como el acceso limitado a los servicios de salud reproductiva, en particular para las mujeres y las niñas con discapacidad mental y de otra índole.

El mismo documento, en sus observaciones finales señala al Estado Parte su recomendación general No. 24 (1999) sobre la mujer y la salud que:

a) a c)...

d) *Armonice las leyes federales y estatales para calificar la violencia obstétrica como una forma de violencia institucional y por razón de género, de conformidad con la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, y garantice el acceso efectivo a la justicia y a medidas integrales de reparación a todas las mujeres víctimas de la violencia obstétrica;*

e) *Reduzca la incidencia de la mortalidad materna, en particular mediante la colaboración con las parteras tradicionales y la capacitación de los profesionales sanitarios, especialmente en las zonas rurales, velando por que todos los partos cuenten con la asistencia de personal sanitario especializado, de conformidad con las metas 3.1 y 3.7 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible; y*

f) *Vele porque el personal médico solicite el consentimiento plenamente informado antes de realizar esterilizaciones, que se sancione a los profesionales que realicen esterilizaciones sin dicho consentimiento y que se ofrezcan reparaciones e indemnizaciones monetarias a las mujeres víctimas de esterilizaciones no consentidas.*

Por su parte, la CNDH emite la recomendación 31/2017 sobre violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud, dentro del marco normativo del derecho a la protección de la salud; en la cual enfatiza que éste tipo de violencia hacia la mujer es un problema que debe hacerse visible, dada la magnitud que ha alcanzado en México. Si bien, reconoce el avance que ha habido en materia legislativa en algunas entidades federativas, sugiere que aún se requieren estrategias y mecanismos que permitan difundir de manera ampliada y constante ésta visión de la atención gineco-obstétrica como una

DS
RFG



J. Ricardo Fuentes G.

Diputado del Congreso de la Ciudad de México.
I Legislatura.

morena
La esperanza de México

I LEGISLATURA

política permanente, pues el Estado está obligado a tomar medidas que prevengan y erradiquen este tipo de conductas.

Dicha recomendación va dirigida a las Instituciones del Sector Salud Mexicano involucradas, como son la Secretaría de Salud; SEDENA; SEMAR; IMSS; ISSSTE; PEMEX; Gubernaturas de las entidades federativas y la persona titular de la Jefatura de Gobierno de la Ciudad de México. En el documento enfatiza que los Derechos Humanos violentados en la práctica de éste tipo de violencia son¹³:

- Derecho a la Salud física y mental
- Derecho a la vida
- Derecho a la integridad personal
- Derecho a la protección de la salud
- Derecho a una vida libre de violencia
- Derecho de acceso a la información
- Derecho al libre consentimiento informado
- Derecho a la libertad y autonomía reproductiva
- Derecho a la dignidad
- Derecho a la igualdad y a la no discriminación

DS
RFG

De esta recomendación, cabe destacar que criminalizar y recurrir a la vía penal en los casos de violencia obstétrica, resultan ser medidas poco efectivas para asegurar una atención obstétrica adecuada; por lo que la Comisión defensora de los Derechos Humanos, sugiere a las autoridades recomendadas elaborar un diagnóstico o análisis para detectar las necesidades materiales, de infraestructura y de personal que requieren para satisfacer las demandas obstétricas de la población objetivo, con calidad y calidez debidas. Asimismo, considera conveniente que en futuros instrumentos respecto al tema en cuestión, se solicite a las autoridades responsables realizar acciones para difundir entre la población en general y de manera especial entre las mujeres, sus derechos durante el embarazo, parto y puerperio, dado que, como aspecto importante de éste fenómeno de la violencia obstétrica, obedece en gran parte al desconocimiento de las acciones y omisiones que constituyen dicha actuación.

En congruencia con la defensa de los Derechos Humanos y de las mujeres a una vida libre de violencia, México debe armonizar su normatividad vigente correspondiente, con el fin de proporcionar a su población femenina, una atención accesible, aceptable y con un trato de calidad en la etapa de su embarazo, parto y puerperio.

¹³ Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Universidad Nacional Autónoma de México. Compendio. Estudios sobre el cumplimiento e impacto de las recomendaciones generales e informes especiales 2001-2017. Primera edición. Septiembre, 2019. Tomo X. Derecho a la protección de la salud.



J. Ricardo Fuentes G.

Diputado del Congreso de la Ciudad de México.
I Legislatura.

morena
La esperanza de México

I LEGISLATURA

Finalmente, el gobierno de México informa a través de su página web que *“La violencia contra las mujeres es una violación a los derechos humanos reconocidos en instrumentos internacionales como la Convención Belém do Pará, la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación en contra de la Mujer (CEDAW por sus siglas en inglés), y a nivel nacional en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, los cuales te protegen de cualquier tipo de violencia, tanto en el ámbito público como el privado, incluyendo la violencia obstétrica”*¹⁴. La información incluida en dicha página concluye afirmando que: *“En el Gobierno de la República tenemos la obligación de proveer servicios de salud materna desde la perspectiva de derechos humanos y garantizar el acceso a la atención profesional durante el parto y el periodo posterior, respetando las necesidades específicas, usos y costumbres y las decisiones de las mujeres”*. Lo anterior, nos obliga a revisar la legislación vigente con el fin de actualizar las demandas, necesidades y derechos de las mujeres en la actualidad en este aspecto de su vida.

Bajo este contexto, la propuesta legislativa que presento, pretende garantizar que la atención obstétrica hacia la mujer, dentro de los servicios de salud público y privado en nuestro país, sean realizados en total cumplimiento y apego a los derechos humanos existentes con una visión de interculturalidad e inclusión con perspectiva de los grupos indígenas; así como a las recomendaciones realizadas y aplicables en la materia. Lo anterior con fundamento en lo establecido por el Artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en donde se establece el derecho a la salud; así como por lo establecido en los preceptos de la misma Ley General de Salud, como la fracción IV de los artículos 3 y 27, mismos que convienen que es materia de salubridad general y que consideran un servicio de salud básico la atención materno-infantil; así como el Capítulo V cuyo *“objeto es la protección materno-infantil y la promoción de la salud materna, que abarca el período que va del embarazo, parto, post-parto y puerperio, en razón de la condición de vulnerabilidad en que se encuentra la mujer y el producto”*.

Finalmente, se considera lo estipulado en el artículo 67, tercer párrafo, donde se deja claro que : *“Quienes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita serán sancionados conforme a las disposiciones de esta Ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran”*.

De igual manera, dentro de las reformas aquí planteadas y en total apego al reconocimiento, la inclusión y derechos reconocidos dirigidos a uno de los sectores más vulnerables como lo es la población indígena, propongo en relación al tema ya expuesto y vertido en la presente iniciativa, que se incluya de una manera más amplia el reconocimiento y dignificación de los servicios de partería dentro del Sistema de Salud, específicamente en los servicios de atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio. Lo anterior desde una perspectiva de interculturalidad, dando apertura, a modo de precedente,

¹⁴ <https://www.gob.mx/conavim/articulos/sabes-en-que-consiste-la-violencia-obstetrica?idiom=es>

DS
RFG



J. Ricardo Fuentes G.

Diputado del Congreso de la Ciudad de México.
I Legislatura.

morena
La esperanza de México

I LEGISLATURA

a los derecho de estos grupos. Por ello, es de considerar también lo convenido en el artículo 64, fracción IV de la Ley General de Salud, donde se dispone que las autoridades sanitarias deberán establecer acciones de capacitación para fortalecer la competencia técnica de las parteras tradicionales para la atención del embarazo, parto y puerperio

Para mayor comprensión de la propuesta, se presenta el siguiente cuadro comparativo:

LEY GENERAL DE SALUD	
TEXTO VIGENTE	PROPUESTA PLANTEADA
<p>Artículo 4o.- Son autoridades sanitarias:</p> <p>I. a III. (...)</p> <p>IV. Los gobiernos de las entidades federativas, incluyendo el Gobierno del Distrito Federal.</p>	<p>Artículo 4o.- Son autoridades sanitarias:</p> <p>II. a III. (...)</p> <p>IV. Los gobiernos de las entidades federativas, incluyendo el Gobierno de la Ciudad de México.</p>
<p>CAPITULO V Atención Materno-Infantil</p> <p>Artículo 61.- El objeto del presente Capítulo es la protección materno-infantil y la promoción de la salud materna, que abarca el período que va del embarazo, parto, post-parto y puerperio, en razón de la condición de vulnerabilidad en que se encuentra la mujer y el producto.</p> <p style="text-align: right;">(sin correlativo)</p> <p>La atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende, entre otras, las siguientes acciones:</p>	<p style="text-align: center;">CAPITULO V Atención Materno-Infantil</p> <p>Artículo 61.- (...)</p> <p>Para efectos de esta Ley y el presente Capítulo, se considera Violencia Obstétrica a toda acción u omisión ejercida por parte del personal médico o administrativo perteneciente al Sistema de Salud, público o privado, que dañe o lastime de manera física o psicológicamente, discrimine o denigre a la mujer, sin importar su condición física o social, raza o grupo indígena del que forme parte y que omita toda perspectiva de interculturalidad durante el embarazo, parto o puerperio; así como la negación o negligencia de la atención médica durante el embarazo, parto, post-parto y puerperio; y la vulneración o limitación de sus derechos humanos sexuales y reproductivos. Comprende además cualquier otra forma análoga de lesión, daño a la dignidad, integridad o libertad de las mujeres, así como cualquier otro acto o procedimiento médico o quirúrgico de rutina, que se exprese en un trato deshumanizado, abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales del embarazo, parto y puerperio, incluyendo la cesárea, sin el consentimiento de la mujer, previamente informada de manera adecuada y completa, estrictamente apegada a sus derechos humanos.</p> <p>(...)</p>

DS
RFG



J. Ricardo Fuentes G.

Diputado del Congreso de la Ciudad de México.
I Legislatura.

morena
La esperanza de México

I LEGISLATURA

<p>I. La atención integral de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, incluyendo la atención psicológica que requiera;</p> <p>I Bis. a IV. (...)</p> <p>V. El diagnóstico oportuno y atención temprana de la displasia en el desarrollo de la cadera, a través del examen clínico en la primera semana del nacimiento, en el primer mes de edad y a los dos, cuatro, seis, nueve y doce meses de edad; así como la toma de ultrasonido de cadera o radiografía anteposterior de pelvis, entre el primer y cuarto mes de vida, y</p> <p>VI. La atención del niño y su vigilancia durante el crecimiento y desarrollo, y promoción de la integración y del bienestar familiar.</p> <p style="text-align: center;">sin correlativo</p>	<p>I. La atención integral de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, incluyendo la atención psicológica que requiera; para la cual deberán considerarse criterios de calidad, calidez, ética e interculturalidad en estricto apego a los derechos humanos y reproductivos de toda mujer, sin importar su condición física o social, raza o grupo indígena del que forme parte; así como de las garantías reconocidas en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y de los tratados e instrumentos internacionales de los que el Estado Mexicano forma parte y en las Normas Oficiales Mexicanas en la materia;</p> <p>I Bis. a IV. (...)</p> <p>V. El diagnóstico oportuno y atención temprana de la displasia en el desarrollo de la cadera, a través del examen clínico en la primera semana del nacimiento, en el primer mes de edad y a los dos, cuatro, seis, nueve y doce meses de edad; así como la toma de ultrasonido de cadera o radiografía anteposterior de pelvis, entre el primer y cuarto mes de vida;</p> <p>VI. La atención del niño y su vigilancia durante el crecimiento y desarrollo, y promoción de la integración y del bienestar familiar; y</p> <p>VII. La prevención y erradicación de la violencia obstétrica.</p>
<p>Artículo 61 Bis.- Toda mujer embarazada, tiene derecho a obtener servicios de salud en los términos a que se refiere el Capítulo IV del Título Tercero de esta Ley y con estricto respeto de sus derechos humanos.</p>	<p>Artículo 61 Bis.- Toda mujer embarazada, tiene derecho a obtener servicios de salud en los términos a que se refiere el Capítulo IV del Título Tercero de esta Ley y con estricto respeto de sus derechos humanos.</p> <p>Asimismo, tiene derecho a obtener información completa en relación a la violencia obstétrica y su derecho a elegir una atención con enfoque de un parto humanizado.</p>
<p>Artículo 64.- En la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, las autoridades sanitarias competentes establecerán:</p> <p>I. (...)</p> <p>II. (...)</p> <p>II Bis. (...)</p> <p>III. (...)</p> <p>III Bis. (...)</p> <p>IV. Acciones de capacitación para fortalecer la competencia técnica de las parteras tradicionales, para la atención del embarazo, parto y puerperio.</p>	<p>Artículo 64.- En la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, las autoridades sanitarias competentes establecerán:</p> <p>I. (...)</p> <p>II. (...)</p> <p>II Bis. (...)</p> <p>III. (...)</p> <p>III Bis. (...)</p> <p>IV. Acciones de coordinación y capacitación para fortalecer la competencia técnica de las parteras tradicionales, permitiendo su acceso, labor y asistencia a las instituciones de salud públicas y privadas, durante la atención del embarazo, parto y puerperio como apoyo del personal médico, con el fin de proporcionar a la mujer atención con enfoque de parto humanizado.</p>

DS
RFG



J. Ricardo Fuentes G.

Diputado del Congreso de la Ciudad de México.
I Legislatura.

morena
La esperanza de México

I LEGISLATURA

<p>Artículo 65.- Las autoridades sanitarias, educativas y laborales, en sus respectivos ámbitos de competencia, apoyarán y fomentarán:</p> <p>I. a II. (...)</p> <p>III. La vigilancia de actividades ocupacionales que puedan poner en peligro la salud física y mental de los menores y de las mujeres embarazadas, y</p> <p>IV. Acciones relacionadas con educación básica, alfabetización de adultos, acceso al agua potable y medios sanitarios de eliminación de excreta.</p> <p style="text-align: right;">sin correlativo</p>	<p>Artículo 65.- (...)</p> <p>I.a II. (...)</p> <p>III. La vigilancia de actividades ocupacionales que puedan poner en peligro la salud física y mental de los menores y de las mujeres embarazadas;</p> <p>IV. Acciones relacionadas con educación básica, alfabetización de adultos, acceso al agua potable y medios sanitarios de eliminación de excreta; y</p> <p>V. Acciones de información que promuevan, fomenten e impulsen el parto humanizado en la atención materno-infantil y prevengan la violencia obstétrica.</p>
<p>Artículo 421. Se sancionará con una multa equivalente de seis mil hasta doce mil veces el salario mínimo general diario vigente en la zona económica de que se trate, la violación de las disposiciones contenidas en los artículos 67, 101, 125, 127, 149, 193, 210, 212, 213, 218, 220, 230, 232, 233, 237, 238, 240, 242, 243, 247, 248, 251, 252, 255, 256, 258, 266, 306, 308, 309, 315, 317, 330, 331, 332, 334, 335, 336, 338, último párrafo, 342, 348, primer párrafo, 350 bis 1, 365, 367, 375, 376, 400, 411 y 413 de esta Ley.</p>	<p>Artículo 421. Se sancionará con una multa equivalente de seis mil hasta doce mil veces el salario mínimo general diario vigente en la zona económica de que se trate, la violación de las disposiciones contenidas en los artículos 61, 67, 101, 125, 127, 149, 193, 210, 212, 213, 218, 220, 230, 232, 233, 237, 238, 240, 242, 243, 247, 248, 251, 252, 255, 256, 258, 266, 306, 308, 309, 315, 317, 330, 331, 332, 334, 335, 336, 338, último párrafo, 342, 348, primer párrafo, 350 bis 1, 365, 367, 375, 376, 400, 411 y 413 de esta Ley.</p>

DS
RFG

Por lo anteriormente expuesto y fundado, someto a consideración de esta Soberanía la siguiente Iniciativa con proyecto de:

D E C R E T O

ÚNICO.- SE REFORMA LA FRACCIÓN IV DEL ARTÍCULO 4º; SE ADICIONA UN SEGUNDO PÁRRAFO Y UNA FRACCIÓN VII, REFORMANDO LAS FRACCIONES I, V Y VI DEL ARTÍCULO 61; SE ADICIONA UN SEGUNDO PÁRRAFO DEL ARTÍCULO 61 BIS; SE REFORMA LA FRACCIÓN IV DEL ARTÍCULO 64; SE REFORMAN LAS FRACCIONES III Y IV, Y SE ADICIONA UNA FRACCIÓN V, TODAS DEL ARTÍCULO 65; Y SE REFORMA EL ARTÍCULO 421; TODOS DE LA LEY GENERAL DE SALUD PARA QUEDAR EN LOS SIGUIENTES TÉRMINOS:

Artículo 4o.- Son autoridades sanitarias:

III. a III. (...)

IV. Los gobiernos de las entidades federativas, incluyendo el Gobierno de la Ciudad de México.



J. Ricardo Fuentes G.

Diputado del Congreso de la Ciudad de México.
I Legislatura.

I LEGISLATURA

morena
La esperanza de México

CAPITULO V Atención Materno-Infantil

Artículo 61.- (...)

Para efectos de esta Ley y el presente Capítulo, se considera Violencia Obstétrica a toda acción u omisión ejercida por parte del personal médico o administrativo perteneciente al Sistema de Salud, público o privado, que dañe o lastime de manera física o psicológicamente, discrimine o denigre a la mujer, sin importar su condición física o social, raza o grupo indígena del que forme parte y que omita toda perspectiva de interculturalidad durante el embarazo, parto o puerperio; así como la negación o negligencia de la atención médica durante el embarazo, parto, post-parto y puerperio; y la vulneración o limitación de sus derechos humanos sexuales y reproductivos. Comprende además cualquier otra forma análoga de lesión, daño a la dignidad, integridad o libertad de las mujeres, así como cualquier otro acto o procedimiento médico o quirúrgico de rutina, que se exprese en un trato deshumanizado, abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales del embarazo, parto y puerperio, incluyendo la cesárea, sin el consentimiento de la mujer, previamente informada de manera adecuada y completa, estrictamente apegada a sus derechos humanos;

(...)

I. La atención integral de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, incluyendo la atención psicológica que requiera; **para la cual deberán considerarse criterios de calidad, calidez, ética e interculturalidad en estricto apego a los derechos humanos y reproductivos de toda mujer, sin importar su condición física o social, raza o grupo indígena del que forme parte; así como de las garantías reconocidas en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y de los tratados e instrumentos internacionales de los que el Estado Mexicano forma parte y en las Normas Oficiales Mexicanas en la materia.**

I Bis. a IV. (...)

V. El diagnóstico oportuno y atención temprana de la displasia en el desarrollo de la cadera, a través del examen clínico en la primera semana del nacimiento, en el primer mes de edad y a los dos, cuatro, seis, nueve y doce meses de edad; así como la toma de ultrasonido de cadera o radiografía anteroposterior de pelvis, entre el primer y cuarto mes de vida;

VI. La atención del niño y su vigilancia durante el crecimiento y desarrollo, y promoción de la integración y del bienestar familiar; y

DS
RFG



J. Ricardo Fuentes G.

Diputado del Congreso de la Ciudad de México.
I Legislatura.

morena
La esperanza de México

I LEGISLATURA

VII. La prevención y erradicación de la violencia obstétrica.

Artículo 61 Bis.- Toda mujer embarazada, tiene derecho a obtener servicios de salud en los términos a que se refiere el Capítulo IV del Título Tercero de esta Ley y con estricto respeto de sus derechos humanos.

Asimismo, tiene derecho a obtener información completa en relación a la violencia obstétrica y su derecho a elegir una atención con enfoque de un parto humanizado.

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

I. (...)

II. (...)

II Bis. (...)

III. (...)

III Bis. (...)

IV. Acciones de coordinación y capacitación para fortalecer la competencia técnica de las parteras tradicionales, permitiendo su acceso, labor y asistencia a las instituciones de salud públicas y privadas, durante la atención del embarazo, parto y puerperio como apoyo del personal médico, con el fin de proporcionar a la mujer atención con enfoque de parto humanizado.

Artículo 65.- (...)

I.a II. (...)

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

IV. Acciones relacionadas con educación básica, alfabetización de adultos, acceso al agua potable y medios sanitarios de eliminación de excreta; y

V. Acciones de información que promuevan, fomenten e impulsen el parto humanizado en la atención materno-infantil y prevengan la violencia obstétrica.

Artículo 421. Se sancionará con una multa equivalente de seis mil hasta doce mil veces el salario mínimo general diario vigente en la zona económica de que se trate, la violación de las disposiciones contenidas en los artículos **61**,

DS
RFG



J. Ricardo Fuentes G.

Diputado del Congreso de la Ciudad de México.
I Legislatura.

morena
La esperanza de México

I LEGISLATURA

67, 101, 125, 127, 149, 193, 210, 212, 213, 218, 220, 230, 232, 233, 237, 238, 240, 242, 243, 247, 248, 251, 252, 255, 256, 258, 266, 306, 308, 309, 315, 317, 330, 331, 332, 334, 335, 336, 338, último párrafo, 342, 348, primer párrafo, 350 bis 1, 365, 367, 375, 376, 400, 411 y 413 de esta Ley.

TRANSITORIOS.

PRIMERO. – El presente Decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

SEGUNDO. - La Secretaría de Salud deberá hacer las adecuaciones a todas las disposiciones reglamentarias y normativas para dar cumplimiento al presente Decreto en la práctica hospitalaria, dentro de los siguientes 90 días después de su publicación.

TERCERO.- En el diseño de las Normas Oficiales Mexicanas en la materia relacionada al presente Decreto, las autoridades correspondientes deberán incluir la promoción de mecanismos de atención para las víctimas de violencia obstétrica.

Dado en el Palacio Legislativo de Donceles, a los 13 días del mes de abril de 2021.

ATENTAMENTE

DocuSigned by:

RICARDO FUENTES GOMEZ

73E30AC180A0445

DIP. JESÚS RICARDO FUENTES GÓMEZ