



LEGISLATURA

7

**DIP. AMÉRICA ALEJANDRA RANGEL LORENZANA
COMISIÓN DE DESARROLLO METROPOLITANO.**

Ciudad de México, a 6 de noviembre de 2018
CCDMX/1L/AARL/00/18

**DIP. JOSÉ DE JESÚS MARTÍN DEL CAMPO CASTAÑEDA.
PRESIDENTE DE LA MESA DIRECTIVA
DEL CONGRESO DE LA CIUDAD DE MEXICO
PRESENTE**

América Alejandra Rangel Lorenzana, Diputada integrante del Grupo parlamentario de Acción Nacional, y con fundamento en los artículos 122 apartado A fracción II de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 29 apartado D, 30 numeral 1, inciso B, de la Constitución Política de la Ciudad de México, 12 fracción II de la Ley Orgánica del Congreso de la Ciudad de México, 5 fracción I, 82,83, 95 fracción II y 96 del Reglamento del Congreso de la Ciudad de México y demás relativos, someto a consideración de esa soberanía, la **INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE REFORMAN Y ADICIONAN DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL**, por lo que solicito sea inscrita en el Orden del Día de la sesión ordinaria del 8 de noviembre de 2018, al tenor del anexo que acompaña el presente escrito.

ATENTAMENTE

DIP. AMÉRICA A. RANGEL LORENZANA.

LEGISLATURA
COORDINACIÓN DE SERVICIOS PARLAMENTARIOS
FOLIO 00000021
FECHA 6/11/18
HORA 14:30 hrs
RECIBIO [Signature]

C. C. P. Coordinación de Servicios Parlamentarios Lic. Estela Carina Piceno Navarro
Coordinador de Asesores del GPPAN Lic. Alejandro Martínez Alvarez.



I LEGISLATURA

**DIP. AMÉRICA ALEJANDRA RANGEL LORENZANA
COMISIÓN DE DESARROLLO METROPOLITANO.**

INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE REFORMAN Y ADICIONAN DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL.

**DIP. JOSÉ DE JESÚS MARTÍN DEL CAMPO CASTAÑEDA.
PRESIDENTE DE LA MESA DIRECTIVA DEL HONORABLE CONGRESO DE LA CIUDAD DE MÉXICO.
I LEGISLATURA.
PRESENTE.**

La que suscribe, **Diputada América Alejandra Rangel Lorenzana**, integrante del Grupo Parlamentario del Partido Acción Nacional en la Primera Legislatura del Honorable Congreso de la Ciudad de México, con fundamento en los artículos 30, numeral 1, inciso b) de la Constitución Política de la Ciudad de México; 12 fracción II de la Ley Orgánica del Congreso de la Ciudad de México; 5 fracción I, 95 fracción II y 96 del Reglamento del Congreso de la Ciudad de México, somete a consideración de esta soberanía, la **Iniciativa con Proyecto de Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley de Salud del Distrito Federal en materia de salud materno infantil.**

Por lo anterior y a efecto de reunir los elementos exigidos por el artículo 96 del Reglamento del Congreso de la Ciudad de México, la Iniciativa se presenta en los siguientes términos:

I. Planteamiento del problema que la Iniciativa pretende resolver.

La Organización Mundial de la Salud, manifiesta que “El trabajo de parto prolongado es una importante causa de mortalidad materna y perinatal...”, por ello entre sus múltiples recomendaciones, establece el acompañamiento continuo de un acompañante elegido por la paciente durante el trabajo de parto para mejorar sus resultados.

Por lo que se proponen adiciones y reformas a la Ley de Salud del Distrito Federal, a fin de que entre las acciones a la atención a la salud materno-infantil se consideren

Plaza de la Constitución No. 7, Col. Centro Histórico, Delegación Cuauhtémoc. Ciudad de México;
C.P. 06000

Tel. 51 30 19 00 Ext. 2236



LEGISLATURA

DIP. AMÉRICA ALEJANDRA RANGEL LORENZANA COMISIÓN DE DESARROLLO METROPOLITANO.

mecanismos de aplicación obligatoria para que toda mujer esté acompañada en todo momento por persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto, incluido el procedimiento de cesárea. Asimismo, acciones para informar a mujeres embarazadas acerca del derecho de hacerse acompañar por persona de su confianza y elección durante el tiempo antes mencionado, en instituciones de salud públicas y privadas.

II. Problemática:

En los informes sobre el trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, destaca el maltrato físico y verbal, la humillación, procedimientos sin consentimiento o coercitivos, incluyendo la esterilización, falta de confidencialidad, negativa a administrar analgésicos, rechazo de la admisión en centros de salud, **negligencia, entre otros; lo anterior, según información del documento "Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud" de la propia Organización Mundial de la Salud.**

En general, no se cuenta con datos oficiales de este mal y México no es la excepción. Sin embargo, de acuerdo con académicas de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM, la violencia obstétrica es una práctica común **en México. "Miles de mujeres en labor de parto son víctimas de malos tratos, agresiones verbales y físicas y hasta esterilización no consentida en instituciones públicas y privadas de salud..." Otro tipo de agresiones ocurre cuando en trabajo de parto no les permiten caminar o estar acompañadas.**

III. Argumentos que la sustentan.

Entre los objetivos y metas de la "Agenda 2030: para el Desarrollo Sostenible de la Organización de las Naciones Unidas", se encuentra el de "Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades", haciendo énfasis en "reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos" y "poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1.000 nacidos vivos y la mortalidad de los niños menores de



I LEGISLATURA

DIP. AMÉRICA ALEJANDRA RANGEL LORENZANA COMISIÓN DE DESARROLLO METROPOLITANO.

5 años al menos a 25 por cada 1.000 nacidos vivos”, pues la agenda busca “velar por que todos los seres humanos puedan realizar su potencial con dignidad e igualdad...”

Aunque México ha avanzado en el tema, y de acuerdo con información de “Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México. Informe de avances 2015”, de la Oficina de la Presidencia de la República, la tasa de mortalidad infantil pasó de 32.5% en 1990 a 13% en 2013¹. Asimismo, según datos del Informe Anual, 2016 del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), “La tasa de mortalidad de niños menores de 5 años fue de 15.1 por cada mil nacidos vivos en 2015”, manteniéndose elevada la tasa de mortalidad infantil en la región sur del país con tasas por arriba de 17 defunciones por cada mil nacidos vivos².

Lo anterior, según el Informe del Gobierno Federal por la eficacia de programas de salud pública como el Seguro Popular, el Seguro Médico Siglo XXI y la Estrategia Embarazo Saludable, lo que ha permitido que un mayor número de mujeres tenga acceso a atención médica durante y después del embarazo. Sin embargo, queda mucho por hacer y el panorama global no es tan alentador.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), “Todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación”, lamentablemente en el mundo, muchas mujeres sufren maltrato, un trato irrespetuoso, ofensivo o negligente durante el embarazo, el parto y el post parto en los centros de salud, lo que “no solo viola los derechos de la mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación”³, lo que se convierte en un grave problema de salud pública y de derechos humanos. Considerando que en esta etapa las mujeres son más vulnerables y estas prácticas podrían tener consecuencias directas desfavorables tanto en la madre como en el recién nacido.

¹ <http://www.onu.org.mx/reduciendo-la-mortalidad-infantil/>

² <https://www.donaunicef.org.mx/informe-anual/>

³ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134590/1/WHO_RHR_14.23_spa.pdf



I LEGISLATURA

DIP. AMÉRICA ALEJANDRA RANGEL LORENZANA COMISIÓN DE DESARROLLO METROPOLITANO.

En los informes sobre el trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, destaca el maltrato físico y verbal, la humillación, procedimientos sin consentimiento o coercitivos, incluyendo la esterilización, falta de confidencialidad, negativa a administrar analgésicos, rechazo de la admisión en centros de salud, **negligencia, entre otros; lo anterior, según información del documento "Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud"**⁴ de la OMS, elaborado en 2014.

El mismo documento manifiesta, que, para prevenir y erradicar el maltrato y la falta de respeto en el parto, en centros de salud a nivel mundial, son necesarias las siguientes acciones:

- Mayor respaldo de los gobiernos, en relación con las investigaciones y acciones sobre el maltrato y la falta de respeto;
- Iniciar, respaldar y mantener programas diseñados para mejorar la calidad de la atención de la salud materna, centrándose en la atención respetuosa como componente esencial de la atención de calidad. Se requieren más iniciativas para respaldar los cambios en el comportamiento de los profesionales de la salud, así como el apoyo social a través de **un acompañante elegido por la paciente**, entre otros;
- Realzar el derecho de la mujer para recibir una atención de la salud digna y respetuosa en el embarazo y el parto, ya que los marcos internacionales de los derechos humanos resaltan el maltrato y la falta de respeto en el parto como un problema importante en lo que se refiere a este campo;
- Generar datos relacionados con las prácticas de atención respetuosa e irrespetuosa, los sistemas de responsabilidad y el respaldo profesional valioso;
- Involucrar a las partes interesadas, incluidas las mujeres, en los esfuerzos para mejorar la calidad de la atención y eliminar las prácticas ofensivas e irrespetuosas.

⁴ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134590/1/WHO_RHR_14.23_spa.pdf



I LEGISLATURA

**DIP. AMÉRICA ALEJANDRA RANGEL LORENZANA
COMISIÓN DE DESARROLLO METROPOLITANO.**

En general, no se cuenta con datos oficiales de este mal y México no es la excepción. Sin embargo, de acuerdo con académicas de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM, la violencia obstétrica es una práctica común **en México. "Miles de mujeres en labor de parto son víctimas de malos tratos, agresiones verbales y físicas y hasta esterilización no consentida en instituciones públicas y privadas de salud..."**⁵ Otro tipo de agresiones ocurre cuando en trabajo de parto no les permiten caminar o estar acompañadas.⁶

Según las especialistas, se estima que una de cada cuatro mujeres embarazadas, en parto o puerperio sufre maltrato u omisiones del personal médico, enfermería o camilleros, cifra que podría ser mayor derivado de que estas prácticas, son vistas como **"normales" en muchas ocasiones, tanto por el personal de salud como por las propias gestantes y sus familias.**

Aunque la violencia obstétrica sucede en instituciones públicas y privadas, la realidad es, que en las primeras aumenta la incidencia. Y así lo demostró el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), durante la realización del Tribunal Simbólico sobre Muerte Materna y Violencia Obstétrica que se llevó a cabo el 9 de mayo de 2016, en el cual presentaron 27 casos de violencia obstétrica ocurridos en hospitales públicos, principalmente de la Secretaría de Salud, IMSS e ISSSTE.

Los casos de violencia obstétrica que se dan a conocer a través de los medios de comunicación, por lo regular, son los casos en los que se les niega el acceso a hospitales y atención médica a las mujeres embarazadas, quienes tienen que dar a luz en las salas de espera y los exteriores de los hospitales, cuestión que es gravísima y en la cual se ha centrado el mayor número de políticas públicas. Sin embargo ¿qué pasa en los quirófanos y en las salas de recuperación?, ¿cuál es la atención que reciben las mujeres y los recién nacidos?, desafortunadamente, la violencia continúa ocasionando incluso la muerte de madres y/o recién nacidos.

Durante el Tribunal Simbólico que llevó a cabo GIRE, se presentaron 27 casos de violencia obstétrica, asimismo, los medios de comunicación han informado de otros tantos que van más allá de la falta de atención médica, entre los cuales se encuentran los siguientes:

⁵ <http://www.jornada.unam.mx/2016/06/23/sociedad/038n1soc>

⁶ <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2016/07/10/1104051>



I LEGISLATURA

DIP. AMÉRICA ALEJANDRA RANGEL LORENZANA COMISIÓN DE DESARROLLO METROPOLITANO.

- **Sinaloa, Violencia Obstétrica, Muerte Neonatal.** Cuando cursaba su séptimo mes de embarazo, a Lidia se le rompió la fuente y acudió al hospital de Guasave. Como existía riesgo de nacimiento prematuro la trasladaron al IMSS de Culiacán. Ahí tanto médicos especialistas como residentes la trataron mal. Durante dos días estuvo en espera de que alguien la atendiera, hasta que ella presionó, y no dieron ningún tipo de información a su familia. Finalmente le practicaron una cesárea, en la cual los médicos residentes le aplicaron 6 veces la epidural, aunado a un trato indiferente ante los dolores post operatorios. Su bebé nació sana, pero adquirió una infección, por las condiciones insalubres del hospital y murió 32 días más tarde⁷.
- **Zacatecas, Violencia Obstétrica, Muerte Neonatal.** Guadalupe aún no sabe qué pasó y sigue sin comprenderlo. Cuando su cuarta hija Fernanda, nació por cesárea, la escuchó llorar, pero le dijeron que la llevarían al área de neonatos porque tenía bajo peso. Durante tres días no vio a su bebé, pero los médicos le decían que estaba bien, después se enteró que a su hija la operaron por una infección en los intestinos, pero falleció a los dos días, los médicos se negaron a darle más información sobre las causas de la muerte⁸.
- **Guanajuato, Violencia Obstétrica.** Por decisión propia y de su pareja, Gaby fue madre a los 15 años; después a los 19 y, finalmente a los 21, edad en la que aceptó bajo presión que le hicieran la salpingoclasia. En las tres ocasiones padeció malos tratos por parte del personal médico o de enfermería. En su último parto, en medio de los dolores las enfermeras se burlaron de ella cuando les dijo que no se operaría porque su esposo se haría la vasectomía⁹.
- **Hidalgo, Muerte Materna.** En junio de 2015 Mireya y Felipe, llegaron al Hospital Obstétrico de Pachuca. Ella tenía dolores de parto y a él le hicieron firmar la autorización para practicarle una cesárea. Una vez que Mireya entró al hospital, a Felipe no le daban información precisa sobre su estado de salud, únicamente le decían que estaba bien, pero en ningún momento le permitieron verla. Horas más tarde le avisaron que había fallecido... Tanto la

⁷ <http://tribunal-simbolico.gire.org.mx/assets/pdf/MEMORIA-TRIBUNAL.pdf>

⁸ <http://tribunal-simbolico.gire.org.mx/assets/pdf/MEMORIA-TRIBUNAL.pdf>

⁹ <http://tribunal-simbolico.gire.org.mx/assets/pdf/MEMORIA-TRIBUNAL.pdf>



I LEGISLATURA

DIP. AMÉRICA ALEJANDRA RANGEL LORENZANA COMISIÓN DE DESARROLLO METROPOLITANO.

familia de Mireya como la de Felipe siguen buscando que alguien responda por esta muerte tan injusta¹⁰.

- **“El 5 de noviembre de 2013, dos familias vivieron uno de los momentos más terribles de sus vidas: frente a un juez intercambiaron a los que durante un año y diez meses creyeron que eran sus hijos, pero que en realidad fueron cambiados –con total impunidad- en el Hospital Materno Infantil del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMYM) del Estado de México, antes de ser entregados a sus madres biológicas”¹¹.** Una de las mujeres fue abandonada por su pareja al sospechar que el bebé no era de él. Ambas madres coinciden en que se encuentran en duelo, al recuperar a un hijo, **pero perder a otro, lo que consideran como “un infierno”.**
- En el Hospital General del IMSS de la Zona 6 en Ciudad Cuauhtémoc, Chihuahua intercambiaron a dos bebés que nacieron el 3 de octubre de 2016. **“Una de las madres se percató que no era su pequeña hija al revisar los datos de la pulsera de la menor”¹²,** asimismo, por los datos de la etiqueta del pecho de la menor, que no correspondían a sus apellidos y número de seguridad social.
- Autoridades de la Delegación Tlalpan de la Ciudad de México investigan lo ocurrido en el hospital de Ajusco, **“luego que una madre denunciara que el cuerpo de su bebé fuera tirado a la basura junto a desechos tóxicos”¹³.** La familia del bebé que nació sin vida pidió a los médicos un par de horas después de la cesárea ver el cuerpo para despedirse, cuando se percataron que el personal no lo encontraba, fueron trabajadores de limpieza quienes encontraron el cuerpo golpeado del bebé al interior del contenedor de basura, estuvo ahí por lo menos cinco horas entre materiales tóxicos y otros productos.

¹⁰ <http://tribunal-simbolico.gire.org.mx/assets/pdf/MEMORIA-TRIBUNAL.pdf>

¹¹ <http://www.proceso.com.mx/401995/la-pesadilla-de-unos-padres-les-cambian-a-sus-hijos-al-nacer>

¹² <https://www.la-prensa.com.mx/republica/107291-cambian-bebes-en-hospital-de-chihuahua>

¹³ <https://www.publimetro.co/co/noticias/2017/07/12/caso-conmueva-mexico-bebe-fue-tirado-la-basura-hospital-error.html>



I LEGISLATURA

DIP. AMÉRICA ALEJANDRA RANGEL LORENZANA COMISIÓN DE DESARROLLO METROPOLITANO.

- Médicos residentes de la clínica uno del IMSS en Saltillo, Coahuila lesionaron el pene de un recién nacido al confundirlo con el cordón umbilical. La madre del bebé declaró que **“tras sacar al bebé dos practicantes hicieron tres incisiones, esto sin la supervisión de la doctora en turno, de aproximadamente un centímetro de profundidad en el pene del bebé”**¹⁴, cuando el médico responsable se percató de lo ocurrido, llamó la atención a las practicantes, quienes justificaron que el accidente ocurrió porque el recién nacido se movió.

Lamentablemente, estos casos sólo representan una pequeña parte del infierno que viven día con día cientos de mujeres de todas partes del país durante el embarazo, parto y posparto, que por la necesidad de contar con un servicio de salud acuden a instituciones públicas y encuentran graves violaciones a sus derechos humanos, los de sus hijos y sus familias.

Probablemente a Lidia la hubieran atendido más rápido y no después de dos días, no le habrían aplicado 6 veces la epidural y quizá su bebé estaría con vida; la cuarta hija de Guadalupe no habría muerto o al menos sabrían con certeza que fue lo que pasó; a Gaby no la habrían presionado para hacerse la salpingoclasia a los 21 años y hoy tendría una mejor calidad de vida; Felipe sabría qué fue lo que realmente le pasó a Mireya y qué ocasionó su muerte; los bebés intercambiados en el Hospital Materno Infantil del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMYM) en el Estado de México, jamás habrían estado lejos de su familia biológica; los cuerpos de los bebés fallecidos no terminarían en la basura u olvidados en las salas de patología de los hospitales; habría menos bebés lesionados por parte de médicos y enfermeras al momento de nacer; tal vez, ya no habría comentarios denigrantes por parte de médicos y enfermeras como **“les gusta estar aquí como si fuera hotel”** y **“cuando abriste las patas no te dolía”**, y las enfermeras dejarían de apostar el café y el chocolate por cada mujer que dejan parir en una camilla; **en general se respetaría más la integridad física y emocional de las madres y sus bebés, si alguien de su entera confianza los acompañara desde el momento en el que ingresan al hospital.**

14

<http://www.vanguardia.com.mx/cortanpeneabebeenclinicadelimssloconfundieronconelcordonusumbilical-2350802.html>

Plaza de la Constitución No. 7, Col. Centro Histórico, Delegación Cuauhtémoc. Ciudad de México;

C.P. 06000

Tel. 51 30 19 00 Ext. 2236



**DIP. AMÉRICA ALEJANDRA RANGEL LORENZANA
COMISIÓN DE DESARROLLO METROPOLITANO.**

I LEGISLATURA

La Organización Mundial de la Salud, en su documento “Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto”, publicado en 2015, manifiesta que “El trabajo de parto prolongado es una importante causa de mortalidad materna y perinatal...”, por ello entre sus múltiples recomendaciones, establece el acompañamiento continuo durante el trabajo de parto para mejorar sus resultados.

Esta guía fue elaborada por un grupo de expertos internacionales que participaron en la consulta técnica de la OMS sobre la conducción del trabajo de parto, en Ginebra, Suiza. “Para cada recomendación, se calificó la calidad de la evidencia de respaldo como muy baja, baja, moderada o alta. Los expertos que contribuyeron calificaron la fuerza de estas recomendaciones (como fuertes o débiles) considerando la calidad de la evidencia y otros factores, incluyendo valores y preferencias de las partes interesadas, la magnitud del efecto, el balance entre daños y beneficios, el uso de recursos y la factibilidad de cada recomendación”¹⁵.

Recomendación	Descripción	Calidad de la evidencia	Fuerza de la recomendación	
Consejos en relación con el sistema de trabajo de parto	1. Se recomienda el participativo de la mujer activa con una línea de acción de 4 horas para monitorear el avance del trabajo de parto.	Muy baja	Fuerte	
	2. Se recomienda realizar un solo vigilar e intervenciones de apoyo home para valoración de estado e identificación de la prolongación del trabajo de parto.	Muy baja	Débil	
	Revisión de la prestación de la atención, desde el inicio del trabajo de parto	3. No se recomienda aplicar un paquete de medidas para el manejo activo del trabajo de parto para la prevención del retraso del trabajo de parto.	Baja	Débil
		4. No se recomienda el uso temprano de la anestesia con sedación temprana con oxitocina para la prevención del retraso del trabajo de parto.	Muy baja	Débil
		5. No se recomienda el uso de epidural para la prevención del retraso del trabajo de parto en mujeres asintomáticas a riesgo de parto.	Baja	Débil
		6. No se recomienda el uso de amniotomía sola para la prevención del retraso del trabajo de parto.	Muy baja	Débil
		7. No se recomienda el uso de amniotomía sola para la prevención del retraso del trabajo de parto.	Muy baja	Débil
		8. No se recomienda el uso de oxitocina para evitar y reducir el uso de cesárea en el trabajo de parto.	Muy baja	Débil
		9. No se recomienda el uso de técnicas intervenciones para aumentar la duración del trabajo de parto.	Muy baja	Fuerte
		10. Para las mujeres con bajo riesgo, se recomienda administrar oxitocina por vía oral a intervalos durante el trabajo de parto.	Muy baja	Débil
11. Se recomienda dar a la mujer la posición que mejor se adapte al trabajo de parto en las mujeres de bajo riesgo.		Muy baja	Fuerte	
12. Se recomienda el acompañamiento continuo durante el trabajo de parto para mejorar sus resultados.		Indicada	Fuerte	
Tratamiento de la prolongación de la primera etapa del trabajo de parto con oxitocina	13. No se recomienda aplicar medidas para reducir el uso de la cesárea en el trabajo de parto.	Muy baja	Fuerte	
	14. Se recomienda el uso de oxitocina sola para el tratamiento de la prolongación del trabajo de parto.	Muy baja	Débil	
	15. No se recomienda la cesárea con oxitocina intervenciones para que no se haya confirmado la prolongación del trabajo de parto.	Muy baja	Débil	
	16. No se recomienda utilizar un esquema de inicio de oxitocina a altas dosis a incrementos de la colación para la conducción del trabajo de parto.	Muy baja	Débil	
	17. No se recomienda el uso de amniotomía sola para la conducción del trabajo de parto.	Muy baja	Fuerte	
	18. No se recomienda el uso de amniotomía sola para el tratamiento de la prolongación del trabajo de parto.	Muy baja	Débil	
	19. Se recomienda el uso de amniotomía y oxitocina para el tratamiento de la prolongación confirmada del trabajo de parto.	Muy baja	Débil	
	20. No se recomienda el uso de la amniotomía sola para el tratamiento de la prolongación confirmada del trabajo de parto.	Muy baja	Débil	
Opciones de atención en cesárea del trabajo de parto	20. No se recomienda el uso de la amniotomía sola para el tratamiento de la prolongación confirmada del trabajo de parto.	Muy baja	Débil	

¹⁵ http://www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf



**DIP. AMÉRICA ALEJANDRA RANGEL LORENZANA
COMISIÓN DE DESARROLLO METROPOLITANO.**

I LEGISLATURA

La recomendación número 12 que corresponde al acompañamiento continuo durante el trabajo de parto para mejorar sus resultados, se calificó como moderada y fuerte, el Grupo Directivo de las Guías reconoció que el apoyo psicosocial continuo no necesariamente reduce la necesidad de conducción del trabajo de parto pero ofrece otros beneficios sustanciales para las mujeres y sus bebés; asimismo, manifestó que los países y los que diseñan las políticas públicas a menudo son reticentes a implementar esta intervención en práctica a pesar de la evidencia de soporte, el grupo coincidió que se necesitan más esfuerzos para alentar a los posibles implementadores a diferentes niveles de la prestación de cuidados sanitarios; acordó que se podrían usar medidas simples para permitir a los parientes que acompañen a la mujer durante el trabajo de parto como maneras costo-efectivas y culturalmente sensibles para encarar estas preocupaciones; finalmente, la evidencia respalda el uso de cualquier tipo de compañía culturalmente apropiada que elija la mujer.

De acuerdo con la evidencia extraída de los ensayos realizados en países de renta baja, media y alta - Estados Unidos, Canadá, Bélgica, Francia, Grecia, Finlandia, Suecia, Sudáfrica, Botswana, Nigeria, Australia, Brasil, Tailandia, México, Guatemala, Chile e Irán- la duración media del trabajo de parto se redujo en las mujeres que estuvieron acompañadas por alguien de confianza aproximadamente 35 minutos; la tasa de partos operativos se redujo si las mujeres estaban acompañadas, la tasa de cesáreas disminuyó más de 20% y hubo una modesta reducción del número de mujeres sometidas a parto vaginal instrumental, por lo que el número total de mujeres con partos vaginales espontáneos aumentó; el uso de analgesia regional bajo aproximadamente 7% y el número de mujeres que necesitaron otra analgesia también disminuyó; finalmente los resultados sugieren que el soporte continuo se asoció con tasas más bajas de depresión posparto y; finalmente las mujeres tuvieron una probabilidad mucho menor de relatar sentimientos negativos sobre su experiencia de parto si recibían soporte continuo.

Por otro lado, los recién nacidos cuyas madres tuvieron acompañamiento continuo tenían una probabilidad mucho menor de tener una puntuación de Apgar < 7 a los cinco minutos¹⁶.

¹⁶ http://www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf



I LEGISLATURA

DIP. AMÉRICA ALEJANDRA RANGEL LORENZANA COMISIÓN DE DESARROLLO METROPOLITANO.

En la actualidad, algunos países de América Latina cuentan con leyes que incluyen como derecho de la mujer el estar acompañada durante el trabajo de parto, parto y post parto, ente ellos se encuentran los siguientes:

- **Argentina:** Parto Humanizado- Ley Nacional No. 25.929, artículo 2, inciso g): "A estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto"¹⁷.
- **Uruguay:** Ley No 17.386, Artículo 1º.- Toda mujer durante el tiempo de dura el trabajo de parto, incluyendo el momento mismo del nacimiento, tendrá derecho a estar acompañada de una persona de su confianza o en su defecto a su libre elección, de una especialmente entrenada para darle apoyo emocional; Artículo 2º.- Todo centro asistencial deberá informar en detalle a la embarazada del derecho que le asiste en virtud de los dispuesto por el artículo 1º y estimulará la práctica a que éste hace referencia; Artículo 3º.- Las disposiciones de la presente ley serán aplicadas por los profesionales, así como por las instituciones asistenciales del área de la salud, sean públicas o privadas.
- **Puerto Rico:** Ley Núm. 156, Ley de Acompañamiento durante el Trabajo de Parto, Nacimiento y Post- parto, Artículo 3.- (Derechos de la Mujer embarazada) Toda mujer embarazada al momento del trabajo de parto, el parto y el post- parto tendrá los siguientes derechos: inciso f) A estar acompañada por personas de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y post- parto, incluyendo el procedimiento de cesárea en el cual podrá estar acompañada por al menos una persona de su elección; entendiéndose, sin embargo que la presencia de la (el) acompañante o acompañantes no podrá interferir con las determinaciones de carácter médico que consideren o tomen los profesionales de la salud con responsabilidad en el parto, y en caso del procedimiento de cesárea, serán éstos los que determinarán en última instancia si permiten o no la presencia del acompañante. Además, tendrá derecho a no estar acompañada, si así lo desea la mujer. Disponiéndose que el acompañante vendrá obligado a cumplir con aquellas reglas que tuviere a bien imponer la institución hospitalaria¹⁸.

¹⁷ https://www.unicef.org/argentina/spanish/ley_de_parto_humanizado.pdf

¹⁸ <http://www.lexjuris.com/lexlex/leyes2006/lexl2006156.htm>



LEGISLATURA

DIP. AMÉRICA ALEJANDRA RANGEL LORENZANA COMISIÓN DE DESARROLLO METROPOLITANO.

- **Uruguay:** Ley N. 17386, Ley de Acompañamiento a la Mujer en el Parto, Parto y Nacimiento, Artículo 1.- Toda mujer durante el tiempo que dura el trabajo de parto, incluyendo el momento mismo del nacimiento, tendrá derecho a estar acompañada de una persona de su confianza o en su defecto, a su libre elección, de una especialmente entrenada para darle apoyo emocional¹⁹.
- **Perú:** Ley 1158/2011- CR, Ley de Promoción y Protección del Derecho al Parto Humanizado y a la Salud de la Mujer Gestante y el Recién Nacido; Artículo 3.- Derechos en relación con el embarazo: Toda mujer, durante el desarrollo del embarazo, trabajo de parto, parto y postparto, tiene los siguientes derechos: Inciso g) A ser acompañada por una persona de su elección y confianza durante el trabajo de parto, parto y postparto, garantizándole este derecho a través de las recomendaciones y cumplimiento de los protocolos a que hubiera lugar²⁰.

Desde este recinto estamos obligados a contribuir para resolver el problema, estamos seguros que la presencia de una persona de confianza de las mujeres durante el trabajo de parto, parto y post parto, así como el procedimiento de cesárea, además de brindar todos los beneficios que la Organización Mundial de la Salud enuncia en el documento **“Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto”**, en nuestro país también serviría para inhibir de manera sustancial el maltrato y trato negligente del que han sido víctimas miles de mujeres y sus familias, por parte de los prestadores de los servicios de salud.

Por lo anterior, proponemos reformas y adiciones al Artículo 49 y 50 de la Ley de Salud del Distrito Federal, para establecer los mecanismos para que la mujer esté acompañada en todo momento, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y post- parto, incluyendo el procedimiento de cesárea y las autoridades sanitarias competentes, establezcan las acciones para informar a las mujeres embarazadas el derecho de estar acompañadas por una persona de su

¹⁹ <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/17386-2001>

²⁰

[http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/ApoyComisiones/comision2011.nsf/DictamenesFuturo/8046533BA9117DB905257E45006BEACF/\\$FILE/SALUD_1158-2011-CR_Txt.Fav.Sust.Unanimidad.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/ApoyComisiones/comision2011.nsf/DictamenesFuturo/8046533BA9117DB905257E45006BEACF/$FILE/SALUD_1158-2011-CR_Txt.Fav.Sust.Unanimidad.pdf)



I LEGISLATURA

DIP. AMÉRICA ALEJANDRA RANGEL LORENZANA COMISIÓN DE DESARROLLO METROPOLITANO.

confianza y elección, y lleven a cabo las acciones correspondientes para posibilitar el acompañamiento durante el proceso anteriormente mencionado, tanto en instituciones de salud públicas como privadas.

Ello, con la finalidad de que el sistema de salud de la Ciudad de México esté en condiciones de mejorar la atención y procedimientos de atención materno infantil y que en la Capital establezcamos las bases para evitar el maltrato y las graves violaciones a los derechos humanos de miles de mujeres y sus familias.

En la Ciudad de México no debemos permitir que más familias tengan que llorar a sus hijas, madres, esposas, hermanas, no sólo porque desearían poder abrazarlas y no pueden porque están muertas, sino porque no entienden qué pasó durante el parto para evitar que salieran sin vida. En el que debería ser un día digno de recordarse con alegría y estando las mujeres especialmente vulnerables, las salas de parto para muchas significan la tumba.

Por lo anteriormente expuesto, me permito presentar ante esta H. Soberanía la presente Iniciativa con:

V. Denominación del proyecto de ley o decreto.

Iniciativa con Proyecto de Decreto por el que se adiciona una fracción XI, al Artículo 49; y las fracciones V, y VI, al Artículo 50, de la Ley de Salud del Distrito Federal

VI. Ordenamientos a modificar.

a) La Ley de Salud del Distrito Federal.

VII. Texto normativo propuesto.



LEGISLATURA

**DIP. AMÉRICA ALEJANDRA RANGEL LORENZANA
COMISIÓN DE DESARROLLO METROPOLITANO.**

PROYECTO DE DECRETO

Se propone la **ADICIÓN** de una fracción XI, al Artículo 49; y las fracciones V, y VI, al Artículo 50, de la Ley de Salud del Distrito Federal, para quedar como sigue:

CAPÍTULO VI ATENCIÓN MATERNO-INFANTIL

Artículo 49.- La atención a la salud materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende las siguientes acciones:

I. a X. ...

XI. Los mecanismos de aplicación obligatoria a fin de que toda mujer esté acompañada en todo momento, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y post- parto, incluyendo el procedimiento de cesárea.

Artículo 50.- En la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, la Secretaría establecerá:

I. a IV. ...

V. Acciones para informar a las mujeres embarazadas el derecho de estar acompañada por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y post- parto, incluyendo el procedimiento de cesárea; y

VI. Acciones que posibiliten el acompañamiento de las mujeres embarazadas por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y post- parto, incluyendo el procedimiento de cesárea, en las instituciones de salud públicas y privadas.



LEGISLATURA

**DIP. AMÉRICA ALEJANDRA RANGEL LORENZANA
COMISIÓN DE DESARROLLO METROPOLITANO.**

TRANSITORIOS

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

SEGUNDO. - Las Instituciones públicas que conforman el Sistema de Salud de la Ciudad de México, contarán con un término no mayor a seis meses a partir de la publicación del presente Decreto, para adecuar sus mecanismos, procedimientos, infraestructura y manuales específicos a fin de armonizarlos a los contenidos establecidos en el presente decreto.

Palacio Legislativo de Donceles, a los 8 días del mes de noviembre de 2018.

Suscribe

Diputada América Alejandra Rangel Lorenzana