

## **INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE EXPIDE LA LEY DE PROTECCIÓN MATERNA Y NEONATAL.**

La que suscribe, **María Elena Barrera Tapia**, Senadora de la República de la LXII Legislatura al Congreso de la Unión, integrante del Grupo Parlamentario del Partido Verde Ecologista de México, con fundamento en lo dispuesto por la fracción II del artículo 71 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y los artículos 8, numeral 1, fracción I, 164, y 169 del Reglamento del Senado de la República, someto a la consideración de esta H. Soberanía, la presente **Iniciativa con Proyecto de Decreto por el que se expide la Ley de Protección Materna y Neonatal y se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud**, de conformidad con la siguiente:

### **EXPOSICIÓN DE MOTIVOS**

La salud y la enfermedad como resultado de las condiciones del medio ambiente y los hábitos, concurren y generan la red de causalidad de la morbilidad y mortalidad incluyendo la materno-infantil en todas las regiones del mundo. Esta circunstancia nos señala que estamos frente a un serio problema de salud que afecta a los más débiles dentro de una sociedad.

De 1990 y 2010 la razón de mortalidad materna RMM mundial, disminuyó un 47% e indica la disminución del 3.1 por ciento al año, cuando debió ser del 5.5% anual necesario para alcanzar el Objetivo del Desarrollo del Milenio5 (ODM5).

El mayor número de fallecimientos se presenta en zonas con inequidades, en el acceso a los servicios de salud, acentuando las diferencias entre ricos y pobres, teniendo como referencia que la razón de mortalidad materna en los países en desarrollo es de 240 por 100,000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es de 16 por 100,000; con grandes disparidades en un mismo país entre personas con ingresos altos y bajos y entre población rural y urbana.

Según la Organización Mundial de la Salud:

- Por día mueren unas 1,500 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo, parto y puerperio.
- La Muerte Materna (MM) es mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres, debido a la pobreza, la distancia, falta de información, falta de servicios adecuados y prácticas culturales entre otras.
- Las jóvenes adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo.
- Las complicaciones, que aparecen durante la gestación son causantes del 80% de las muertes maternas y principalmente son: hemorragias graves (en su mayoría tras el parto); infecciones (generalmente tras el parto); hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia); complicaciones del aborto peligroso y las causas indirectas que complican el embarazo como la anemia, el VIH/SIDA, el paludismo y enfermedades cardiovasculares. Y, las menos son por padecimientos de antes del embarazo, que se agravan en el mismo.
- La mortalidad materna en algunas zonas del mundo refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud y subraya las diferencias entre ricos y pobres, debido a que el 99% corresponde a los países en desarrollo.
- Los obstáculos para que las mujeres reciban la atención están en relación a la pobreza en zonas remotas, distancia, falta de información, inexistencia de servicios adecuados y prácticas culturales (en el último decenio, solo el 46% de las mujeres de los países de ingresos bajos se benefician de una atención especializada durante el parto).
- En los países de ingresos elevados, todas las mujeres realizan como mínimo 4 consultas prenatales, son atendidas durante el parto por profesionales y reciben atención posnatal. En los países de ingresos bajos, poco más de un tercio de las embarazadas realizan las 4 consultas prenatales recomendadas.
- La mayoría de las muertes maternas son evitables, si, reciben atención profesional.

- En el embarazo la salud materna y del recién nacido están íntimamente relacionadas y cuando se pierde el equilibrio, adicional a los fallecimientos maternos, cada año mueren más de 3 millones de recién nacidos, y otros 2,6 millones mueren antes de nacer.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) / Oficina para Latino América y el Caribe LAC (UNICEF / TACRO), apunta los resultados siguientes:

Latino América y el Caribe LAC, es una de las regiones más dispares del mundo al concentrar 14 de los 20 países reconocidos como los más inequitativos a nivel mundial, debido a que algunos presentan un gran avance en la reducción de la mortalidad materna e infantil, y otros permanecen con altas tasas, por ello existen grandes diferencias en términos de indicadores de salud entre los países y enormes inequidades al interior de cada uno de ellos (en este último se incluye a México).

Se estima en que alrededor de 1 millón de gestantes no tienen acceso a la atención del parto por personal calificado, y que aproximadamente 744,000 mujeres no tienen ningún control del embarazo, por esta situación, más de 20,000 madres mueren durante el embarazo y el parto; y más de 200,000 recién nacidos mueren en los 28 días seguidos al nacimiento.

Entre 1990 y 2008 aumento la atención de los partos por personal calificado al pasar del 72% al 86%, subsistiendo inequidad como resultado de múltiples condiciones de vulnerabilidad (etnicidad, educación, edad, lugar de residencia, distribución del ingreso, riqueza, y otros factores sociales).

En América predominan las causas obstétricas directas de muerte, el 70% del total son la hemorragia con un 25%, la septicemia 15%, las complicaciones del aborto 13%, la eclampsia 12% y el parto obstruido (8%). En promedio, 79% de los partos en América Latina y el Caribe tienen lugar en establecimientos de salud; el 87% de los partos son atendidos por personal calificado; en zonas rurales, el acceso a los suministros, equipo en funcionamiento y servicios de derivación, es limitado; y hay una baja prevalencia promedio de uso de anticonceptivos (65 %).

Las mujeres con complicaciones obstétricas mueren generalmente en un plazo de 48 horas. Las defunciones causadas por la hemorragia y la septicemia están más relacionadas con el propio parto.

Estas complicaciones están relacionadas con la falta de acceso o utilización de los servicios de maternidad y en otro caso los servicios a menudo no pueden responder a las situaciones de urgencia, y la calidad de su atención es, a veces, deficiente.

En el país en el año de 2010 se contabilizaron 112,337,000 habitantes, de ellos 13 millones estaban en situación de pobreza extrema; 52.8 millones en situación de pobreza y el 28.1 por ciento vivían en condiciones vulnerables por carencias sociales (Cuadro C1).

La población asegurada en el rubro de servicios de salud en 2010 por institución pública fue de 111,794,000 habitantes; de ellos 52,906,000 estaban afiliados al Instituto del Seguro Social (IMSS); 11,993,000 en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); 743,000 en Petróleos Mexicanos (PEMEX); 1,048,000 en la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA); 240,000 en la Secretaría de la Marina (SEMAR); 1,942,000 en Instituciones Estatales; y 43,519.000 en el Seguro Popular (Cuadro C2).

El comportamiento de la mortalidad materna en 1990 sumó 1,477 fallecimientos causa del embarazo, parto y puerperio con una RMM de 89.0 por cada 100,000 nacidos vivos; en 1999 fueron 1,411 con una RMM de 81 (66 nacimientos y 9% menos de una década a otra). En el año 2000 fallecieron 1,325 (RMM 72.6), en tanto que en el 2009 fueron 1,411, esto es 118 fallecimientos menos que en la década anterior y la RMM pasó a 62.2 con un 14.32% menos y las mujeres sin atención pasaron del 18.88 % al 10.25%.

En el 2010 fallecieron 992 mujeres a causa de las complicaciones del EPP (RMM 51.5); en el 2011 se registraron 971 (RMM 50.7); en el 2012 fueron 949 (RMM49.9); y el porcentaje de mujeres que no recibieron atención médica osciló entre el 10.8% y el 12%. (Cuadro C3RMM y C3aRMMxEdo).

Cabe señalar que en México existen 60.2 millones de mujeres; de estas el 33.2% son adolescentes; 30 millones son madres y 2.6 millones de mujeres en promedio se embarazan al año, de las cuales el 66.6% lo planeó, el 20% no y el 13.4% es un embarazo no deseado. (Cuadro C4 nacimientos adolescentes).

El 19% de los embarazos se presenta en mujeres menores de 20 años, de las cuales el 40.6% de los embarazos son no planeados o no deseados. El 19.8% de las mujeres en edad fértil, tienen la necesidad insatisfecha de anticonceptivos (NIA) a nivel nacional; en tanto que la prevalencia de uso de anticonceptivos en mujeres en edad fértil de 1992 a 2010 pasó del 63.1% al 72.5%.

77,000 niñas de 12 a 17 años de edad están casadas; se presentan 69.5 embarazos por cada mil mujeres entre 15 y 19 años; 5.3 millones de madres son solteras, separadas o divorciadas; las madres tienen entre 2 y 3 hijos; 1,000 mujeres en promedio fallecieron al año en la última década por complicaciones del embarazo, parto y puerperio; 4 de cada 10 mujeres mayores de 14 años trabajan, de ellas el 91.9% combina trabajo y estudio con quehaceres domésticos.

6 de cada 10 mujeres que trabajan cuentan con educación básica o más; trabajan, 19,379,038 de mujeres, de las cuales casi 12 millones son madres; el 54% de las mujeres se encuentran en edad fértil (de ellas el 33.2% son adolescentes (15 a 19 años) y jóvenes (20 a 24 años), cifras que proyectan se cree se mantendrán al 2030).

Alrededor de 2 millones de nacimientos promedio se registran por año en la última década, de ellos en promedio 810,000 al nacer cuentan con seguridad social.

El 25% de la mortalidad infantil se presenta en el periodo perinatal y se debe a causas maternas relacionadas con las complicaciones del embarazo, parto y puerperio. 600,000 niños mexicanos nacen anualmente con uno o varios problemas que ponen en riesgo su vida o dejan secuelas como parálisis cerebral o retraso mental.

Las causas de la mortalidad materna e infantil son multifactoriales debido a que subsisten brechas de oportunidades para el desarrollo, servicios y nutrición en la población, principalmente de habla indígena con la no indígena y la del área rural con la urbana, de donde se destacan en el cuadro C5 características socio-demográficas y cobertura de protección social en salud México 2006 y 2012 y están en relación a:

- Mayor riesgo por edad en mujeres adolescentes y mayores de 40 años; en mujeres multíparas o con desnutrición.
- Insuficiencia o falta de educación e información en el autocuidado antes, durante y después del embarazo.
- Falta de información y del ejercicio de los derechos de la salud sexual y reproductiva, fundamentalmente en materia de planificación familiar a ambos sexos y grupos vulnerables.
- Carencia de alimentos suficientes en nutrientes y cantidad.
- Preexistencia de infecciones, hipertensión, diabetes mellitus, SIDA, enfermedades hereditarias o congénitas y otras sin control o tratamiento médico.
- Embarazo no deseado.
- Madre soltera o en unión libre.
- Brechas en la oportunidad para el desarrollo, servicios públicos (agua, luz, drenaje), accesibilidad (vías y medios de comunicación) entre el área rural con relación a la urbana y dificultad para la accesibilidad de servicios de salud, (Cuadro C6 brechas).
- Vulnerabilidad por ingreso, carencia (pobreza, falta de trabajo).
- Vivienda con insuficiencia de espacios (hacinamiento).
- Servicios de Salud:

- a) La atención institucional médica materno neonatal es fragmentada debido a que cada institución pública regionaliza los servicios de salud que otorga con base en criterios propios.
- b) Insuficiencia de las acciones de prevención y seguimiento de la mujer embarazada en el primer nivel de atención.
- c) Capacidad de respuesta de los servicios de salud a la demanda de la población es insuficiente (Cuadros C7 y C7a).
- d) Carencia de recursos (personal, equipamiento, medicamentos, materiales y suministros) en 2011 en las instituciones públicas se tenían registrados 52,752 médicos generales con un indicador de 2,302 habitantes por médico general; 9,102 gineco-obstetras para otorgar en 365 días, 24 horas al año consulta, atención de partos, cirugías, emergencias, visita hospitalaria y otras acciones y 9,966 pediatras cuya organización de trabajo se parece al del gineco-obstetra y se destaca que en ese año nacieron 2,249,218 niñas y niños; así mismo se registraron 1,301 habitantes por cama censable. (Cuadro C8).
- e) El personal en algunos casos carece de formación e información suficiente o antepone sus derechos laborales.

En México entre 2002 a 2012 la mortalidad materna se debe principalmente a 5 causas directas que en suma representan del 75 al 80% y son las enfermedades hipertensivas del embarazo, hemorragia del embarazo, parto o puerperio (EPP), aborto, sepsis y otras complicaciones del EPP; la cuales en su mayoría son evitables; (Cuadro C9).

Con relación a el riesgo de muerte del niño menor de 5 años es mayor durante el periodo neonatal los primeros 28 días de vida, mientras la mayoría de los fallecimientos neonatales se deben a partos prematuros, asfixias durante el parto (incapacidad para respirar en el momento del parto).

La mayoría de casos de niños prematuros y de bajo peso al nacer son factores predisponentes y se calcula que alrededor del 8,7% de los recién nacidos sufren bajo peso al nacer (menos de 2.500 gramos. al momento del nacimiento; este hecho guarda estrecha relación con la mayor morbilidad neonatal y se calcula que causa entre 40 y 80% de las muertes neonatales.

Los resultados en materia de salud materna y neonatal en el mundo como en México están determinados por factores interrelacionados, que comprenden los socioeconómicos (pobreza), insuficiencia de agua, saneamiento deficiente e higiene; asociados con la educación deficiente (especialmente la educación materna), acceso limitado a la atención a la salud principalmente en zonas rurales, comunidades marginadas y poblaciones indígenas.

La mortalidad neonatal representa los primeros 28 días de vida, incluye la mortalidad perinatal, la cual se presenta entre la semana 22 del embarazo y los 7 días después del nacimiento y refleja principalmente la atención que recibió la madre durante el embarazo, se calcula en 15 por 1.000 nacidos vivos, y se estima que la tasa de mortalidad fetal se aproxima a la tasa de mortalidad neonatal (TMN). Esta última representa 60% de las defunciones de menores de 1 año de edad y 36% de la mortalidad de los menores de 5 años.

La mortalidad post-natal, se relaciona principalmente con las condiciones socioeconómicas, y más frecuentemente con la calidad de vida.

A nivel nacional, entre 1980 y 2010 el indicador de la mortalidad infantil se redujo en 73%, al pasar de 52.6 a 14.2 defunciones por cada 1,000 nacimientos; el cual puede descender a mayor velocidad en tanto se disminuya la mortalidad neonatal.

La mayor mortalidad neonatal se debe principalmente a menor peso y edad gestacional. Se ha identificado que en los primeros 7 días de vida ocurren hasta un 70% de la mortalidad neonatal y está intrínsecamente relacionada con

la salud de la madre y la atención que ésta recibe antes de parto, durante el parto e inmediatamente después del parto, (Cuadro C10 MFxCmater).

La mortalidad perinatal abarca el periodo fetal (22 semanas) y neonatal temprana que se refiere a las que se ocurren los primeros 7 días de vida, cuyas causas en estos dos grupos son similares.

Las causas indirectas son la deficiente salud materna que circunscribe el mal estado nutricional, las infecciones maternas no tratadas de donde por orden de frecuencia están las de vías urinarias, de transmisión sexual, la corioamnionitis y la malaria; así como la incapacidad para identificar en el recién nacido de riesgo o enfermo, el escaso control perinatal y el difícil acceso a las unidades de atención médica hospitalaria con personal calificado.

La desnutrición materna y la falta de alimentación al seno materno de manera exclusiva contribuyen a incrementar el riesgo de muerte.

Las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, son la segunda causa de muerte, responsables de la ocurrencia de 6,477 defunciones durante 2010, lo que representa 22% de las muertes infantiles, su tendencia es casi igual entre 6,500 y 7,000 muertes al año durante la primer década de este siglo.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la tasa de mortalidad entre los recién nacidos mexicanos se redujo en 2009 a 7 fallecimientos por cada 1,000 nacimientos. La proporción de muertes durante las cuatro primeras semanas de vida era de 11 y 16 por cada 1,000 nacimientos en 2000 y 1990, respectivamente.

En México, las muertes de recién nacidos representan el 41% de los fallecimientos de niños de hasta 5 años, de quienes se estiman 17 muertes por cada 1,000 habitantes en 2009. La proporción disminuyó en comparación con el 42% del 2000.

La OMS en México, identifica 3 causas principales en la muerte de recién nacidos: los partos prematuros, asfixia e infecciones graves como sépsis y neumonía.

La Ley General de Salud le dedica 8 artículos del Capítulo V, del Título Tercero, a la protección materno–infantil y la promoción de la salud materna, lo que ante la magnitud de la situación actual, se estiman francamente insuficientes para garantizar a plenitud la protección de la salud materna y neonatal.

En estas condiciones, se estima que es indispensable contar con un ordenamiento legal, que de manera específica, establezca las previsiones necesarias para garantizar plenamente el acceso universal de la salud materna y neonatal, así como para promover el desarrollo social y laboral de las mujeres en edad fértil.

La ley que se propone tendrá como fines los siguientes:

- Declarar la protección materna y neonatal como asunto de prioridad nacional.
- Fortalecer los programas de educación en materia de salud sexual y reproductiva.
- Fortalecer los programas de salud reproductiva.
- Promover la inclusión de las mujeres embarazadas al sector laboral y productivo.
- Vigilar los derechos humanos de la mujer en periodo de embarazo, parto y puerperio.
- Promover y alinear las estrategias de desarrollo social al Sistema de Salud Materna y Neonatal.
- Garantizar la universalidad de los servicios de salud materna y neonatal, en forma oportuna, gratuita y de calidad.
- Fortalecer el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, en materia de la salud materna y neonatal, para medir su morbilidad y mortalidad.
- Promover la participación intersectorial en las estrategias de vigilancia epidemiológica, a fin de potenciar las acciones encaminadas a la reducción de la mortalidad materna y neonatal.
- Establecer por nivel de gobierno las atribuciones en materia de salud materna y neonatal.

La iniciativa plantea como principios rectores de la ley que se propone:

Gratuidad, es decir que las instituciones responsables garantizarán la prestación de los servicios maternos y neonatales de forma gratuita, de conformidad con las disposiciones de esta ley.

Acceso Universal, esto es que la atención materna y neonatal estará garantizada por parte de los prestadores públicos del Sistema Nacional de Salud, mediante el desarrollo de instrumentos de coordinación que favorezcan la portabilidad entre las instituciones.

Igualdad y Equidad, o sea que en la prestación de servicios, las instituciones responsables otorgarán la atención materna y neonatal de calidad a los usuarios, sin importar su condición social, económica, cultural, étnica o cualquier otra que vulnere sus derechos humanos.

Calidad, esto es que la atención en los servicios de maternidad y neonatal estará acreditada y/o certificada por las autoridades de salud, de acuerdo a su nivel de complejidad.

La propuesta legislativa contempla como responsables de la aplicación y cumplimiento de la prestación de los servicios de salud materna y neonatal, a las instituciones del servicio público a la población en general, a las instituciones de servicio a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social, así como a las instituciones sociales y privadas, certificadas, contratadas por el Sistema Nacional de Salud.

Así mismo se propone tener como dependencias y organismos obligados al cumplimiento de la ley que se propone a la Secretaria de Educación, a la Secretaria de Desarrollo Social, a la Secretaria del Trabajo, a la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como a las entidades públicas y privadas, de conformidad con los convenios respectivos.

Para lograr los fines de la ley que se plantea, se considera obligatoria la participación de las dependencias y organismos públicos obligados, quienes deberán desarrollar y ejecutar los programas en la materia, en coordinación con las entidades federativas, el Distrito Federal y los municipios.

Destaca de la iniciativa, la propuesta de establecer en el texto normativo el derecho de la mujer embarazada, el cual se define en los términos siguientes:

***“Toda mujer embarazada tiene derecho a obtener de manera gratuita servicios de salud de calidad, que comprenden la atención médica prenatal, del parto y puerperio, y la de su neonato.”***

Importa señalar que la iniciativa establece las previsiones pertinentes para darle plena vigencia al derecho de la mujer embarazada, que ahora se propone.

Por otra parte, la iniciativa considera la necesidad de que las instituciones responsables suscriban los acuerdos de portabilidad que se requieran, a fin de que las mujeres embarazadas sean atendidas en establecimientos médicos con capacidad resolutive.

La propuesta legislativa se compone de 10 capítulos: el primero es relativo a disposiciones generales; el segundo, a la colaboración intersectorial; el tercero a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes; el cuarto, a la prevención de la salud materna y neonatal; el quinto, a los servicios de salud materna y neonatal; el sexto, al acceso universal y calidad de los servicios de salud materna y neonatal; el séptimo, a la atención materna y neonatal; el octavo, a la información, educación y fomento de la lactancia materna; el noveno, a la contraprestación y compensación económica; y el décimo, al monitoreo y evaluación.

Por último, la presente iniciativa de ley, para alcanzar sus objetivos, plantea reorganizar, unificar y administrar el trabajo institucional del sector salud e interactuar con los sectores responsables en la mejora de las condiciones de

vida de la población y en especial de las mujeres embarazadas, de los neonatos y de la lactancia materna, sin que ello implique la aplicación de mayor presupuesto.

Estas son en suma las prevenciones que conforman el nuevo marco jurídico que se propone, el cual tiene como aspiración garantizar a plenitud la protección de la salud materna y neonatal en nuestro País.

Adicionalmente, se presenta un decreto que reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones de la Ley General de Salud, para concordar su contenido con la iniciativa de ley que se propone.

## **PROYECTO DE DECRETO, POR EL QUE SE EXPIDE LA LEY DE PROTECCION MATERNA Y NEONATAL.**

### **LEY DE PROTECCIÓN MATERNA Y NEONATAL**

#### **CAPITULO PRIMERO**

#### **DISPOSICIONES GENERALES**

##### **Objeto de la Ley**

**Artículo 1.-** La presente ley es de orden público e interés social, de observancia obligatoria dentro del territorio nacional y tiene por objeto garantizar el acceso universal de la salud materna y neonatal, así como promover el desarrollo social y laboral de las mujeres en edad fértil.

##### **Fines de la Ley**

**Artículo 2.-** Los fines de la presente ley son:

- I. Declarar la protección materna y neonatal como asunto de prioridad nacional.
- II. Fortalecer los programas de educación en materia de salud sexual y reproductiva.
- III. Fortalecer los programas de salud reproductiva.
- IV. Promover la inclusión de las mujeres embarazadas al sector laboral y productivo.
- V. Vigilar los derechos humanos de la mujer en periodo de embarazo, parto y puerperio.
- VI. Promover y alinear las estrategias de desarrollo social al Sistema de Salud Materna y Neonatal.
- VII. Garantizar la universalidad de los servicios de salud materna y neonatal, en forma oportuna, gratuita y de calidad.
- VIII. Fortalecer el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, en materia de la salud materna y neonatal, para medir su morbilidad y mortalidad.
- IX. Promover la participación intersectorial en las estrategias de vigilancia epidemiológica, a fin de potenciar las acciones encaminadas a la reducción de la mortalidad materna y neonatal.
- X. Establecer por nivel de gobierno las atribuciones en materia de salud materna y neonatal.

##### **Definiciones**

**Artículo 3.-** Para los efectos de la presente ley se entiende por:

- I. Acciones en Salud:** Las que tienen como fin proteger y restaurar la salud de las personas y de la comunidad.
- II. Atención Médica:** Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, para prevenir enfermedades, así como para proteger, promover y restaurar su salud.
- III. Embarazo:** Período que transcurre entre la implantación en el útero del cigoto y el momento del parto; comprendiendo los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, así como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia.
- IV. Gestación:** Proceso fisiológico de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno.
- V. Puerperio:** Período que sigue inmediatamente al parto y que se comprende el tiempo necesario (usualmente de 6 a 8 semanas o 40 días), para que el cuerpo materno vuelva a las condiciones pregestacionales, aminorando las características adquiridas durante el embarazo.
- VI. Salud Pública.** Conjunto de acciones que tienen por objeto promover, proteger, fomentar y restablecer la salud de la población, así como prolongar la vida humana y elevar su nivel de bienestar.
- VII. Trabajo de Parto:** Periodo comprendido desde el inicio de las contracciones uterinas, hasta la expulsión o extracción del producto y sus anexos.
- VIII. Instituciones Responsables:** Instituciones y establecimientos médicos que están obligados a prestar los servicios maternos y neonatales, en términos de la presente ley.
- IX. Lactancia:** Alimentación con leche del seno materno, ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños, no tiene límite de tiempo sin embargo se recomienda que esta sea de por lo menos un año.
- X. Calidad de los Servicios:** Proceso que garantiza la oportunidad, suficiencia y estandarización de los servicios de salud, en los diferentes niveles de atención médica, así como el proceso de acreditación o certificación de la calidad de los servicios.
- XI. Salud Sexual.-** Estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad.
- XII. Salud Reproductiva.-** Estado de bienestar físico, mental y social, referente a la sexualidad y a la reproducción, que implica una vida sexual segura y satisfactoria, así como la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir de manera libre, responsable e informada sobre su número y espaciamiento.
- XIII. Instituciones Educativas.-** Instituciones y establecimientos del sector educativo, de los diferentes niveles, públicos y privados.
- XIV. Atención Primaria a la Salud.-** Asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación; forma parte del Sistema Nacional de Salud, del que constituye su función central y núcleo principal, y es factor del desarrollo social y económico global de la comunidad.
- XV. Programas de Desarrollo Social.-** Los que desarrolla y ejecuta la Secretaria de Desarrollo Social, en términos de la Ley General de Desarrollo Social.

**XVI. Referencia.-** Proceso mediante el cual el médico tratante de un establecimiento de salud, envía a su paciente a una unidad de mayor nivel de complejidad, que puede ser un hospital general o de especialidad, a través de los instrumentos y requerimientos establecidos.

**XVII. Contra referencia.-** Proceso mediante el cual el médico tratante de una unidad de un nivel de complejidad superior, envía a su paciente a una de menor complejidad para su seguimiento, a través de los instrumentos y requerimientos establecidos.

**XVIII. Parto Eutócico.-** Es el parto normal, que se inicia de forma espontánea en una mujer, con un feto a término en presentación cefálica flexionada, posición de vértice y termina también de forma espontánea, sin que aparezcan complicaciones en su evolución.

**XIX. Reglamento.-** El reglamento de esta ley.

## **Principios Rectores**

**Artículo 4.-** Son principios rectores de la presente ley:

**I. Gratuidad:** Las instituciones responsables garantizarán la prestación de los servicios maternos y neonatales de forma gratuita, de conformidad con las disposiciones de esta ley.

**II. Acceso Universal:** La atención materna y neonatal estará garantizada por parte de los prestadores públicos del Sistema Nacional de Salud, mediante el desarrollo de instrumentos de coordinación que favorezcan la portabilidad entre las instituciones.

**III. Igualdad y Equidad:** En la prestación de servicios, las instituciones responsables otorgarán la atención materna y neonatal de calidad a los usuarios, sin importar su condición social, económica, cultural, étnica o cualquier otra que vulnere sus derechos humanos.

**IV. Calidad:** La atención en los servicios de maternidad y neonatal estará acreditada y/o certificada por las autoridades de salud, de acuerdo a su nivel de complejidad.

## **Instituciones Responsables**

**Artículo 5.-** Son responsables de la aplicación y cumplimiento de la prestación de los servicios de salud materna y neonatal de los niveles federal, estatal y municipal y del Distrito Federal.

I. Las instituciones del servicio público a la población en general.

II. Las instituciones de servicio a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social.

III. Las instituciones sociales y privadas, certificadas, contratadas por el Sistema Nacional de Salud.

## **Aplicación y Observancia de la Ley**

**Artículo 6.-** Corresponde a la Secretaría de Salud la aplicación de las disposiciones de la presente Ley, así como vigilar su debida observancia, y coordinar las acciones de las instituciones responsables en la materia.

## **CAPITULO SEGUNDO**

### **DE LA COLABORACIÓN INTERSECTORIAL.**

#### **Dependencias y Organismos Obligados**

**Artículo 7-** Son dependencias y organismos obligados por la presente ley, para la colaboración intersectorial:

I. La Secretaría de Educación.

II. La Secretaría de Desarrollo Social.

III. La Secretaría del Trabajo.

IV. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

V. Las entidades públicas y privadas, de conformidad con los convenios respectivos.

### **Coordinación Obligatoria**

**Artículo 8.-** Para lograr los fines de la presente ley, será obligatoria la participación de las dependencias y organismos obligados, quienes desarrollaran y ejecutaran sus programas en las materias de esta ley, en coordinación con las entidades federativas, el Distrito Federal y los municipios.

### **Atribuciones de la Secretaría de Educación**

**Artículo 9.-** Corresponde a la Secretaría de Educación:

I. Fortalecer y alinear los planes y programas de estudio, orientados a la salud sexual y materna.

II. Impulsar en los planes y programas de estudio, los temas de salud sexual, reproductiva y neonatal.

III. Difundir los fines y alcances de la presente ley, en las instituciones y establecimientos educativos.

IV. Considerar en los planes y programas de estudio, así como en sus programas sectoriales, cuando menos, las acciones siguientes:

a) Apoyar la continuidad de los estudios de las mujeres embarazadas y su rendimiento académico.

b) Otorgar permisos especiales a las mujeres embarazadas para atención médica.

c) Garantizar el acceso de las mujeres embarazadas a instituciones educativas públicas y privadas.

d) Erradicar de las instituciones educativas, prácticas y actitudes discriminatorias a mujeres embarazadas.

V. Supervisar y evaluar los planes y programas de estudio, en materia de salud sexual, reproductiva y neonatal.

VI. Las demás atribuciones que le confiera la presente ley y demás disposiciones aplicables.

### **Atribuciones de la Secretaría de Desarrollo Social**

**Artículo 10.-** Corresponde a la Secretaría de Desarrollo Social:

I. Fortalecer y alinear los programas de desarrollo social, orientados a la salud sexual y materna.

II. Incorporar en los programas de desarrollo social, los temas de salud sexual, reproductiva y neonatal, y supervisar y evaluar el logro de sus objetivos.

III. Difundir los fines y alcances de la presente ley.

IV. Establecer y vincular programas de ayuda nutricional para las mujeres durante el embarazo y la lactancia.

V. Coadyuvar, en el ámbito de su competencia, en las acciones de atención primaria a la salud.

VI. Las demás atribuciones que le confiera la presente ley y demás disposiciones aplicables.

### **Atribuciones de la Secretaria del Trabajo**

**Artículo 11.-** Corresponde a la Secretaría del Trabajo:

I. Vigilar la observancia y respeto de los derechos laborales de las mujeres embarazadas.

II. Elaborar e implementar programas de capacitación y adiestramiento para mujeres trabajadoras embarazadas, y en periodo de lactancia.

III. Establecer las medidas necesarias para que las mujeres embarazadas realicen trabajos de acuerdo a su estado fisiológico.

IV. Promover la inclusión laboral de mujeres embarazadas, y en periodo de lactancia.

V. Erradicar de los centros de trabajo, prácticas y actitudes discriminatorias a mujeres embarazadas, y en periodo de lactancia.

VI. Las demás atribuciones que le confiera la presente ley y demás disposiciones aplicables.

### **Atribuciones de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos**

**Artículo 12.-** Corresponde a la Comisión Nacional de los Derechos Humanos:

I. Difundir y proteger los derechos de la mujer embarazada que establece esta ley.

II. Difundir y proteger los derechos de las mujeres indígenas en las materias que regula esta ley.

III. Tramitar quejas de presuntas violaciones a los derechos humanos de la mujer embarazada, estableciendo un buzón exclusivo para su denuncia y atención. Mismo que tendrá atención prioritaria en el establecimiento.

IV. Establecer instrumentos de coordinación con los organismos protectores de derechos humanos de las entidades federativas y del Distrito Federal, para posibilitar su participación en la observancia y cumplimiento de los fines de esta ley.

V. Las demás atribuciones que le confiera la presente ley y demás disposiciones aplicables.

### **Atribuciones de las Entidades Federativas**

**Artículo 13.-** Corresponde a los estados y al Distrito Federal, así como a los municipios, adoptar dentro de sus respectivas circunscripciones los programas y estrategias del Gobierno Federal, que propendan a garantizar la universalidad de los servicios de salud materna y neonatal, en forma oportuna, gratuita y de calidad.

## **CAPITULO TERCERO**

## **DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES.**

### **Programa Nacional**

**Artículo 14.-** La Secretaria de Salud desarrollará un programa en todo el territorio nacional, encaminado a mejorar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.

La Secretaria de Salud en coordinación con las instituciones responsables, ejecutaran el programa nacional, el cual deberá considerar, entre otros aspectos, la prevención del embarazo en mujeres adolescentes y con riesgo, las enfermedades por infección, las crónicas y las de origen congénito, así como la discapacidad y la multiparidad.

### **Difusión**

**Artículo 15.-** Las dependencias y organismos obligados difundirán, dentro de su área de competencia, las acciones orientadas a mejorar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.

### **Cuidado de la Salud**

**Artículo 16.-** La instituciones responsables realizarán las acciones necesarias para crear una cultura del cuidado de la salud sexual y reproductiva en la población adolescente, observando como mínimo:

I. Considerar el entorno socio-cultural y prestar la atención de conformidad con los valores de cada individuo, responsabilidad, tolerancia, honestidad, equidad y respeto.

II. Informar al paciente sobre los cambios biológicos y corporales en la adolescencia, así como los cambios emocionales de acuerdo a su definición sociocultural.

III. Informar y educar sobre el concepto de sexualidad y su manifestación en los adolescentes.

IV. Informar sobre los conceptos de salud sexual y salud reproductiva en los adolescentes.

V. Dar a conocer a los adolescentes sus derechos sexuales y reproductivos.

VI. Informar sobre el riesgo físico y psicológico, así como las complicaciones médicas que puede sufrir una mujer adolescente al presentar un embarazo no planeado.

VII. Informar al adolescente y a su familia sobre los riesgos que pueden sufrir los neonatos de madres adolescentes.

VIII. Informar al adolescente sobre el uso de métodos anticonceptivos, así como orientar su elección de acuerdo a los antecedentes sobre su comportamiento sexual y expectativas reproductivas.

### **Anticoncepción de Emergencia**

**Artículo 17.-** Las Instituciones responsables deberán dotar de anticonceptivos de emergencia a todas las mujeres adolescentes que lo requieran, informándoles en todo momento que no es un método de planificación familiar que pueda usarse regularmente, debiendo promover el uso de una anticoncepción adecuada.

### **Consentimiento Informado**

**Artículo 18.-** Las instituciones responsables respetarán el consentimiento informado del adolescente para la utilización de métodos anticonceptivos.

## **Autocuidado y Prevención**

**Artículo 19.-** Las Instituciones responsables así como las dependencias y organismos obligados deberán:

- I. Difundir entre los adolescentes, la importancia de los métodos anticonceptivos, así como la prevención de enfermedades de transmisión sexual.
- II. Promover entre los adolescentes acciones de autocuidado de la salud sexual y reproductiva con énfasis en la exploración de mamas y toma de citología vaginal.

## **Servicios de Salud**

**Artículo 20.-** Las instituciones responsables deberán:

- I. Informar en su lengua, a las mujeres adolescentes pertenecientes a alguna etnia indígena los derechos que le otorga la presente ley.
- II. Realizar las acciones que le encomienda la presente ley con pleno respeto al entorno sociocultural de las mujeres adolescentes.
- III. Realizar la prueba del tamiz bioquímico perinatal durante el primer trimestre de gestación, para detectar riesgo de desarrollar enfermedades y establecer manejos preventivos.
- IV. Clasificar el embarazo de las mujeres adolescentes como de alto riesgo en cualquier nivel de atención y referir a un hospital de especialidad para control prenatal y atención de parto.
- V. Atender el parto de mujeres adolescentes embarazadas en hospitales especializados, asegurando la calidad de la atención de la mujer y su neonato.
- VI. Realizar a los neonatos de mujeres adolescentes, los tamices a los que se refiere la presente ley de forma oportuna y de calidad.
- VII. Promover y dotar de métodos anticonceptivos a las madres adolescentes durante el postparto.
- VIII. Dotar de métodos anticonceptivos a madres adolescentes que no cuentan con métodos de planificación familiar.

## **CAPITULO CUARTO.**

### **DE LA PREVENCIÓN DE LA SALUD MATERNA Y NEONATAL.**

#### **Prevención del Embarazo de Riesgo**

**Artículo 21.-** La Secretaria de salud en coordinación con las instituciones responsables, implementaran un programa nacional de prevención del embarazo en mujeres adolescentes y mujeres en riesgo.

#### **Prevención Primaria de la Salud Materna y Neonatal**

**Artículo 22.-** Como parte de la prevención primaria las instituciones responsables en sus establecimientos del primer nivel de atención deberán:

I Informar y Educar a las mujeres sobre la planificación familiar y la salud reproductiva dentro de las consultas a mujeres en edad reproductiva.

II. Informar y Promover la buena nutrición de la mujer embarazada.

III. Prescribir Ácido Fólico y hierro a las mujeres embarazadas, así como la inmunización con toxoide tetánico.

IV. Llevar un estricto control prenatal de las variables fisiológicas de la mujer embarazada y su producto, considerando antecedentes y estudios de gabinete y laboratorio.

V. Informar a las mujeres embarazadas sobre los signos de alarma y factores de riesgo, así como ubicación, horarios y catálogo de servicios de la red materna y traslado seguro.

VI. Comunicar las acciones de la prevención primaria a población indígena en su lengua, así como respetar su condición socio-cultural.

VII. Referir a la mujer embarazada con riesgo, al nivel superior de complejidad de la red materna para su atención.

VIII. Capacitar a Parteras y dotar de los insumos necesarios para la atención prenatal y del parto y puerperio, con mayor énfasis en zonas rurales y población indígenas.

### **Prevención Secundaria de la Salud Materna y Neonatal**

**Artículo 23.-** Como parte de la prevención secundaria las instituciones responsables en los establecimientos del segundo nivel de atención o equivalente deberán:

I. Valorar integralmente a toda mujer embarazada inmediatamente después de su acceso al establecimiento de salud.

II. Contar con el personal necesario y suficiente para la atención del parto eutócico.

III. Las mujeres con riesgo obstétrico deberán ser estabilizadas y enviadas al nivel de complejidad superior y trasladada institucionalmente con los instrumentos de información necesarios para su recepción y atención en el tercer nivel.

IV. Durante el parto mitigar los riesgos de posibles complicaciones, asegurando la salud de la madre y su neonato.

V. Realizar el tamizaje de los neonatos para prevenir futuras afecciones que comprometan la calidad de vida del neonato.

VI. Informar a las mujeres indígenas sobre la elección de parto a utilizar, comunicando las ventajas o desventajas de acuerdo a su condición médica.

VII. Informar al primer nivel de atención y contra referir al binomio madre e hijo para seguimiento del puerperio.

### **Prevención Terciaria de la Salud Materna y Neonatal**

**Artículo 24.-** Como parte de la prevención terciaria las instituciones responsables en los establecimientos del tercer nivel de atención o equivalente deberán:

I. Recibir y atender a las pacientes referidas o por demanda que presenten signos y síntomas de embarazo de alto riesgo durante cualquier etapa del embarazo.

II. Brindar la atención médica de calidad a mujeres embarazadas de alto riesgo durante el parto, a través de un equipo multidisciplinario para tal fin.

III. Realizar los estudios de diagnóstico necesarios, para limitar el riesgo obstétrico al momento del parto y puerperio en la mujer, así como monitorear la salud fetal y neonatal.

IV. Brindar atención médica de calidad a los neonatos con afecciones fisiológicas, congénitas o infecciosas desde su nacimiento hasta el restablecimiento de su salud.

### **Campañas Permanentes**

**Artículo 25.-** Dentro de las instituciones responsables todas las unidades de los diferentes niveles de atención deberán llevar a cabo dentro de sus respectivas áreas de competencia, campañas permanentes de prevención y promoción de la salud materna y neonatal.

## **CAPITULO QUINTO**

### **DE LOS SERVICIOS DE SALUD MATERNA Y NEONATAL.**

#### **Derechos de la Mujer Embarazada**

**Artículo 26.-** Toda mujer embarazada tiene derecho a obtener de manera gratuita servicios de salud de calidad, que comprenden la atención médica prenatal, del parto y puerperio, y la de su neonato.

#### **Atención Médica**

**Artículo 27.-** La atención médica materna y neonatal tiene carácter prioritario, y comprende de manera general las acciones siguientes:

I. Atención integral antes y durante el embarazo, el parto y puerperio, incluyendo atención psicológica.

II. Aplicación del tamiz bioquímico perinatal preferentemente dentro de los tres meses de gestación, para identificar posibles enfermedades o malformaciones en el feto y en la madre.

III. Atención del neonato y la vigilancia de su crecimiento, desarrollo, promoción de la vacunación oportuna, atención prenatal; así como la prevención y detección de las condiciones y enfermedades hereditarias y congénitas; y, en su caso, atención que incluya la prueba de tamiz ampliado y salud visual.

IV. Revisión de retina y tamiz auditivo al prematuro.

V. Aplicación del tamiz oftalmológico neonatal, a la cuarta semana del nacimiento para la detección oportuna de malformaciones que puedan causar ceguera y su tratamiento en todos sus grados.

VI. Promoción de la integración y bienestar familiar.

VII. Atención a las secuelas derivadas del embarazo, parto y puerperio.

#### **Acuerdos de Portabilidad**

**Artículo 28.-** Las instituciones responsables suscribirán los acuerdos de portabilidad que se requieran para que las mujeres embarazadas sean atendidas en establecimientos médicos con capacidad resolutoria, debiendo observar y adoptar las acciones siguientes:

I. Prevención del embarazo de alto riesgo, a través del fortalecimiento de las acciones de planificación familiar y anticoncepción.

II. Prevención de complicaciones graves durante el embarazo, parto y puerperio, mediante el reforzamiento del control prenatal y mecanismos de atención referenciada.

III. Atención oportuna y efectiva de las urgencias obstétricas, a través de la identificación temprana y manejo resolutivo y efectivo de la mujer embarazada, así como capacitación y profesionalización del personal involucrado.

## **CAPITULO SEXTO**

### **DEL ACCESO UNIVERSAL Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD MATERNA Y NEONATAL**

#### **Sistema Universal**

**Artículo 29.-** Se establece el Sistema Nacional de Acceso Universal a los Servicios de Salud Materna y Neonatal, como una red articulada de servicios de salud y administrativos interinstitucionales, con instrumentos estandarizados que garantizan la atención de calidad, gratuita y universal de la mujer embarazada y el neonato.

#### **Integración del Sistema**

**Artículo 30.-** Forman parte del Sistema Nacional de Acceso Universal a los Servicios de Salud Materna y Neonatal:

I. La Secretaría de Salud.

II. El Instituto Mexicano del Seguro Social.

III. El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

IV. La Secretaría de la Defensa Nacional.

V. Los Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos.

VI. Las instituciones y establecimientos de salud de la administración pública federal, estatal, del Distrito Federal y municipios.

VII. Las instituciones sociales y privadas, certificadas, contratadas por el Sistema Nacional de Salud.

Las instituciones que forman parte del sistema están obligadas a garantizar el derecho de la mujer embarazada, con calidad, pertinencia cultural y sin discriminación alguna, en los diferentes niveles de atención.

#### **Constitución, Operación y Coordinación del Sistema**

**Artículo 31.-** Corresponde al titular de la Secretaría de Salud constituir, operar y coordinar el Sistema Nacional de Acceso Universal a los Servicios de Salud Materna y Neonatal.

#### **Observancia de la Normativa**

**Artículo 32.-** En la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del neonato, las instituciones responsables, deberán observar lo establecido en las Normas Oficiales Mexicanas, en las Guías de Práctica Clínica aprobadas por el sector salud, y en los lineamientos de la Secretaría de Salud.

## **Acreditación y Certificación**

**Artículo 33.-** Para asegurar la calidad de los servicios de salud materna y neonatal, las instituciones responsables deberán acreditar y/o certificar los establecimientos de salud de los diferentes niveles de atención, de conformidad con los estándares establecidos por la Secretaría de Salud y con arreglo a las Normas Oficiales Mexicanas.

## **Gratuidad de Insumos y Medicamentos**

**Artículo 34.-** Las instituciones responsables deberán otorgar de manera gratuita a las mujeres antes, durante y después del parto, así como al neonato, todos los insumos necesarios y medicamentos para su atención.

## **CAPITULO SÉPTIMO**

### **DE LA ATENCIÓN MATERNA Y NEONATAL**

#### **Responsabilidades de los Niveles de Gobierno**

**Artículo 35.-** Para lograr la universalidad y el acceso efectivo de la salud materna y neonatal, los diferentes niveles de gobierno deberán observar como acciones mínimas las siguientes:

I. Gobierno de los municipios y de las Delegaciones del Distrito Federal:

- a) Incluir en su normatividad la salud materna y neonatal.
- b) Promover y desarrollar dentro su territorio, acciones de atención primaria a la salud para la mujer en edad fértil, durante el embarazo y para el neonato.
- c) Promover la atención prenatal oportuna y, en su caso, la atención en establecimientos de salud.
- d) Promover el embarazo responsable y prevenir el embarazo en mujeres adolescentes.
- e) Referir a pacientes en control prenatal a unidad de mayor nivel resolutivo para la atención de parto.
- f) Detectar mujeres con riesgo y referir de inmediato a unidad de mayor nivel resolutivo.
- g) Obtener la Acreditación y certificación los servicios de salud de su demarcación.
- h) Promover la lactancia materna y parto eutócico.
- i) Dar continuidad a la atención en el puerperio.
- j) Dotar a la población de métodos de planificación familiar.
- k) Involucrar a sus autoridades auxiliares, para promover la participación comunitaria en los programas de salud materna y neonatal.
- l) Informar en su lengua madre a las comunidades indígenas sobre las acciones que les encomienda esta ley, con pleno respeto a su condición socio-cultural.

II. Gobierno de las entidades federativas y del Distrito Federal:

- a) Operar de conformidad con la Normas Oficiales Mexicanas y Guías de Práctica Clínicas.

- b) Coadyuvar con el Gobierno Federal en la implementación, desarrollo y ejecución de los programas en la materia, dentro de sus respectivas circunscripciones.
- c) Incrementar la cobertura de planificación familiar, con énfasis en mujeres adolescentes y en el postparto.
- d) Integrar la Red Estatal de Servicios de Salud Maternos y Neonatales.
- e) Brindar la atención prenatal y atención de parto y puerperio en los establecimientos de salud de su respectiva circunscripción.
- f) Prestar la atención neonatal de conformidad con las disposiciones de la presente ley.
- g) Acreditar o en su caso certificar los servicios de salud de las instituciones en materia de salud materna y neonatal que correspondan a su circunscripción.
- h) Brindar atención médica integral y, en su caso, referir a pacientes de alto riesgo a hospitales de mayor nivel resolutivo, garantizando su traslado seguro.
- i) Verificar que las instituciones responsables de su demarcación, brinden atención materna y neonatal, en los términos previstos por esta ley.
- j) Establecer un programa de salud sexual y reproductivo específico para mujeres pertenecientes a alguna etnia, de acuerdo al perfil socio-cultural de cada región.

### III. Gobierno federal:

- a) Expedir por conducto del titular del ejecutivo el reglamento de la presente ley.
- b) Mantener actualizadas las Normas Oficiales Mexicanas y las Guías Clínicas en materia de salud materna y neonatal.
- c) Establecer los criterios de inclusión de entidades federativas y municipios, considerando, entre otros factores, regionalización y vulnerabilidad.
- d) Fortalecer el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.
- e) Concordar el Programa Nacional de Planificación Familiar, con los fines de esta ley.
- f) Establecer los instrumentos estandarizados para el acceso, atención, referencia y contra referencia, en las materias de la presente ley.
- g) Integrar y supervisar la Red Nacional de Servicios Maternos y Neonatales.
- h) Coordinar el traslado, atención y contra referencia de pacientes que requieran atención en hospitales de alta especialidad.
- k) Verificar que las instituciones responsables de carácter federal, brinden atención materna y neonatal, en los términos previstos por esta ley.
- l) Establecer un programa de salud sexual y reproductivo específico para mujeres pertenecientes a alguna etnia, de acuerdo al perfil socio-cultural de cada región.

## **Lineamientos para Referencia y Contra referencia**

**Artículo 36.-** La Secretaría de Salud emitirá los lineamientos conducentes para la referencia y contra referencia, intrainstitucional o interinstitucional, en las materias que regula esta ley. Estos lineamientos serán de observancia obligatoria dentro del territorio nacional.

## **CAPITULO OCTAVO**

### **DE LA INFORMACIÓN, EDUCACION Y FOMENTO DE LA LACTANCIA MATERNA**

#### **Información de la Lactancia Materna**

**Artículo 37.-** Las instituciones responsables así como las dependencias y organismos obligados, deberán proporcionar información de la lactancia materna a las mujeres embarazadas cuyo contenido sea:

- I. Las ventajas y la superioridad de la lactancia materna;
- II. Información sobre la alimentación adecuada de la mujer embarazada y lactante;
- III. El valor de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses y continuada con otros alimentos hasta los 2 años o más;
- IV Inicio y Sostenimiento la lactancia materna exclusiva y sostenida;
- V. Las dificultades de revertir la decisión de no amamantar;
- VI. La importancia de introducir alimentos complementarios después de los seis meses;
- VII. Inconvenientes del uso del biberón y de la introducción precoz de alimentos complementarios;

#### **Lactancia en Control Prenatal**

**Artículo 38.-** Las instituciones responsables a través del personal de salud de los distintos niveles de atención, deberán informar y educar, durante las consultas prenatales, sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva y sostenida durante los primeros seis meses y continuada hasta los 2 años de edad.

#### **Alojamiento Conjunto**

**Artículo 39.-** Las instituciones responsables a través de su personal de salud deberán promover el alojamiento conjunto de la madre e hijo, posterior al parto, y fomentar, informar y educar a la madre y su familia, sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses.

#### **Publicidad de Sustitutos**

**Artículo 40.-** En las Instituciones responsables queda prohibida la publicidad de sustitutos de leche materna y utensilios anexos.

#### **Promoción y Distribución de Sustitutos**

**Artículo 41.-** Las instituciones responsables no deberán promover ni distribuir sustitutos de la leche materna o utensilios anexos para tal fin.

## **Alimentación del Neonato**

**Artículo 42.-** Las instituciones responsables únicamente podrán alimentar a los neonatos con sustitutos de leche materna, cuando por su condición de salud o fisiológica la madre no este en posibilidad de hacerlo.

## **Evaluación del Fomento de la Lactancia Materna**

**Artículo 43.-** La Secretaria de Salud en coordinación con las instituciones responsables, evaluará de forma periódica la cobertura de la acción de fomento y aplicación de la lactancia materna.

## **Lactarios para Mujeres Trabajadoras**

**Artículo 44.-** Las dependencias y organismos obligados promoverán el establecimiento de sitios en donde las mujeres trabajadoras en periodo de lactancia puedan extraer y conservarla adecuadamente la leche materna.

## **CAPITULO NOVENO**

### **DE LA CONTRAPRESTACIÓN Y COMPENSACIÓN ECONÓMICA**

#### **Fideicomiso Público**

**Artículo 45.-** Para el financiamiento de la salud materna y neonatal se constituirá un fideicomiso público.

La Secretaría de Salud será la encargada de administrar el fideicomiso público, emitiendo al efecto las reglas de operación.

El Reglamento establecerá las reglas para las compensaciones y ajustes económicos que procedan, con motivo de la aplicación de la presente ley, a las instituciones públicas del Gobierno Federal, así como a las de los estados y del Distrito Federal.

Los diferentes niveles de gobierno, instituciones públicas y privadas, así como las organizaciones no gubernamentales podrán hacer aportaciones en efectivo o especie al fideicomiso público regulado en este capítulo.

## **CAPITULO DÉCIMO**

### **DEL MONITOREO Y EVALUACIÓN.**

#### **Comités de Protección Materna y Neonatal Locales**

**Artículo 46.-** Las entidades federativas y el Distrito Federal establecerán un Comité de Protección Materna y Neonatal, que estará integrado de la forma siguiente:

- I. Un Presidente, que será el Secretario de Salud o su equivalente.
- II. Un Secretario Técnico que será designado por el Secretario de Salud o equivalente.
- III. Vocales que serán:
  - a) El Delegado o, en su caso, los Delegados del IMSS.
  - b) El Delegado ISSSTE.

- c) El titular de la institución de seguridad social local.
- d) El titular del Sistema DIF.
- e) El titular del organismo de protección de los derechos humanos.
- f) Otros que considere el Secretario de Salud o equivalente.

### **Comité Nacional**

**Artículo 47.-** El Comité Nacional de Protección Materna y Neonatal estará integrado por:

- I. Un Presidente, que será el titular de la Secretaría de Salud.
- II. Un Secretario Técnico, que será el Director del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica.
- III. Vocales que serán:
  - a) El Director General del IMSS.
  - b) El Titular del IMSS-Oportunidades.
  - c) El Director General del ISSSTE.
  - d) El Comisionado Nacional de Protección Social en Salud.
  - e) El titular de Salud de SEDENA.
  - f) El titular de Salud de SEMAR.
  - g) El titular de Salud de PEMEX.
  - h) El Presidente de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
  - i) El Secretario de Educación.
  - j) El Secretario de Desarrollo Social.
  - k) El Secretario del Trabajo.
  - l) El titular del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia DIF.
  - m) Otros que considere el Reglamento.

### **Reglamentación de los Comités Locales**

**Artículo 48.-** La funciones de los comités de protección materna y neonatal locales, se regularán por la reglamentación que expidan las entidades federativas y el Distrito Federal.

### **Irregularidades en la Atención**

**Artículo 49.-** Los incidentes o problemas que pudieran presentarse en la atención a las pacientes embarazadas y a los neonatos, deberán ser resueltos de inmediato en el seno del propio establecimiento de salud.

Las instituciones adoptaran las medidas correctivas necesarias y emitirán las recomendaciones pertinentes para la mejora continua de los servicios, sin perjuicio a que se proceda a sancionar a los responsables en términos de ley.

### **Protección de los Derechos de la Mujer Embarazada y su Producto**

**Artículo 50.-** La Comisión Nacional de los Derechos Humanos y los organismos protectores de derechos humanos de las entidades federativas y del Distrito Federal, suscribirán convenios de coordinación para garantizar los derechos de la mujer embarazada y su producto que establece esta ley.

### **Sanciones Administrativas**

**Artículo 51.-** El incumplimiento de las disposiciones de la presente ley, por parte de servidores públicos de los tres niveles de gobierno, será causa de responsabilidad administrativa que será sancionada en términos de las leyes de la materia.

### **Participación Social**

**Artículo 52.-** Las organizaciones de la Sociedad Civil, personas físicas y morales podrán contribuir con los preceptos de la presente Ley de acuerdo a:

I. De forma económica, haciendo aportaciones al Fideicomiso de conformidad con los lineamientos específicos.

II. De Forma operativa, como prestadores de servicios de conformidad con el reglamento de la presente Ley.

### **TRANSITORIOS**

**ARTÍCULO PRIMERO.-** Publíquese el presente decreto en el Diario Oficial de la Federación.

**ARTÍCULO SEGUNDO.-** La presente ley entrará en vigor al día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

**ARTÍCULO TERCERO.-** Se derogan las disposiciones legales que se opongan a los preceptos de esta ley.

**ARTÍCULO CUARTO.-** El Titular del Ejecutivo Federal, dentro de un plazo de ciento ochenta días, contados a partir de la publicación de esta ley, expedirá el reglamento correspondiente; y la Secretaría de Salud, dentro del mismo plazo, emitirá los lineamientos para la acreditación y certificación de establecimientos de la atención materna y neonatal.

### **PROYECTO DE DECRETO, POR EL QUE SE REFORMAN, ADICIONAN Y DEROGAN DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY GENERAL DE SALUD.**

**ARTÍCULO ÚNICO.-** Se reforma: la fracción IV del artículo 3 y la fracción IV del artículo 27; se adiciona el artículo 2 Bis; y se deroga el Capítulo V del Título Tercero, así como los artículos 61, 61 Bis, 62, 63, 64, 64 Bis, 65 y 66, todos de la Ley General de Salud, para quedar como sigue:

**Artículo 2 Bis.-** Toda mujer en edad reproductiva tiene derecho a obtener los servicios de salud, en términos de lo dispuesto por la Ley de Protección Materna y Neonatal.

**Artículo 3.-...**

**I a III...**

**IV.** La salud reproductiva, materna y neonatal

...

**Artículo 27.-...**

**I a III...**

**IV.** La salud reproductiva, materna y neonatal

...

## **Capítulo V**

(Derogado)

**Artículo 61.** (Derogado)

**Artículo 61 Bis.** (Derogado)

**Artículo 62.** (Derogado)

**Artículo 63.** (Derogado)

**Artículo 64.** (Derogado)

**Artículo 64 Bis.** (Derogado)

**Artículo 65.** (Derogado)

**Artículo 66.** (Derogado)

## **TRANSITORIOS**

**ARTÍCULO ÚNICO.-** El presente Decreto entrará en vigor al día siguiente su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Salón de sesiones del Senado de la República a los veinticinco días del mes de marzo del año del dos mil catorce.

**Senadora María Elena Barrera Tapia.**