

QUE REFORMA Y ADICIONA DIVERSAS DISPOSICIONES DE LAS LEYES GENERAL DE SALUD, DEL SEGURO SOCIAL, Y DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, A CARGO DE LA DIPUTADA LAURA ELENA ESTRADA RODRÍGUEZ, DEL GRUPO PARLAMENTARIO DEL PAN

La que suscribe, diputada Laura Elena Estrada Rodríguez, integrante del Grupo Parlamentario del Partido Acción Nacional en la Cámara de Diputados del Congreso de la Unión, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 71, fracción II, y 55 del Reglamento para el Gobierno Interior del Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos, somete a consideración de esta asamblea la presente iniciativa que reforma y adiciona las Leyes General de Salud, del Seguro Social y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, a fin de dar paso a la universalidad en la atención de las emergencias obstétricas y la garantía de portabilidad al respecto de mujeres en condiciones de pobreza o provenientes de zonas de alta marginación. Al tenor de la siguiente

Exposición de Motivos

La mortalidad materna –según la definición de la Organización Mundial de la Salud– es la muerte de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio (los 42 días después del parto), y constituye una de las expresiones más dramáticas de injusticia social así como de la inequidad y desigualdad de género.

Es un problema en salud pública vinculado a los derechos de la mujer: reproductivos, sexuales, económicos, sociales, políticos y a una vida libre de violencia. Todos plasmados en diferentes instrumentos internacionales.¹

En México en el año 1990, murieron 2 mil 190 mujeres durante el embarazo, parto o puerperio, representando una razón de 89 muertes maternas por 100 mil nacimientos, en 2007 las mujeres fallecidas por la misma causa fueron mil 97 cifra que representa una razón de 55.6 por ciento, para el año 2008 aumentó a mil 115 el número de mujeres muertas con una razón de 57.2 por ciento (Inegi).²

En septiembre de 2002 los miembros de la ONU adoptaron la Declaración del Milenio; el gobierno de México y otros 188 Estados miembro suscribieron los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio, entre los cuales el número 5 establece la meta de mejorar la salud materna y reducir la mortalidad en 75 por ciento para el año 2015, respecto de los niveles de 1990.

La meta a cumplir para nuestro país en el año 2015 en el marco de los Objetivos de Desarrollo y Metas del Milenio, es de una razón de 22.3 por ciento, de acuerdo a lo cual se estima que se deberían presentar 417 defunciones maternas cada año.

Ante lo anterior, el artículo 4o. de la Constitución mexicana establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud y que la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud. Dichos servicios son los que componen el Sistema Nacional de Salud mismos que pueden ser de carácter público, social o privado.

Derivado de esto es que al Ley General de Salud establece que la atención materno-infantil es materia de salubridad general y debe ser incluida en los servicios básicos de salud³. Asimismo, contiene un capítulo V denominado Atención materno-infantil en cuyo artículo 61 se establece que dicha materia es de carácter prioritario.

En ese marco, el gobierno mexicano ha desplegado varias acciones para atender el grave problema de mortalidad materna. En el Plan Nacional de Salud 2007-2012 se ubica a la mortalidad materna como un problema de salud prioritario, y se establece como la Meta 2.1: Disminuir a la mitad la razón de mortalidad materna en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano. Para dar cumplimiento al plan, se determinan nueve estrategias agrupadas en tres áreas; en el *Área de rectoría efectiva en el sector*, se incorpora la línea estratégica 2.12 Fortalecer las políticas de salud materna y perinatal, y con el fin de cumplir con el Objetivo 5 de los Objetivos

de Desarrollo del Milenio, se fija entre otras, la meta de reducir al año 2012 en un 24 por ciento la razón de mortalidad materna, esto significa registrar a ese año una razón de 44.5 por ciento.

En mayo de 2008 se implanta Embarazo Saludable, una estrategia que extiende la afiliación del Seguro Popular a las mujeres embarazadas y a sus familias. No implica la gratuidad en la atención a todas las embarazadas, pues de todas formas se mantiene la normativa de realizar un estudio socioeconómico para determinar si pertenece o no al régimen no contributivo.

Un año después, en mayo de 2009 se anunció la Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México, cuyo objetivo es brindar atención universal en complicaciones del embarazo y promover una cultura de prevención de riesgos y de autocuidado de la salud entre las mujeres embarazadas.⁴ Esto a través de la atención de las emergencias obstétricas en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de Trabajadores del Estado (ISSSTE) o en la Secretaría de Salud, sea la mujer derechohabiente o no, de alguna de las instituciones de seguridad social nombradas.

A la par de las estrategias mencionadas, se cuenta con la estrategia de política social 100 por 100, que para el caso de la mortalidad materna, se traduce en líneas de acción específicas dirigidas a los 125 municipios con el menor índice de desarrollo humano (IDH) del país. Asimismo, el programa de operación Arranque Parejo en la Vida incluye otra “estrategia integral para acelerar la reducción de la mortalidad materna en México” en donde se mencionan indicadores de impacto como, por ejemplo, disminuir la Razón de Mortalidad Materna en 50 por ciento en los 100 municipios de menor IDH, e indicadores de proceso como por ejemplo: Porcentaje de embarazadas de municipios con IDH atendidas desde el primer trimestre gestacional.

Sin embargo, el real cumplimiento y éxito de estas estrategias territoriales, dependen esencialmente de la voluntad política de los tomadores de decisión en los ámbitos federal y estatal; y por consiguiente, de que elaboren y gestionen elementos estructurales para su soporte como podría ser una asignación específica, transparente, pública y sujeta a rendición de cuentas de presupuesto público. Estos y otros factores de carácter social, como la falta de confianza y de acceso a los servicios de salud, han generado la ausencia de control y disminución de este problema de salud pública.

En México la muerte durante el embarazo, parto o puerperio se concentra en mujeres pobres, indígenas, afrodescendientes, urbano-marginales, sin seguridad social, habitantes de zonas de alta o muy alta marginalidad. Del mismo modo, en 16 años no han variado las causas por las que las mujeres mueren durante el embarazo; los trastornos hipertensivos, el aborto, las causas obstétricas indirectas y las hemorragias.

Así, mientras en 1990 los trastornos hipertensivos fueron la causa del 24.4 por ciento de las defunciones, para 2006 se incrementó al 29.6 por ciento. En el caso del aborto, tercera causa de muerte materna en México, se incrementó dos puntos porcentuales en el mismo periodo. En 1990 constituyó el 6.6 por ciento de las muertes maternas y en 2006 el 18.6 por ciento. Las hemorragias obstétricas tampoco han podido descender significativa en este tiempo, ya que sólo disminuyeron un punto porcentual (del 23.1 al 22.1 por ciento).⁵

Actualmente en México se presentan 2.1 millones de embarazos cada año, alrededor de 300 mil tienen complicaciones obstétricas. El impacto que estas complicaciones obstétricas siguen teniendo en el país es enorme ya que 30 mil mujeres quedan con secuelas obstétricas que las convierten en discapacitadas, falleciendo anualmente, mil 100 mujeres lo que provoca una secuela social de 3 mil huérfanos cada año. Vale recordar que el 80 por ciento de estas defunciones maternas son prevenibles.⁶

Lo alarmante que resultan las cifras relacionadas con muerte materna infantil obligan a tomar medidas que tiendan a cohesionar al Sistema Nacional de Salud para formar un frente común de resolución del problema, por lo que se tendrán que involucrar los establecimientos de salud de carácter público, social y privado, actuando de manera solidaria con las mujeres mexicanas, proporcionándoles servicios de salud materno infantil de carácter universal en el que se considere la portabilidad de su carácter de usuarias, iniciando con aquellas que se encuentran en condiciones de alta marginación.

Con base en lo anterior, la presente iniciativa tiene como objetivo constituirse en un paso firme para garantizar el acceso universal, efectivo, oportuno, de calidad y gratuito a los servicios que proporcionan los establecimientos de atención médica de todo el Sistema Nacional de Salud.

El efecto pretendido con esta iniciativa, es que al momento de presentarse una complicación durante el embarazo, parto o posparto, las mujeres tengan la posibilidad de arribar oportunamente a los servicios de salud, eliminando barreras de acceso y la incertidumbre sobre los mecanismos para demandar oportunamente la atención en los establecimientos pertinentes.

Por ello, y bajo el reconocimiento de que es obligación del Estado crear condiciones jurídicas y materiales que garanticen la vigencia de derechos y obligaciones de sus ciudadanos, el Grupo Parlamentario del PAN propone esta iniciativa con proyecto de decreto que pretende modificar la Ley General de Salud, la Ley del Seguro Social y la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, a fin de dar paso a la universalidad en la atención de las emergencias obstétricas y la garantía de portabilidad del carácter de usuarias para las mujeres en condiciones de alta marginalidad.

Sumemos esfuerzos para lograr erradicar el grave problema de mortalidad materna que enfrentamos como país.

Por lo expuesto, la suscrita, del Grupo Parlamentario del Partido Acción Nacional, somete a consideración de la honorable asamblea el siguiente

Decreto

Primero. Se adiciona un artículo 64 Bis a la Ley General de Salud, para quedar como sigue:

Artículo 64 Bis. Los servicios de salud a que hace referencia el artículo 34 de la presente ley, prestarán atención expedita a las mujeres en edad gestacional que presenten una emergencia obstétrica, solicitada de manera directa o a través de la referencia de otra unidad médica, en las unidades con capacidad para la atención de emergencias obstétricas, independientemente de su derechohabiencia o afiliación a cualquier esquema de aseguramiento. Cuando se trate de mujeres en condiciones de pobreza o provenientes de zonas de alta marginación, conforme a los criterios que al efecto establezca la Secretaría de Salud, dicha atención deberá ser gratuita.

Segundo. Se adiciona una fracción V al artículo 89 de la Ley del Seguro Social, para quedar como sigue:

Artículo 89 ...

I. a IV. ...

V. Para el instituto será obligatoria la atención a las mujeres en edad gestacional que presenten una emergencia obstétrica, solicitada de manera directa o a través de la referencia de otra unidad médica, en las unidades con capacidad para la atención de emergencias obstétricas, independientemente de su derechohabiencia o afiliación a cualquier esquema de aseguramiento. Cuando se trate de mujeres en condiciones de pobreza o provenientes de zonas de alta marginación, conforme a los criterios que al efecto establezca el Consejo Técnico, dicha atención deberá ser gratuita.

...

Tercero. Se adiciona un artículo 31 Bis a la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, para quedar como sigue:

Artículo 31 Bis. Para el instituto será obligatoria la atención a las mujeres en edad gestacional que presenten una emergencia obstétrica, solicitada de manera directa o a través de la referencia de otra unidad médica, en las unidades con capacidad para la atención de emergencias obstétricas, independientemente de su

derechohabiencia o afiliación a cualquier esquema de aseguramiento. Cuando se trate de mujeres en condiciones de pobreza o provenientes de zonas de alta marginación, conforme a los criterios que al efecto establezca la Junta Directiva, dicha atención deberá ser gratuita.

...

Transitorios

Primero. El presente decreto entrará en vigor el día siguiente la de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Segundo. Corresponderá a las autoridades encargadas de las presentes disposiciones emitir y efectuar las adecuaciones normativas y reglamentos correspondientes a fin de dar cumplimiento al presente decreto, para ello contarán con un plazo no mayor a 120 días.

Notas

1 Entre ellos destacan: la declaración de Alma Ata (1978), las convenciones sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW, 1979), y de Belém do Pará (1994); la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo del Cairo (1994); la Conferencia de las Naciones Unidas sobre la Mujer (1995); y más recientemente pero con muchas restricciones los Objetivos de Desarrollo del milenio (2000).

2 Para mayor información ver el anexo 1 *Razón de mortalidad materna y defunciones maternas por año de registro y entidad de residencia habitual, 2002-2008*.

3 Artículos 3, fracción IV y 27, fracción IV, de la Ley General de Salud.

5 Recientemente la Secretaría de Salud publicó las causas de mortalidad materna del año 2007, las cuales son: Total de fallecimientos: Mil 97, que se desagregan bajo las causas siguientes: aborto 81, enfermedad hipertensiva del embarazo 278, hemorragia del embarazo, parto y puerperio 267, otras complicaciones principalmente del embarazo y parto 143, sepsis y otras infecciones puerperales 28, complicaciones venosas en el embarazo, parto y puerperio 9, otras complicaciones principalmente puerperales 49, muerte obstétrica de causa no especificada 0, y causas obstétricas indirectas 242. Fuente: Secretaría de Salud, Dirección General de Información, Sistema Nacional de Información en Salud. Disponible en <http://www.sinais.salud.gob.mx/muertesmaternas/index.html>

6 Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva Focalización en 6 acciones para disminuir la Mortalidad Materna, (presentación) segunda Reunión Técnica de Promoción de la Salud Materna, Chiapas, Oaxaca y Guerrero, 12 y 13 de febrero del 2009.

Palacio, Legislativo de San Lázaro, a 26 de octubre de 2010.

Diputada Laura Elena Estrada Rodríguez (rúbrica)

Anexo 1

Razón de mortalidad materna y defunciones maternas por año de registro y entidad de residencia habitual, 2002-2008