

INICIATIVA QUE ADICIONA EL ARTÍCULO 64 DE LA LEY GENERAL DE SALUD, A CARGO DE LA DIPUTADA MARTHA ANGÉLICA TAGLE MARTÍNEZ, DEL GRUPO PARLAMENTARIO DE MOVIMIENTO CIUDADANO

La suscrita, diputada Martha Tagle Martínez y adherentes de diversos grupos parlamentarios, integrantes de la LXIV Legislatura de la Cámara de Diputados del honorable Congreso de la Unión, con fundamento en los artículos 71, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y 6, numeral 1, 77 y 78 del Reglamento de la Cámara de Diputados, somete a consideración de esta honorable asamblea, la siguiente iniciativa con proyecto de decreto que adiciona las fracciones V y VI al artículo 64 de la Ley General de Salud, en materia de atención al embarazo, al tenor de la siguiente

Exposición de Motivos

El ejercicio pleno del derecho humano a la salud materna para las mujeres en México está limitado por la persistencia de problemas como: la morbilidad y mortalidad materna; el excesivo uso de intervenciones médicas, incluyendo las tasas elevadas de cesáreas y las frecuentes denuncias por parte de las mujeres usuarias por maltrato, violencia obstétrica, falta de información y consentimiento de las intervenciones médicas, y sobre saturación de los hospitales y personal;¹ como se detalla a continuación.

Situación de la Mortalidad Materna

La muerte materna es uno de los mayores problemas en materia de salud sexual y reproductiva en México. Hasta el 18 de noviembre del presente año, la razón de mortalidad materna calculada es de 31.2 defunciones por cada 100 mil nacimientos estimados, lo cual representa un incremento de 1.3 por ciento respecto de lo registrado a la misma fecha del año pasado.

Las principales causas de defunción son: Enfermedad hipertensiva, edema y proteinuria en el embarazo, el parto y el puerperio (20.4 por ciento), Hemorragia obstétrica (19.9 por ciento), y Aborto (8.7 por ciento).

Las entidades con más defunciones maternas son estado de México (66), Chiapas (45), Veracruz (45), Jalisco (43), y Guerrero (40).²

Situación de las cesáreas en México

México tiene una tasa de cesáreas inaceptablemente alta, con 47 por ciento, cifra que supera las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que sugiere máximo 15 por ciento de cesáreas.³ Con ese indicador México se encuentra entre los primeros cinco países con el porcentaje de cesáreas más alto del mundo. El incremento en la frecuencia de operación cesárea es un problema de salud pública reconocido por México. Es una práctica que no es inocua e implica riesgos inherentes, quirúrgicos y anestésicos asociada con una mayor morbilidad y mortalidad materna.⁴ Estudios a nivel mundial revelan además que solo un porcentaje menor al 10 por ciento de las mujeres prefieren la cesárea respecto al parto, es decir, el incremento de las cesáreas no tiene relación con las decisiones de las mujeres.⁵

Maltrato y violencia obstétrica

La política de salud en los últimos años, que centra la atención obstétrica en unidades hospitalarias exclusivamente, ha producido efectos adversos para la salud materna y neonatal: el incremento de las cesáreas, maltrato y violencia obstétrica.

Mejorar el trato adecuado es un tema apremiante para el sistema de salud, no solo por ser uno de los objetivos intrínsecos del sistema de salud, sino porque incluso se han incrementado en los últimos años de manera importante los casos de judicialización en donde todos pierden: las mujeres, el personal de salud y el sistema de salud que es obligado a pagar la reparación del daño sin disponer de fondos presupuestales para ello.

La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2016 reporta que, en los últimos cinco años, 33.4 por ciento de las mujeres de 15 a 49 años que tuvieron un parto sufrieron algún tipo de maltrato por parte de quienes las atendieron.⁶



Mayor proporción:

- Estado de México
- Ciudad de México
- Tlaxcala
- Morelos
- Querétaro

Menor proporción:

- Sinaloa
- Nuevo León
- Chihuahua
- Guerrero
- Chiapas

Fuente: Tomado de Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2016 (Endireh-2016), disponible en:

https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2016/doc/endireh2016_presentacion_ejecutiva.pdf



Fuente: Tomado de Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2016 (Endireh-2016), disponible en:

https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2016/doc/endireh2016_presentacion_ejecutiva.pdf

Respecto a este tema, la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), reconociendo el incremento de quejas y ratificando violaciones a los derechos humanos en esta materia, emitió en el 2009 una Recomendación general llamada “Recomendación número 31 sobre la violencia obstétrica en el sistema de salud”.⁷

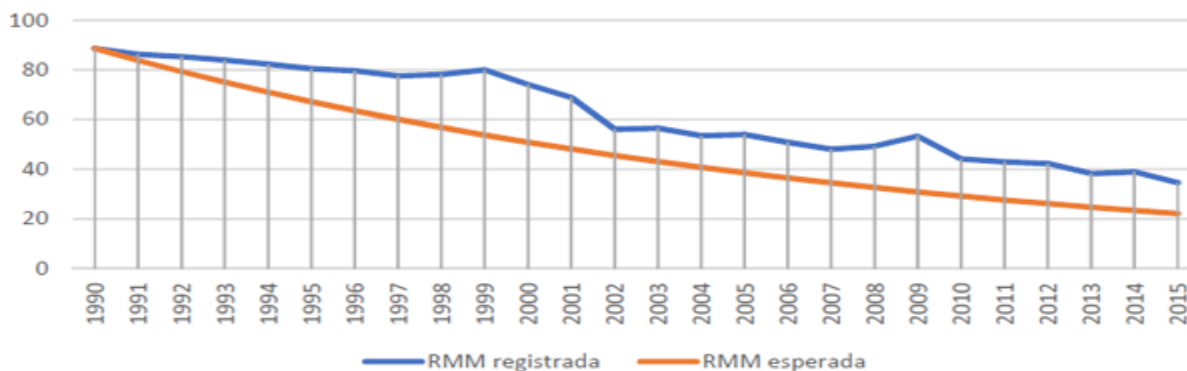
En ese mismo sentido, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed) “del año 2000 al 2012, recibió 20 mil 740 quejas, de las cuales 2 mil 877 (14 por ciento) correspondieron al área de ginecología y obstetricia, que ocupa, efectivamente, el primer lugar como especialidad con mayor número de quejas”.⁸

Finalmente, en el 2012 se realizó un estudio en donde, tras encuestar a 512 mujeres en el posparto inmediato en dos hospitales del estado de Morelos, se reporta que el 11 por ciento del total de las mujeres señalaron haberse sentido maltratadas. Las personas señaladas como las que ejercieron el maltrato fueron enfermeras (40 por ciento), médicas (30 por ciento) y médicos (23 por ciento). Respecto al tipo de maltrato percibido, el 19 por ciento reportó maltrato verbal y 8 por ciento maltrato físico.⁹

Compromisos internacionales del Estado mexicano en materia de salud sexual y reproductiva

En las metas de los Objetivos del Milenio para el 2015, específicamente el objetivo 5o., “mejorar la salud materna”, es todavía parte de la agenda pendiente en muchos países. Para México, el objetivo de reducir el 75 por ciento la RMM de 1990 a 2015, significaba pasar de 88.7 a 22.1 defunciones maternas por cada 100,000 N.V. Para ello se requería una tendencia de reducción promedio de 5.4 por ciento anual. No obstante, se alcanzó una Razón de Mortalidad Materna de 34.6, lo que equivale a una reducción de 61 por ciento, con una tendencia de reducción promedio de 3.7 por ciento anual durante el periodo 1990-2015. Secretaría de Salud.¹⁰

Tendencia de reducción de mortalidad materna lograda vs esperada.
Mexico 1990-2015



Fuente: Elaboración propia con información de RMM registrada del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

En septiembre del 2015, el Estado mexicano adquirió otro compromiso y se renovaron los desafíos. La Asamblea General de Naciones Unidas aprobó la agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, que en el tercer objetivo plantea: “garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades”, incluye 13 metas de las cuales, tres se relacionan con los servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN),¹¹ como se observa a continuación:

Meta 3.1 De 2015 a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos. (Esto implica una reducción mundial de 67.5 por ciento para dicho periodo).

Meta 3.2 De 2015 a 2030, 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 5 años al menos a 25 por cada 1.000 nacidos vivos.

Meta 3.7 2015 a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

Conforme a lo anterior, los compromisos de la agenda 2030 obligan al Estado mexicano a garantizar el derecho humano y constitucional al más alto nivel posible de salud en materia de: a) Salud sexual y reproductiva para aproximadamente 32 millones de mujeres en edad fértil (15 a 49 años) cada año;¹² b) salud materna y neonatal de un estimado de 12 millones de mujeres que presentarán un embarazo en las próximos 6 años y c) reducir en su mínima expresión el embarazo adolescente particularmente en niñas menores de 15 años; y así avanzar en la agenda 2030 es un desafío de Estado.

Si México no incrementa su tasa de reducción anual de mortalidad materna esto significará que la meta propuesta para el 2015 se alcanzaría hasta el año 2026. Ahora bien, con el nuevo compromiso de 2030 se esperaría que México alcanzará una Razón de Mortalidad Materna de 11.2 por ciento en el 2030, para ello tiene que duplicar la tasa de reducción de RMM pasando del 3.7 al 7.2 por ciento anual.

La salud materna y neonatal revela con mayor nitidez las **profundas desigualdades** respecto al bienestar social, es por ello que diversas agencias del Sistema de Naciones Unidas consideran a la Razón de Mortalidad Materna (RMM) como un **indicador de desarrollo social** y económico, íntimamente ligado a la **política social** de un país y desde luego, al **desempeño de su sistema de salud**. Esto lo reconoce el Estado mexicano en la “Estrategia

nacional para la puesta en marcha de la Agenda 2030”, en la cual menciona las desigualdades que prevalecen en: a) la calidad de la atención; b) en la cobertura de intervenciones que ofrece cada sistema de salud y c) en la accesibilidad a servicios de salud.¹³

Específicamente, en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, plantea que “la mortalidad materna promedio es de 36.7 defunciones de mujeres por cada 100 mil nacidos vivos, siendo mayor en entidades con menor acceso a servicios de salud.¹⁴

Como parte de las acciones para atender esta problemática, la Estrategia Nacional menciona el Programa de Salud Materna y Perinatal busca reducir los rezagos en la atención de todas las mujeres, sus parejas y sus recién nacidos, con trato digno y respetuoso por parte de las personas prestadoras de servicios de salud.¹⁵

Otro componente de la Estrategia Nacional son el planteamiento de metas nacionales prioritarias como:

De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar.

De aquí a 2030, reducir la tasa de mortalidad materna a menos de 30 por cada 100 mil nacidos vivos.¹⁶

Finalmente, la Estrategia Nacional contiene propuestas para lograr cada meta, en este caso la relacionada con fortalecer la integración de las instituciones públicas de salud están:

- Diseñar, implementar y asignar presupuesto específico para una estrategia sobre maternidad segura, en la que se otorgue prioridad al acceso a servicios de atención de salud prenatal, postnatal y obstétrica de calidad.
- Homologar las leyes estatales en materia de salud sexual y reproductiva de acuerdo con estándares internacionales.
- Fortalecer el primer nivel de atención en salud y consolidar los mecanismos de canalización para casos de emergencias en partos y etapa neonatal, incluyendo la participación comunitaria.¹⁷
- Implementar medidas para mejorar la eficiencia en la atención obstétrica y neonatal, además de reducir la anemia en mujeres no embarazadas en edad reproductiva.¹⁸

Marco legal de la partería

El concepto de partería es prácticamente inexistente en nuestro marco legal, si bien no existe una disposición expresa que lo prohíba, la carencia de un marco legal que le dé certeza jurídica limita el actuar de las parteras, tanto técnicas, profesionales como de las tradicionales.

La carencia de marco legal sólido que de reconocimiento a la partería redundaría en que no hay un mandato de directrices operativas para promoverla.

En la fracción IV del artículo 64 de la Ley General de Salud se establece que deben existir “IV. Acciones de capacitación para fortalecer la competencia técnica de las parteras tradicionales, para la atención del embarazo, parto y puerperio.”

La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, define dos tipos de parteras:

Partera técnica, a la persona egresada de las escuelas de formación de partería, cuyo título es reconocido por las autoridades educativas competentes y que corresponde al nivel técnico.

Partera tradicional, a la persona que pertenece a comunidades indígenas y rurales y que ha sido formada y practica el modelo tradicional de atención del embarazo, parto, puerperio y la persona recién nacida, la cual se considera como personal no profesional autorizado para la prestación de los servicios de atención médica.

La NOM 007 establece como disposiciones generales:

5.1.11 La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y a la persona recién nacida debe ser proporcionada con calidad y respeto de sus derechos humanos, principalmente a su dignidad y cultura, facilitando, en la medida de lo posible, apoyo psicológico durante su evolución.

Todas las instituciones de salud deben capacitar a las licenciadas en enfermería obstétrica, parteras técnicas y parteras tradicionales para identificar complicaciones del embarazo, parto y puerperio; así como, proveer facilidades para la referencia y acompañamiento oportuno de la embarazada a los establecimientos para la atención médica, en su caso. Los partos de bajo riesgo de término, pueden ser atendidos por enfermeras obstetras, parteras técnicas y parteras tradicionales capacitadas.

5.1.12 Las mujeres y las personas recién nacidas referidas a los establecimientos para la atención médica por las parteras tradicionales u otro prestador de servicio de salud de la comunidad, deben ser atendidos con oportunidad. La mujer debe tener la opción de parir en forma vertical, siempre y cuando se cuente con personal capacitado y con la infraestructura suficiente para tal fin, preservando en todo momento su autonomía y la seguridad del binomio.

Además de las NOM 007 la partería es reconocida en los códigos laborales que permiten a las instituciones públicas de salud la contratación de cierto tipo de parteras pero esta disposición no se cumple en la gran mayoría de entidades federativas del país.

Como se puede observar este marco legal es insuficiente para garantizar que las mujeres puedan acceder a los servicios de partería en caso de que así lo decidan.

Modelo de Partería, Unidades de Partería dentro y fuera de Hospital

En 2018, a nivel nacional se registraron 1,940,656 nacimientos de los cuales el 45 por ciento ocurrieron principalmente en hospitales de la Secretaría de Salud, 21 por ciento en el IMSS régimen ordinario, 23 por ciento en Unidades Médicas Privadas, 5 por ciento en IMSS Bienestar, 2 por ciento en el ISSSTE y 1 por ciento ocurren en el hogar.¹⁹ En México, anualmente ocurren un promedio de 1 millón de nacimientos por vía vaginal sin complicaciones.

Al contrario de lo que pudiera pensarse, la atención del parto vaginal en la actualidad no la realizan en su mayoría los especialistas, sino que la realizan médicos generales que laboran en unidades hospitalarias, en las noches o fines de semana, quienes además deben resolver otro tipo de demanda de atención como puede ser urgencias, pacientes internados, consulta externa, etcétera. El 46 por ciento del total de partos los atiende Médico (a) general, 39 por ciento lo atiende gineco-obstetra, 11 por ciento médicos en formación (médicos internos de pregrado, médicos en servicio social y residentes) 3 por ciento es atendido por parteras, enfermeras o personas autorizadas.

En el año 2018, a nivel nacional, laboraban 258 parteras profesionales (parteras técnicas asistenciales, licenciadas en enfermería obstétrica y enfermeras especialistas perinatales) de las cuales 158 carecían de una plaza de base, por lo que laboraban bajo contratos temporales.

Considerando que cada parto sin complicaciones atendido por parteras es de aproximadamente \$1,900 pesos en costos directos (solo contabilizando insumos utilizados, sin considerar otros costos como cesáreas que es 4 veces más caro) el sistema de salud podría ahorrar alrededor de más de 52 millones de pesos anualmente solo respecto a la atención del parto sin complicaciones.

Incluso restando a ese ahorro lo invertido en la contratación de parteras, el sistema de salud podría registrar un “ahorro” de más de 12 millones de pesos al año. Dicho de otra manera, invertir en parteras profesionales, técnicas y tradicionales es altamente rentable para las mujeres, para el sistema de salud público y para el país; por cada partera profesional contratada el Estado podría ahorrar hasta 80 mil pesos anuales.

Existe un consenso entre el gobierno, academia, profesionales de la salud y sociedad civil, de que los resultados en la salud sexual y reproductiva de las mujeres en México, no han sido los esperados y que los mecanismos de financiamiento, regulación, formación de recursos humanos y sobre todo la prestación del servicio: cómo se ofertan y se utilizan los servicios de salud reproductiva; tiene que transformarse.²⁰

Parte de la transformación que se necesita en este rubro promueve la inclusión de otros perfiles de profesionales de la salud en la prestación de servicios en salud materna y neonatal, tal como sería la partera profesional y espacios de primer nivel de atención como centros de salud o unidades de partería, para brindar los servicios y no centrar la atención exclusiva en unidades hospitalarias .²¹

Concentrar la atención del parto en unidades hospitalarias, además de añadir un costo innecesario al sistema de salud, tiene como efecto que no se disponga de los recursos humanos y materiales disponibles de manera homogénea en todos los turnos determinando de esa manera, una fluctuación importante en la calidad de un mismo hospital reflejado en diferencias importantes en la mortalidad materna hospitalaria por horarios de atención, si la Mortalidad materna fuera como en el día, se evitarían 38 por ciento de muertes hospitalarias en México.²²

Con lo anterior, podemos señalar que el modelo de atención obstétrica en México debe cambiar. El modelo actual de servicios de salud sexual, reproductiva y neonatal en México no ha producido los resultados esperados y ha dificultado al sistema de salud, en su conjunto, cumplir con sus funciones. Por lo que se considera imperativo iniciar la transformación con la inclusión de otros espacios en donde se brinden mayoritariamente los servicios de control preconcepcional, prenatal, atención del parto y posparto tales como centros de salud, las unidades de partería y/o casas de partería, donde el modelo de atención implementado sea el modelo de partería.

Entre el grupo de países de la OCDE hay una prevalencia de modelos de atención obstétrica en donde se acepta a unidades de primer nivel no hospitalarias como lugares seguros y con calidad aceptable para brindar atención de control prenatal, del parto y posnatal a mujeres con embarazos de bajo riesgo, estos modelos incluyen unidades de nacimiento separadas de hospitales lideradas por parteras profesionales, unidades de nacimiento como anexos a hospitales en donde laboran matronas y médicos generales y en menor medida la atención en unidades hospitalarias en donde atienden principalmente ginecólogos. Incluso en países como Holanda, Reino Unido y Australia se organiza la atención y los equipos profesionales para ofrecer continuidad en la atención durante todo el proceso desde el domicilio, totalmente cubierto con fondos públicos.²³

El modelo de partería

El embarazo y parto son procesos fisiológicos normales y sucesos naturales por los que transita la mujer como parte de su ciclo de vida. Este modelo se especializa en apoyar procesos fisiológicos basados en la confianza mutua y la confianza en la comunidad, que se construyen con el tiempo, la educación, la atención respetuosa y compasiva.

Las parteras tienen los conocimientos y habilidades para dar un servicio bajo su propia responsabilidad y basado en que la partería es una profesión con conocimientos marcados y claros, con su propio ámbito de práctica, código de ética y estándares de prácticas y experiencia comprobadas.

Atención prenatal, de parto y postparto; preparación para el parto; grupos de apoyo; educación en lactancia; educación en salud y nutrición; educación comunitaria; apoyo prenatal en grupo; atención al recién nacido; planificación familiar; detección de cáncer y atención ginecológica.

La evaluación continua asegura la provisión del nivel de atención más adecuado.

El programa se compromete con la salud y el respeto cultural de la mujer, de su familia, su comunidad, y el equipo de atención; esto se verá reflejado en los estándares de seguridad, calidad, mantenimiento y atención compasiva.

Este programa puede implementarse en Unidades de Partería dentro o fuera de hospital, siendo estas últimas también conocidas como Casas de Partería definidas como “espacio físico con capacidad para dar atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres y el cuidado del recién nacido”.²⁴ Ésta debe cumplir con criterios básicos de manejo de emergencias maternas y neonatales. En caso de ser necesario, la atención del parto se refiere a un hospital con mayor nivel de atención. Es necesario insistir, las parteras cuentan con la capacidad para proveer atención necesaria.²⁵

Unidades de Partería (Modelo de Partería)	Unidad Hospitalaria (Modelo médico)
Atención expectante y fisiológica	Atención basada en atención a emergencias obstétricas
El parto inicia espontáneamente	Puede realizarse inducción y/o conducción
La mujer elige a sus acompañantes	El hospital dictamina cuántas personas pueden acompañar
Ambiente hogareño centrado en el bienestar	Ambiente hospitalario centrado en la eficiencia técnica
Continuidad de atención	Turnos y guardias de personal
Educación perinatal incluida en la atención	Educación perinatal externa o separada al hospital
Enfoque preventivo	Enfoque curativo
Apoyo a la madre para manejo de dolor	Opción de anestesia y analgesia
La madre y bebé son atendidos por el mismo equipo de parteras	La madre es atendida por el obstetra y el bebé por el pediatra
Consumo de alimentos y líquidos según desee la madre	Consumo de alimentos y líquidos según decida el obstetra o el hospital
Alto riesgo, anestesia y cirugías son referidas al hospital	Alto riesgo, anestesia y cirugías son atendidos

Esta iniciativa plantea dar certeza jurídica al ejercicio de la partería, reconociendo que en nuestro país ya existe un modelo de partería, este reconocimiento buscaría fortalecer el actual sistema de salud en el rubro de salud sexual y reproductiva, en tanto que plantea la utilización de una Infraestructura existente que permitiría al Estado mexicano en todo el país reforzar la atención en salud materna, solo falta dotarlas de una marco normativo para su cabal funcionamiento. Por tanto, esta propuesta de iniciativa de ley no contempla erogación alguna de presupuesto público, por el contrario plantea eficientar el uso de los recursos públicos permitiendo que la atención los embarazos que no tienen ningún riesgo se atiendan en unidades no hospitalarias, unidades de primer nivel de atención: unidades de partería.

A razón de lo antes expuesto es que en colaboración con la Red Nacional de Casas de partería en México, Asociación de Parteras Profesionales México, Comité Promotor por una Maternidad Segura, proponemos esta iniciativa de ley y definimos las unidades de partería como se enuncia a continuación;²⁶

Unidad de partería:

Espacio físico independiente o claramente separado de los servicios hospitalarios, que brinda servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal a mujeres sin complicaciones médicas bajo el modelo de atención de la partería, con parteras que poseen los conocimientos, habilidades y competencias necesarias para la atención en un entorno colaborativo con la familia y otros profesionales, acogedor y respetuoso de las decisiones de las mujeres. Asegurando un nivel de atención básico para el manejo de emergencias maternas y neonatales con capacidad de referencia a un nivel de mayor capacidad resolutoria, integrado al sistema de salud y a las necesidades de la comunidad.

Propuesta de modificación a la Ley General de Salud

La modificación que se plantea en este proyecto de ley **permitirá mejorar el desempeño del sistema de salud orientando apropiadamente los recursos**, haciéndolo más eficiente, efectivos y equitativos, e incluso, tiene el potencial de poder satisfacer a todos los involucrados en él, es decir, en primer término, a las propias mujeres, a médicos, enfermeras, parteras, gerentes y gobiernos. Cumple a cabalidad con las características de las iniciativas de mejora.²⁷

Con la modificación que se plantea aquí se podría, además, incluir unidades de partería como establecimientos de salud formalmente y regularlas para mayor seguridad de las mujeres, fortalecer las escuelas de partería existentes, así como reconocer las iniciativas de los servicios de salud en 16 estados que tienen actualmente servicios públicos con parteras profesionales.

Además, esta propuesta de proyecto de ley se alinea con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana 007 de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida, **que reconoce y promueve la atención del parto en embarazos de bajo riesgo por parteras profesionales (parteras técnicas, enfermeras obstétricas) y parteras tradicionales**.

Al respecto, ya existen algunas guías para la atención del parto en unidades de primer nivel en normatividad de la propia Secretaría de Salud por ejemplo: a) Guía de práctica clínica de intervenciones de enfermería para la atención de la mujer en inducción del trabajo de parto en el primer y segundo nivel de atención;²⁸ b) Guía de práctica clínica, Intervenciones de enfermería para la atención del parto de bajo de riesgo de la mujer en el primer nivel de atención;²⁹ y c) Guía de práctica clínica Vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo.³⁰

Por lo anterior, se propone agregar una fracción V al artículo 64 de la Ley General de Salud, para quedar como sigue:

Texto Vigente	Texto propuesto
<p>ARTÍCULO 64. En la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, las autoridades sanitarias competentes establecerán</p> <p>I. Procedimientos que permitan la participación activa de la familia en la prevención y atención oportuna de los padecimientos de los usuarios;</p>	<p>...</p> <p>...</p>
<p>II. Acciones de orientación y vigilancia institucional, capacitación y fomento para la lactancia materna y amamantamiento, incentivando a que la leche materna sea alimento exclusivo durante seis meses y complementario hasta avanzado el segundo año de vida y, en su caso, la ayuda alimentaria directa tendiente a mejorar el estado nutricional del grupo materno infantil, además de impulsar, la instalación de lactarios en los centros de trabajo de los sectores público y privado;</p> <p>II Bis. Al menos un banco de leche humana por cada entidad federativa en alguno de sus establecimientos de salud que cuente con servicios neonatales;</p> <p>III. Acciones para controlar las enfermedades prevenibles por vacunación, los procesos diarreicos y las infecciones respiratorias agudas de los menores de 5 años, y</p> <p>III Bis. Acciones de diagnóstico y atención temprana de la displasia en el desarrollo de cadera, durante el crecimiento y desarrollo de los menores de 5 años, y</p> <p>IV. Acciones de capacitación para fortalecer la competencia técnica de las parteras tradicionales, para la atención del embarazo, parto y puerperio.</p> <p>Sin correlativo</p>	<p>...</p> <p>...</p> <p>...</p> <p>...</p> <p>V. Acciones para establecer unidades de partería como espacios físicos independientes o claramente separados de los servicios hospitalarios, que brinden servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal a mujeres sin complicaciones médicas bajo el modelo de atención de partería, con parteras que poseen los conocimientos, habilidades y competencias necesarias para la atención en un entorno colaborativo con la familia y otros profesionales, acogedor y respetuoso de las decisiones de las mujeres.</p>

Sin correlativo	<p>Asegurando un nivel de atención básico para el manejo de emergencias maternas y neonatales con capacidad de referencia a un nivel de mayor capacidad resolutive, integrado al sistema de salud y a las necesidades de la comunidad.</p> <p>VI. Acciones para que las mujeres con embarazos de bajo riesgo reciban atención continua durante la preconcepción, embarazo, parto y puerperio en unidades de primer nivel de atención o en unidades de partería.</p>
Transitorios	
<p>Primero. El presente decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.</p> <p>Segundo. Dentro de los 180 días posteriores a la entrada en vigor del presente decreto la Secretaría de Salud realizará las modificaciones necesarias al marco regulatorio para establecer los estándares de calidad al que deberán apegarse para su funcionamiento las unidades de partería e iniciará con el registro de las unidades de existentes y las de nueva creación.</p>	

Fundamento Legal

Por lo anteriormente expuesto, la suscrita diputada federal integrante de la LXIV Legislatura del honorable Congreso de la Unión, con fundamento en los artículos 71, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y de los artículos 6, numeral 1, 77 y 78 del Reglamento de la Cámara de Diputados, someto a consideración de esta honorable asamblea, la siguiente iniciativa con proyecto de

Decreto por el que se agregan las fracciones V y VI al artículo 64 de la Ley General de Salud .

Artículo Único : Se adicionan las fracciones V y VI al artículo 64 de la Ley General del Salud para quedar como sigue:

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

I...

II...

II Bis...

III...

III Bis...

IV...

V. Acciones para establecer unidades de partería como espacios físicos independientes o claramente separados de los servicios hospitalarios, que brinden servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal a mujeres sin complicaciones médicas bajo el modelo de atención de partería, con parteras que poseen los conocimientos, habilidades y competencias necesarias para la atención en un entorno colaborativo con la familia y otros profesionales, acogedor y respetuoso de las decisiones de las mujeres.

Asegurando un nivel de atención básico para el manejo de emergencias maternas y neonatales con capacidad de referencia a un nivel de mayor capacidad resolutive, integrado al sistema de salud y a las necesidades de la comunidad.

VI. Acciones para que las mujeres con embarazos de bajo riesgo reciban atención continua durante la preconcepción, embarazo, parto y puerperio en unidades de primer nivel de atención o en unidades de partería.

Transitorios

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

Segundo. Dentro de los 180 días posteriores a la entrada en vigor del presente decreto la Secretaría de Salud realizará las modificaciones necesarias al marco regulatorio para establecer los estándares de calidad al que deberán apegarse para su funcionamiento las unidades de partería e iniciará con el registro de las unidades de existentes y las de nueva creación.

Notas

1 Alonso C., Guadarrama E. y Hernández V. (2018). Manual abre tu casa de partería. Ciudad de México.

2 Dirección General de Epidemiología. Secretaría de Salud. Información de vigilancia epidemiológica semanal disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/511657/MM_2019_SE46.pdf

3 Sistema Nacional de Información, cubos dinámicos, 2015.

4 Guía de práctica clínica para la reducción de la frecuencia de operación cesárea México: Instituto Mexicano de Seguro Social; 2014. Disponible en

<http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-048-08/ER.pdf>

5 A. Vallejos Parás, S. Espino y Sosa, M. López Cervantes, L. Durán Arenas, ¿Las mujeres prefieren las cesáreas?, Perinatología y Reproducción Humana, Volumen 30, Issue 3,2016, Páginas 127-129, disponible en:

<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S018753371730002X?token=49B628A1BBBB7A0D1013F8160CEBC3EA5DAC0DBAE246FBA12E9F4F3B24FBF62A561DBAEFF02E014F47C88A0C1A01A4CB>

6 Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2016 (Endireh-2016), disponible en

https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2016/doc/endireh2016_presentacion_ejecutiva.pdf

7 http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Recomendaciones/generales/RecGral_031.pdf

8 Castro R., Erviti J. “25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México”, Revista Conamed, volumen 19, número 1, enero-marzo 2014, páginas 37-44.

9 Valdez R., et al., “Nueva evidencia a un nuevo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto”, Revista Conamed 2013, volumen 18, número 1, enero-marzo 2013, páginas 14-20.

10 Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Sexta reunión técnica Comité Promotor por una Maternidad Segura en México. <https://maternidadsegura.com.mx/6ta-reunion-tecnica/>

11 Asamblea General de las Naciones Unidas, Resolución aprobada por la Asamblea General el 25 de septiembre de 2015. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Disponible en:

http://www.agenda2030.mx/docs/doctos/A_RES_70_1_es.pdf

12 Inegi, Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica Enadid 2014, disponible en http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/proyectos/enchogares/especialesnadid/2014/doc/resultados_enadid14.pdf

13 Gobierno de México. Estrategia nacional para la puesta en marcha de la Agenda 2030, 2018, disponible en:

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/412433/Estrategia_Nacional_Implementacion_Agenda_2030.pdf

14 Gobierno del México, 2018:35.

15 Ídem.

16 Ídem, 36.

17 Ídem, 38.

18 Ídem, 40.

19 Sistema Nacional de Información en Salud, cubos dinámicos. Sistema de nacimientos 2018.

20 Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Organización Panamericana de la Salud. Consulta nacional del modelo de servicios de partería profesional. 2019.

21 Munabi-Babigumira S, Glenton C, Lewin S, Fretheim A, Nabudere H. Factors that influence the provision of intrapartum and postnatal care by skilled birth attendants in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 11. Disponible en:

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011558.pub2/full>

22 Lamadrid-Figueroa H, Montoya A, Fritz J, Ortiz-Panozo E, González-Hernández D, Suárez-López L, et al. (2018) Hospitals by day, dispensaries by night: Hourly fluctuations of maternal mortality within mexican health institutions, 2010–2014. PLoS ONE 13(5): e0198275.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.019827>

23 Escuriet R, Pueyo M, Biescas H, Espiga I, Colls C, Sanders M, et al.

La atención al parto en diferentes países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). *Matronas Prof.* 2014; 15(2):62-70. Disponible en:

https://www.upf.edu/documents/3223410/3287206AtencionPartoOCDE_Matronas2014.pdf/e684100f-2b8e-4d67-b167-020dda4cb402

24 Alonso, et al, 2018:6

25 Alonso, et al, 2018

26 Tomando como base la definición de la Americana Association of Birth Centers (AABC), en: https://www.birthcenters.org/page/bce_what_is_a_bc

27 Panamerican Health Organization PAHO. (2001). Health system performance assessment and improvement in the region of the Americas. Washington.

28 Secretaría de salud. Centro Nacional de Tecnología en Salud. Guía de práctica clínica de intervenciones de enfermería para la atención de la mujer en inducción del trabajo de parto en el primer y segundo nivel de atención. 2017, disponible en:

<http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/SS-799-17/ER.pdf>

29 Secretaría de salud. Centro Nacional de Tecnología en Salud. Guía de práctica clínica. Intervenciones de enfermería para la atención del parto de bajo de riesgo de la mujer en el primer nivel de atención. 2016, disponible en

<http://cenetec-difusion.com/CMGPC/SS-792-16/ER.pdf>

30 Secretaría de Salud. Centro Nacional de Tecnología en Salud. Guía de práctica clínica vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. Evidencias y recomendaciones, 2019. Disponible en:

<http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-IMSS-052-19/ER.pdf>

Dado en el Palacio Legislativo de San Lázaro, a 12 de diciembre de 2019.

Diputadas: Martha Angélica Tagle Martínez, Pilar Lozano Mac Donald, Carmen Julia Prudencio González, Lucero Saldaña Pérez, Dulce María Sauri Riancho, Maiella Gómez Maldonado, Ana Priscila González García, Adriana Medina, Fabiola Loya Hernández, María Libier González Anaya, María Guadalupe Almaguer Pardo, Frida Alejandra Esparza Márquez, Mónica Bautista Rodríguez, Lourdes Celenia Contreras González (rúbricas).