

INICIATIVA QUE ADICIONA LOS ARTÍCULOS 64 BIS 1 DE LA LEY GENERAL DE SALUD Y 46 DE LA LEY GENERAL DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA, A CARGO DE LA DIPUTADA IRASEMA DEL CARMEN BUENFIL DÍAZ, DEL GRUPO PARLAMENTARIO DEL PES

La que suscribe, diputada Irasema del Carmen Buenfil Díaz integrante del Grupo Parlamentario Encuentro Social en la LXIV Legislatura de la honorable Cámara de Diputados, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 71, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y 6, numeral 1, fracción I, 77 y 78 del Reglamento de la Cámara de Diputados, somete a consideración de esta asamblea la presente iniciativa con proyecto de decreto por el que se reforman la Ley General de Salud y la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en materia de atención especializada a mujeres embarazadas, al tenor de la siguiente

Exposición de Motivos

A pesar del considerable progreso que se ha hecho en la reducción de la mortalidad materna e infantil, tan solo en 2015, “Cada día mueren aproximadamente casi 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. Un 99 por ciento de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo. La mortalidad materna es mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres. El alto número de muertes maternas en algunas zonas del mundo refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud y subraya las diferencias entre ricos y pobres.”¹

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la mortalidad materna como la causa de defunción de la mujer durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. (OPS/OMS, 1995:139).

Una de las problemáticas que enfrentamos como país en materia de atención materno infantil cuando se presenta una emergencia obstétrica, es la falta de una pronta respuesta, lo que ha evidenciado la falta de recursos humanos capacitados, administrativos y económicos, que respaldan a este tipo de problemáticas. Los estudios de las últimas décadas demuestran que las muertes maternas son prevenibles, donde las soluciones son bien conocidas.

La OMS señala que, las hemorragias graves tras el parto pueden matar a una mujer sana en dos horas si no recibe la atención adecuada. Hace la anotación de que la inyección de oxitocina inmediatamente después del parto reduce el riesgo de hemorragia. También señala que las infecciones tras el parto pueden eliminarse con una buena higiene y reconociendo y tratando a tiempo los signos tempranos de infección. De igual forma, puntualizan que en el caso de la preeclampsia debe detectarse y tratarse adecuadamente antes de la aparición de convulsiones (eclampsia) u otras complicaciones potencialmente mortales.

Con datos del Observatorio de Mortalidad Materna en México, en su documento “Emergencias Obstétricas en México: designación de concepto y uso”, comentan que la falta de atención pronta y expedita es un indicador del grado de desarrollo social, en el cual se refleja el nivel de injusticia e inequidad al interior de la sociedad.

Por tanto y debido a los problemas de funcionamiento detectados entre los diferentes niveles de atención en los establecimientos de salud, el objetivo de la presente iniciativa es que se capacite al personal de la atención a la salud para que atiendan con prontitud, calidad y calidad, sin violencia y sin discriminación a las mujeres embarazadas, brindándoles de manera adecuada un trato digno y la capacidad inmediata de resolución del Sistema de Salud y que por alguna circunstancia presentan una emergencia obstétrica.

Como antecedente tenemos que en 1995 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Acuerdo Número 127 por el que se crea el “Comité Nacional para el Estudio de Mortalidad Materna y Perinatal con el objeto de contribuir a mejorar los registros y estimaciones de los indicadores sobre mortalidad, que permitan establecer estrategias para la reducción de dichas tasas”.²

Como uno de los primeros intentos por atender la problemática fue que en el 2009 se firmó el Convenio General de Colaboración para la Atención de Emergencias Obstétricas,³ que estableció el compromiso solidario entre la Secretaría de Salud, el IMSS y el ISSSTE para atender a toda mujer que presentará una emergencia obstétrica en la unidad médica con la capacidad resolutoria más cercana, independientemente de su derechohabiencia o afiliación a alguna de estas instituciones de servicio médico; coadyuvando con ello a abatir la mortalidad materna a nivel nacional, sin embargo esto no fue suficiente, ante ello se logró legislar en la materia y se realizaron decretos, esto no ha sido suficiente ante los evidentes casos de falta de atención tanto en la unidad médica correspondiente al paciente, como en las de referencia.

Sin embargo, datos de hechos públicos, podemos deducir que en nuestro país el derecho a la salud presenta problemas graves, como la exclusión y discriminación que viven miles de mujeres en diversas formas, más si hablamos sobre el derecho a la atención ante una emergencia obstétrica, la cual refleja condiciones deficientes de atención. En el Sistema de Salud predomina la baja capacidad de resolución para la atención obstétrica de emergencia, por no contar con el personal capacitado, poco personal y hasta una mala actitud y trato indigno hacia las pacientes.

Nuestros ordenamientos mandatan los derechos que tienen todas las personas, como nuestra Constitución, que mandata en su artículo 1ro. párrafo cinco que: “Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.”

De igual forma, el artículo 4o., párrafo cuarto, refiere que: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.”

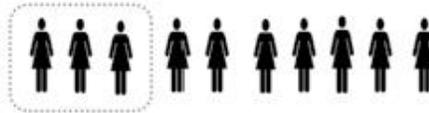
La Ley General de Salud, estipula que la atención materno-infantil tiene carácter prioritario y no solo eso; en su artículo 61 Bis dispone que toda mujer embarazada, tiene derecho a obtener servicios de salud en los términos a que se refiere el Capítulo IV del Título Tercero de esta ley y con estricto respeto de sus derechos humanos.

En los informes sobre el trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, se hace mención a un evidente maltrato físico, una profunda humillación y maltrato verbal, procedimientos médicos sin consentimiento o coercitivos (incluida la esterilización), falta de confidencialidad, incumplimiento con la obtención del consentimiento informado completo, negativa a administrar analgésicos, violaciones flagrantes de la privacidad, rechazo de la admisión en centros de salud, negligencia hacia las mujeres durante el parto –lo que deriva en complicaciones potencialmente mortales, pero evitables–, y retención de las mujeres y de los recién nacidos en los centros de salud debido a su incapacidad de pago.⁽⁵⁾ Es más probable que las mujeres adolescentes, las solteras, las de nivel socioeconómico bajo, las que pertenecen a una minoría étnica, las inmigrantes y las que padecen VIH, entre otras, sufran un trato irrespetuoso y ofensivo.⁴

De acuerdo al ENDIREN 2016, la Violencia obstétrica se manifiesta como sigue:

Universo: 32.8 millones de mujeres de 15 años y más que tienen entre **15 y 49** años de edad (70.7% del total).

- 8.7 millones (26.7%), tuvieron al menos un parto en los últimos 5 años – de octubre de 2011 a octubre de 2016.
- 3.7 millones (42.8%), reportó que el nacimiento de su último hijo/a fue por cesárea.



En los últimos 5 años, **33.4%** de las mujeres de 15 a 49 años que tuvieron un parto, sufrió algún tipo de maltrato por parte de quienes las atendieron en el parto.

La ENDIREH 2016 es la primera encuesta nacional que incluye una sección para valorar la atención obstétrica que las mujeres recibieron durante el último parto por parte del personal que las atendió.

Maltrato en la atención obstétrica en el país



Situaciones que experimentaron las mujeres al ser atendidas durante el último parto

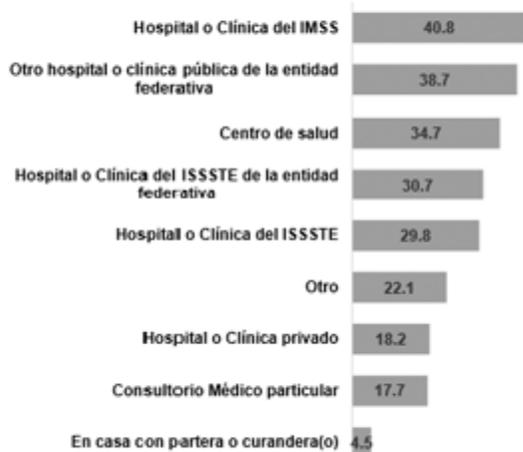


Durante su último parto...



Lugar donde atendieron el parto y maltrato durante el parto

Proporción de mujeres de 15 a 49 años con maltrato durante la atención obstétrica de su último parto o cesárea en los últimos 5 años por lugar donde la atendieron



De las 3.7 millones de mujeres que tuvieron cesárea:

- 10.3% no fue informada de la razón de la cesárea, y
- 9.7% no le pidieron su autorización para realizarla.

Persona que dio la autorización para realizar la cesárea



Respecto a los instrumentos internacionales existen diversos documentos que se han alentado para disminuir y en su caso erradicar la mortalidad materno infantil, por ejemplo, la 1ra. Conferencia Nacional sobre Maternidad sin Riesgos (1993), Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995), Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, Objetivos de Desarrollo del Milenio, Convención sobre los Derechos del Niño (1989).

La Convención de los Derechos del Niño, documento firmado por México, dispone en su artículo 24 que los Estados deben “asegurar atención sanitaria prenatal o posnatal apropiada para las madres” y desarrollar atención sanitaria preventiva, incluyendo “orientación a los padres, educación y servicios de planificación familiar.

De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi) en su boletín “Estadísticas a propósito del Día de la Madre”⁵ con datos nacionales, informa que en 2010 del total de mujeres de 15 años y más, 71.6 por ciento han tenido al menos un hijo nacido vivo y que la preeclampsia fue la principal complicación de emergencia obstétrica en las mujeres 15 a 49 años (52.3 por ciento).

Señala además que “En la etapa de gestación existen riesgos que ponen en peligro la vida de la mujer y el producto; aproximadamente 15 por ciento de las mujeres embarazadas presentan alguna complicación mortal que requiere de atención obstétrica calificada y en algunos casos intervención obstétrica para que sobrevivan. Una complicación no diagnosticada oportunamente puede agravarse y provocar una emergencia obstétrica que incrementa el riesgo de morbilidad materno-infantil.”

También señala el Inegi que “En 2010, del total de egresos hospitalarios de mujeres de 15 a 49 años por padecimientos que pueden generar una emergencia obstétrica, 15 por ciento ocurrieron en los tres primeros meses del embarazo, 68.7 por ciento en la segunda mitad del mismo, y 9.9 por ciento después del parto; y las principales complicaciones obstétricas son la preeclampsia (causa de hemorragia intracerebral, 52.3 por ciento), el embarazo ectópico (15 por ciento), la placenta previa (8.3 por ciento) y la hemorragia posparto (6.4 por ciento).”

“En 2010, la tasa de morbilidad hospitalaria por embarazo ectópico en la primera mitad de la gestación se presenta principalmente entre la población de 25 a 29 años (64 de cada 100 mil mujeres); durante la segunda mitad del

embarazo es la preeclampsia en mujeres de 20 a 24 años (188 de cada 100 mil mujeres de ese grupo de edad); las complicaciones por placenta previa se concentran entre las mujeres de 30 a 34 años (34 de cada 100 mil); éstas junto con el desprendimiento prematuro de placenta, pueden derivar en síndromes fatales como la coagulación intravascular diseminada (microtrombos en los vasos sanguíneos más pequeños) y hemorragias importantes. Finalmente, entre las complicaciones que ocurren postevento obstétrico, está la hemorragia posparto principalmente por atonía uterina (26 de cada 100 mil mujeres de 20 a 24 años y 24 entre las de 25 y 29 años), la cual se asocia más con la mortalidad materna.”

Además de que “En 2011, del total de defunciones por complicaciones de emergencia obstétrica, en mujeres de 15 a 49 años, 31 de cada 100 son por hemorragias posparto y que en el mismo año ocurrieron 50.3 defunciones maternas en las mujeres de 15 a 49 años por cada cien mil nacidos vivos”.

Los datos son muy interesantes, al reflejar de manera puntual la problemática que se enfrenta en el sistema de salud, por ejemplo para 2011, la razón de mortalidad materna para las mujeres de 15 a 49 años, 24 por ciento se debieron a defunciones obstétricas indirectas y 76 por ciento por complicaciones obstétricas directas, de las cuales, 32 por ciento se debieron a enfermedades hipertensivas del embarazo y 30.4 por ciento por hemorragia del embarazo, parto y puerperio, entre las más importantes.

Con un dato más representativo “el número de fallecimientos por entidad federativa, de manera global para el 2010 el Estado de México tuvo el número más elevado de causas maternas con 119 (12 por ciento), seguido de Veracruz con 78 (7.9 por ciento) y del Distrito Federal con 76 (7.7 por ciento); por su parte Baja California Sur y Colima no presentan ninguna causa materna de defunción, seguidas de Campeche y Nayarit quienes registran el número más bajo de defunciones ambas entidades con 8 (0.8 por ciento).”⁶

En México la razón de la mortalidad materna ha disminuido de manera importante en las últimas décadas: pasó de 88.7 defunciones maternas por cada 100 mil nacidos vivos en 1990 a 34.6 en 2015.

Para 2015 de los 778 casos de fallecimientos durante el embarazo, el parto o el puerperio, 232 (29.7 por ciento) se deben a afecciones obstétricas indirectas, es decir enfermedades pre-existentes o enfermedades que evolucionaron durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas, pero sí agravadas por efectos fisiológicos del embarazo. Los trastornos hipertensivos con 21.2 por ciento son la segunda causa de muerte, seguida por las complicaciones del trabajo de parto y del parto que representan 16.1 por ciento del total de fallecimientos; 9.3 por ciento se debe a embarazos terminados en abortos, así como 9.3 por ciento por problemas relacionados con el feto y la cavidad amniótica; 8.6 por ciento por complicaciones relacionadas con el puerperio y 5.8 por ciento debido a trastornos del embarazo.

La distribución espacial de la muerte materna en México no es homogénea, ya que como ocurre con otros fenómenos, se presenta con mayor frecuencia en entidades donde la desigualdad y el rezago social están más presentes. En 2015, las entidades de las que se reportó la mayor cantidad de muertes maternas, por cada 100 mil nacimientos, son Chiapas (68.5) y Nayarit (66.9), siendo las únicas con más de 65 muertes. En oposición, Quintana Roo (20.7), Tlaxcala (20.1) y Querétaro (14.9) tienen la menor razón de muertes maternas.

De acuerdo con el Observatorio de Mortalidad Materna en México, para 2017 se registraron 414 defunciones a nivel nacional, siendo Chiapas, estado de México y Ciudad de México los primeros lugares respectivamente.

Por ello, el manejo de complicaciones obstétricas debe considerarse como una prioridad para los servicios de salud materna, debido a que se tienen datos de que 80 por ciento de las muertes maternas ocurren durante el parto y posparto y las mujeres con complicación obstétrica no atendida, fallecen generalmente en un plazo de 48 horas; la consecuencia por cualquier demora en la atención de una mujer con alguna complicación y la falta de acceso a

servicios con capacidad resolutoria, puede derivar en un alto porcentaje en su muerte y por consecuencia la del niño por nacer.

De acuerdo a especialistas en la materia las complicaciones en las mujeres gestantes pueden ser prevenidas con un diagnóstico adecuado, acceso a atención prenatal, hospitalaria y sobre todo de emergencia, siendo este último el proceso que permite una estabilización y atención urgente de la mujer embarazada.

Durante la cumbre de las Naciones Unidas sobre los Objetivos del Milenio, celebrada en septiembre de 2010, el secretario general Ban Ki-Moon presentó una “Estrategia mundial de salud materna e infantil”, cuyo objetivo es salvar la vida de más de 16 millones de mujeres y niños durante los próximos cuatro años y dentro de este proyecto la Organización Mundial de la Salud ha estado colaborando con los asociados para alcanzar esta meta

El Informe de Avances 2013 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México, se explica el modelo de las tres demoras señalando que:

- La primera demora se refiere al retraso en la decisión de buscar atención por parte de la embarazada; para evitarlo, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva difunde información preventiva con el fin de que las mujeres determinen o identifiquen signos de alarma y busquen atención médica de urgencia.
- La segunda demora se debe al retraso en la llegada al lugar de la atención, por la dificultad en el acceso a los servicios o por el tiempo de traslado; y
- La tercera, es el retraso en la obtención de atención una vez que la mujer ha llegado al servicio médico.⁷

Sobre las cifras arrojadas en la evaluación de la política de desarrollo social, desarrolladas en el documento de SECIP de la Cámara de Diputados, señala que el Coneval explica que, las pacientes con Enfermedad Hipertensiva del Embarazo (EHE), además de tener el índice más alto de mortalidad, son el ejemplo de las consecuencias de las largas trayectorias que las pacientes con emergencias obstétricas realizan. De las 248 mujeres que murieron de EHE (25 por ciento de la muestra), 121 fallecieron en la primera unidad de salud a la que asistieron; de las 127 que llegaron a la segunda, fallecieron 93; y de las 34 que llegaron a la tercera o siguientes unidades de atención médica, murieron las 34. Esto evidencia que mientras más larga es la trayectoria que emprende la paciente con EHE entre unidades médicas para su atención, más probabilidades tiene de morir.

En este informe, el propio Coneval señala sobre esta problemática que:

La afiliación a servicios de salud se ha incrementado considerablemente en los últimos años, pero dicho incremento no ha significado un crecimiento de la calidad en el servicio, como lo muestran los datos sobre mortalidad materna y atención en los servicios de salud; por lo tanto, es relevante considerarlo todavía como un reto.

Por tanto, es necesario priorizar que cuando exista una emergencia obstétrica se brinde una atención médica con oportunidad y eficiencia, con la certeza de que será recibida y atendida con oportunidad y calidad en la unidad correspondiente o en su caso en la unidad de destino.

Complementando además la responsabilidad de todos los actores que intervienen en la salud, es importante que en la atención prenatal el médico deba propiciar que la mujer embarazada y su familia hagan un plan de contingencia para saber qué hacer y a donde ir en caso de una emergencia obstétrica.

Es relevante que todos los establecimientos de salud, tengan conocimiento de las unidades de resolución, es decir, se tendría como objetivo primordial atender de forma oportuna los casos presentados estableciendo una ruta por parte del sistema de salud, en conjunto con los familiares del paciente con la intención de disminuir al máximo las muertes maternas.

Por último, el establecer una atención oportuna, mejorar la atención médica con infraestructura adecuada y personal capacitado, podrían disminuir de manera importante las defunciones por causas obstétricas directas; es a través de la prevención la mejor medida para disminuir condiciones de salud adversas entre las mujeres embarazadas.

Una atención deficiente en la atención obstétrica tiene un impacto en la economía, la cascada de intervenciones y complicaciones en su mayoría deriva en más intervenciones con resultados que pueden derivar una o varias discapacidades, hasta muertes maternas y de infantes.

La falta de atención en una emergencia obstétrica debe dejar de ser es una consecuencia de las desigualdades socioeconómicas del sistema de salud, para proporcionar accesible, equitativo y de alta calidad de la atención de la salud materna, la atención calificada y la atención obstétrica de emergencia en caso de complicaciones.

Por tanto, se pretende que con esta reforma se capacite al personal de salud para que toda emergencia obstétrica sea atendida de manera adecuada, y se evite la discriminación. Si bien, la ley establece la capacitación para que el personal para detectar violencia, no establece la capacitación para no ejercer violencia.

Todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación.

Por lo expuesto, fundado y motivado, someto a consideración de esta asamblea la siguiente iniciativa con proyecto de

Decreto que adiciona el artículo 64 Bis 1 de la Ley General de Salud en materia de atención a emergencias obstétricas, y el artículo 46 de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en materia de atención a emergencias obstétricas

Primero. Se adiciona un segundo y tercer párrafo al artículo 64 Bis 1 de la Ley General de Salud para quedar como sigue:

Artículo 64 Bis 1. Los servicios de salud a que hace referencia el artículo 34 de la presente Ley, prestarán atención expedita a las mujeres embarazadas que presenten una urgencia obstétrica, solicitada de manera directa o a través de la referencia de otra unidad médica, en las unidades con capacidad para la atención de urgencias obstétricas, independientemente de su derechohabiencia o afiliación a cualquier esquema de aseguramiento.

El personal médico y administrativo que preste atención a las mujeres embarazadas que presenten una urgencia obstétrica, deberá contar con capacitación sobre la atención y prioridad de las mujeres que presentan esta situación, a través de programas diseñados a mejorar la calidad de la atención de la salud materno-infantil.

Los servicios de Salud a que se refiere el presente artículo realizarán campañas de prevención y erradicación de la violencia durante el embarazo y parto por los prestadores de la atención a la salud, ofreciendo una atención digna y respetuosa.

Segundo. Se adiciona el artículo 46 de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, para quedar como sigue:

Artículo 46. Corresponde a la Secretaría de Salud:

I. En el marco de la política de salud integral de las mujeres, diseñar con perspectiva de género, la política de prevención, atención y erradicación de la violencia en su contra;

II. Brindar por medio de las instituciones del sector salud de manera integral e interdisciplinaria atención médica y psicológica con perspectiva de género a las víctimas;

III. Crear programas de capacitación para el personal del sector salud, respecto **a brindar una atención digna y respetuosa, a no ejercer ningún tipo de violencia ni discriminación** contra las mujeres, **a que se garantice** la atención a las víctimas y la aplicación de las normas oficiales mexicanas vigentes en la materia;

IV. a XI. ...

Transitorio

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

Notas

1 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>

2 <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spi/SAPI-ISS-74-15.pdf>

3 http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/convenios_emergencias_obs/ce_o_conv.pdf

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

5 http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/esta_disticas/2013/madre0.pdf

6 Mortalidad materna en México. Marco conceptual, derecho comparado, políticas públicas, tratados internacionales, estadísticas y opiniones especializadas, SEDIA, Cámara de Diputados.

7 Presidencia de la República, Informe de Avances 2013 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México.

Palacio Legislativo de San Lázaro, a 14 de abril de 2021.

Diputada Irasema del Carmen Buenfil Díaz (rúbrica)