

INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE ADICIONA UN ARTÍCULO 64 BIS 1 TER A LA LEY GENERAL DE SALUD, UNA FRACCIÓN V AL ARTÍCULO 89 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL Y UN ARTÍCULO 31 BIS A LA LEY DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, PARA GARANTIZAR LA ATENCIÓN UNIVERSAL DE LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO EN MATERIA DE MORTALIDAD MATERNA.

Las que suscriben **MARTHA ELENA GARCÍA GÓMEZ, MÓNICA T. ARRIOLA GORDILLO, ANGÉLICA DE LA PEÑA GÓMEZ, ROSA ADRIANA DÍAZ LIZAMA, SONIA MENDOZA DÍAZ**, Senadoras de la República integrantes de diversos Grupos Parlamentarios de la LXII Legislatura del Congreso de la Unión, con fundamento en lo dispuesto por el artículo 71 fracción II de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como los artículos 8 numeral 1 en su fracción I, 164 numeral 1 y 169 del Reglamento del Senado de la República, sometemos a la consideración del Pleno de esta H. Asamblea, la siguiente **INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE ADICIONA UN ARTÍCULO 64 BIS 1 TER A LA LEY GENERAL DE SALUD, UNA FRACCIÓN V AL ARTÍCULO 89 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL Y UN ARTÍCULO 31 BIS A LA LEY DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, PARA GARANTIZAR LA ATENCIÓN UNIVERSAL DE LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO EN MATERIA DE MORTALIDAD MATERNA.**

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

El derecho a la salud inmerso en el artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, debe traducirse en el grado máximo de salud que se pueda lograr sin distinción de raza, religión, ideología, sexo, condición económica o social. No obstante, la mortalidad materna por emergencias obstétricas durante el embarazo, parto o puerperio, ha puesto de manifiesto que las mujeres siguen enfrentando situaciones de riesgo que les impiden ejercer plenamente este derecho.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la mortalidad materna, se refiere a la muerte de una mujer durante el embarazo, parto o puerperio (42 días después del parto), debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

Datos del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) de 2011, revelan que la mortalidad materna es la principal causa de muerte entre mujeres de edad reproductiva a nivel global, más de 1500 mujeres y niñas mueren cada día a causa de complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto o el puerperio, lo cual, se traduce en cerca de 550 mil muertes anuales.

En este sentido, si bien es difícil medir las enfermedades y secuelas del embarazo, las estimaciones varían de 16 a 50 millones de casos anuales e incluyen condiciones como infección, complicaciones neurológicas, hipertensión, anemia y fístula obstétrica.

Cifras del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), señalan que en 1990, en nuestro país se registraron 2,190 casos de mujeres que murieron durante el embarazo, parto o puerperio, lo cual representa una razón de 89 muertes maternas por cada 100 mil nacimientos. Para el año 2007 las mujeres fallecidas fueron 1,097 con una razón de 55.6%. En 2008, aumento a 1,115 con una razón de 57.2%. Para el año 2010, la mortalidad materna fue de 53.5 muertes por cada 100,000 personas nacidas vivas.

En México, la mortalidad materna ha sido considerada un problema de salud pública vinculado a los derechos reproductivos, sexuales, económicos, políticos, sociales y a una vida libre de violencia que han sido reconocidos en los diversos instrumentos internacionales firmados y ratificados por el Estado Mexicano. En este sentido, en septiembre de 2002 en el marco de la Declaración del Milenio, el Estado Mexicano se une a 188 países miembros de la ONU que suscriben los Objetivos del Desarrollo del Milenio en los cuales se establece la meta de mejorar la salud materna y reducir la mortalidad en 75% para el año 2015, respecto de los niveles de 1990.

El compromiso para el Estado Mexicano es de una razón de 22.3% (417 defunciones maternas por año. Es por ello que, en los gobiernos anteriores se emprendieron diversas acciones para atender la problemática de la mortalidad materna. Se propuso en el Plan Nacional de Salud 2007-2012, ubicar la muerte materna como un problema de salud pública, de carácter prioritario encaminado a reducirla en los 100 municipios de menor índice de desarrollo humano. En este sentido, es incorporada la estrategia para fortalecer las políticas públicas de salud materna y perinatal y reducir en el marco de los Objetivos del Milenio en un 24% la razón de mortalidad materna.

Asimismo, fueron implementadas diversas estrategias en contra de la mortalidad materna, tales como el “Embarazo Saludable” en el 2008, la cual establece una estrategia de afiliación al seguro popular a las mujeres embarazadas y a sus familias. Para mayo de 2009, se crea la “Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México²”, cuyo objetivo principal se encaminaba a brindar la atención universal en complicaciones del embarazo y a promover una cultura de prevención de riesgos y de auto cuidado de la salud entre las mujeres embarazadas, a través de la atención de las emergencias obstétricas en el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de Trabajadores del Estado (ISSSTE) o en la Secretaría de Salud, independientemente de su derechohabiencia, de acuerdo con el modelo adoptado por la Organización Mundial de la Salud:

A la par de estas acciones, se crearon las estrategias 100x100 y Arranque Parejo a la Vida, la primera contempla acciones específicas dirigidas a los 125 municipios con el menor índice de desarrollo humano (IDH) del país y la segunda incluye una estrategia integral para acelerar la reducción de la mortalidad materna en México para fortalecer la capacidad de las mujeres y sus parejas para planificar la familia y participar activamente en el cuidado de la salud materna y perinatal; reducir las brechas existentes en la salud materna e infantil en las 32 entidades federativas y en los municipios de menor desarrollo; así como mejorar el acceso y calidad de la atención obstétrica por personal calificado e incrementar la capacidad resolutive de los servicios de atención de emergencia obstétrica y neonatal.

No obstante, los compromisos asumidos por el Gobierno Mexicano en los años que anteceden y la respuesta oportuna del Sistema de Salud para disminuir la muerte materna, si bien han contribuido a su disminución, no han

logrado los resultados esperados, en virtud de que el cumplimiento de tales estrategias territoriales quedan sujetas a la voluntad política de las autoridades en el ámbito federal y estatal y de que se asignen los recursos estructurales y presupuestales suficientes para su puesta en marcha.

Es por ello, que en el año 2009 se promovió el Convenio Interinstitucional para la Atención de Emergencias Obstétricas, firmado el 28 de mayo, en el que se establece que todas las mujeres que presenten complicaciones obstétricas deberán ser atendidas en cualquier unidad de salud del IMSS, ISSSTE o Secretaría de Salud, sin importar su afiliación. De acuerdo con este Convenio como *emergencia obstétrica del embarazo, parto o puerperio* se considera lo siguiente:

“Estado nosológico que pone en peligro la vida de la mujer durante la etapa grávido-puerperal y/o al producto de la concepción que requiere de atención médica y quirúrgica inmediata por personal médico calificado, adscrito a hospitales con capacidad médica resolutive suficiente para atender la patología de que se trate”³,

Pese a los esfuerzos realizados, debemos seguir insistiendo en la necesidad de profesionalizar y sensibilizar a todo el personal del Sector Salud: médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, el personal de intendencia y todas y todos aquellos que colaboran en las clínicas y hospitales que atienden a las mujeres en edad gestacional.

Coincidimos en la necesidad de profesionalizar a las parteras y darles un papel relevante en la comunidad, ya que a lo largo de la historia han contribuido sustancialmente al combate a la mortalidad materna. En este sentido, podemos reconocer las buenas prácticas han tenido lugar en Chile que desde 1948 se impulsó en ese país un esquema similar al europeo y se inició un programa de formación de matronas profesionales, quienes han estado a cargo de la atención materna desde entonces.

En 2011, se crea el Observatorio de Mortalidad Materna, como respuesta a las demandas emanadas de la sociedad civil, instituciones académicas, organismos internacionales y gubernamentales, con la finalidad de generar acciones para mejorar la salud materna y promover políticas públicas, presupuestos y estrategias en la materia.

Diversos estudios han detectado que en la mayoría de las veces, las causas de la mortalidad materna, pueden ser prevenibles. Cifras del Observatorio indican que el 75% de las muertes maternas ocurridas en 2011 fueron por causas directas (la preeclampsia o enfermedades hipertensivas del embarazo, trauma obstétrico, hemorragia, sepsis y el aborto)⁴, mismas que con los recursos tecnológicos disponibles y el desarrollo médico podrían haberse atendido adecuadamente y de manera oportuna, pues todas ellas son prevenibles. Asimismo, señala que el 70% de las mujeres falleció en servicios hospitalarios. Además de que las mujeres que viven en los 125 municipios con menor índice de desarrollo humano tenían más del doble del riesgo de fallecer que el resto de las mexicanas.

Un estudio de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas⁶, señala que la problemática de la mortalidad materna en mujeres y niñas indígenas, tiene una estrecha relación con la pobreza, la exclusión y la marginación de sectores de población indígenas y que en nuestro país, la concentración de infraestructura y servicios médicos en áreas urbanas ha contribuido a la dispersión de la atención y cobertura de servicios de salud que no llegan a la población indígena, que se localiza principalmente en zonas rurales. El análisis de la perspectiva

de género, nos indica que las brechas entre mujeres indígenas y no indígenas se determina a partir del riesgo de morir, que es de tres veces más alto que en el resto del país.

En el caso de los municipios con alto y muy alto índice de marginación y aislamiento geográfico, el riesgo de muerte aumenta hasta 9 veces que en los municipios mejor comunicados. Cifras oficiales señalan que las entidades federativas con mayor índice de mortalidad materna son Chiapas, Chihuahua, Guerrero, Nayarit y Oaxaca, en las cuales la razón de mortalidad materna son superiores a 80 por cada 100 mil personas nacidas vivas. No obstante, indicadores del Observatorio de Mortalidad Materna del año 2011, señalan que la razón de mortalidad materna por cada 100 mil personas nacidas vivas es de en primer lugar 113 en Guerrero, 79.3 en Chihuahua y en tercer lugar 75.8 en Oaxaca.

Además existen factores de riesgo que contribuyen al agravamiento de los índices de la mortalidad materna, tales como factores de riesgo clínicos y de salud pública; que atentan con la integridad física de las mujeres y niñas indígenas producto de condiciones de infraestructura inadecuada, operación y servicios de salud pública, así como los ocasionados por la violencia familiar (desabasto de medicamentos, infraestructura inadecuada para emergencias obstétricas, ausencia de equipos de emergencia y personal médico frente a embarazos de riesgo, desconocimiento de la lengua indígena, recursos limitados, infección en las membranas amnióticas, nacimientos prematuros de mujeres víctimas de violencia familiar etc.).

De igual manera se encuentran los factores de riesgo socioeconómicos, que se relacionan con las condiciones de exclusión social, que obligan a mujeres y niñas indígenas a tener prácticas de riesgo durante el embarazo, tales como la doble o triple jornada de trabajo, el escaso ingreso de las mujeres o incluso en la migración como única opción para obtenerlo, esta última afecta tanto a los niños como a la madre, ya que en los lugares de destino no se cuenta con prestaciones laborales que le permitan tener una adecuada atención durante el embarazo y el posparto. Asimismo, la baja o nula existencia de servicios de infraestructura en zonas marginadas y los ingresos suficientes para cubrir requerimientos nutricionales mínimos durante y después del embarazo.

Otros factores que derivan en un problema para las mujeres y niñas indígenas son aquellos que limitan la decisión de la mujer, en virtud de los sistemas normativos y costumbristas de orden cultural, tales como presión conyugal y comunitaria que favorecen maternidades tempranas o tardías, falta de información sobre métodos anticonceptivos, entre otros.

La atención del embarazo en las mujeres indígenas, debe priorizar su salud, eliminando factores de riesgo vinculados a la condición económica, social o cultural. En este marco, resulta importante mencionar que la atención de emergencias obstétricas resulta una obligación de las autoridades de salud para evitar casos tan desafortunados como los ocurridos el pasado 18 de julio y 2 octubre del presente año, relacionados con dos mujeres indígenas mazatecas que dieron a luz en el jardín de la Clínica de Jalapa de Díaz, en el Estado de Oaxaca y posteriormente el caso de otra mujer que da a luz en el piso del Hospital de la Mujer ubicado en San Lorenzo Teotipilco, en el Estado de Puebla.

En la actualidad se presentan en el país 2.1 millones de embarazos cada año y alrededor de 300 mil tienen complicaciones obstétricas. El impacto que estas complicaciones siguen teniendo en el país es enorme ya que 30

mil mujeres tienen secuelas obstétricas que las convierten en personas discapacitadas, falleciendo anualmente 1,100 de ellas, lo que provoca una secuela social de 3 mil niños y niñas huérfanos cada año. Cabe mencionar que de acuerdo con el Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva (CNEGySR), el 80% de estas defunciones maternas son prevenibles⁶.

Las consideraciones aquí vertidas, nos muestran la necesidad de cohesionar el Sistema Nacional de Salud y brindar a las mujeres de manera solidaria, una opción inclusiva y oportuna que les permita acceder a los servicios de salud materno-infantil, independientemente de su derechohabiencia en cualquier emergencia obstétrica que se les presente. Asimismo, se considere la portabilidad de su carácter de usuarias, en especial de aquellas que se encuentren en condiciones de alta y muy alta marginación.

De acuerdo con el artículo 23 de la Ley General de Salud, se entiende por servicios de salud: todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo (sic) y de la sociedad en general, dirigidos a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad. En este sentido, la presente iniciativa tiene como objetivo constituirse en una acción afirmativa que permita garantizar el acceso universal, efectivo, oportuno, de calidad y gratuito a los servicios proporcionados por el Sistema Nacional de Salud a las mujeres que presenten una complicación obstétrica durante el embarazo, parto o posparto, eliminando las barreras de acceso y portabilidad para la atención oportuna.

En este marco, resulta importante mencionar que en el tema de la salud reproductiva y el embarazo adolescente, uno de los problemas más graves es la mortalidad materna. Datos presentados por el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en 2010, mencionan que en México, al menos una de cada veinte de mujeres entre los 15 y 17 años ha tenido uno más hijos (más de 200,000 adolescentes). Si bien es cierto, que una de las medidas incluidas por el UNICEF y por la Red de los Derechos de la Infancia (REDIM) en el documento denominado “Los 10 por infancia” es la disminución del embarazo adolescente no obstante, también lo es el de reforzar la estrategia nacional para disminuir la mortalidad materna, hacia el logro del objetivo del milenio 5.

En este Sentido, el pasado 19 de marzo en sesión ordinaria las y los legisladores que conformamos el Senado de la República, suscribimos el Acuerdo Legislativo para trabajar en la creación de una legislación integral para la protección, promoción y garantía de los derechos de las niñas, los niños y los adolescentes conformado por ocho acuerdos, de los cuales, el octavo resolutivo se refiere a la suscripción de los 10 puntos estratégicos por la infancia, propuestos por el UNICEF y la REDIM.

En esta misma línea, el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, en su meta Nacional de “México Incluyente”, con la finalidad de transitar hacia una sociedad equitativa e incluyente, establece la estrategia de mejorar la atención de la salud de la población en situación de vulnerabilidad, a través de asegurar un enfoque integral y la participación de todos los actores, a fin de reducir la mortalidad materna e intensificar la capacitación y supervisión de la calidad de la atención materna y perinatal.⁷

Por lo tanto, quienes integramos el Senado de la República, estamos conscientes de nuestra obligación para garantizar condiciones que garanticen el ejercicio pleno de los Derechos Humanos. No obstante, es necesaria la suma de voluntades que permitan a las mujeres ejercer su derecho a la Salud en condiciones eficaces y oportunas.

Por lo antes expuesto, las que suscriben, someten a su consideración el siguiente:

Decreto

PRIMERO.- Se adiciona un artículo 64 Bis 1 a la Ley General de Salud, para quedar como sigue:

Artículo 64 Bis 1.- Los servicios de salud a que hace referencia las fracciones I y II del artículo 34 de la presente ley, prestarán atención expedita con criterios de calidad, eficacia, resolutivez y gratuidad a las mujeres en período de gestación que presenten una emergencia obstétrica, solicitada de manera directa o por 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.

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

Artículo 89...

I-IV...

V. El Instituto prestará atención expedita con criterios de calidad, eficacia, resolutivez y gratuidad a las mujeres en período de gestación que presenten una emergencia obstétrica, solicitada de manera directa o por 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.

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. El Instituto prestará atención expedita con criterios de calidad, eficacia, resolutivez y gratuidad a las mujeres en período de gestación que presenten una emergencia obstétrica, solicitada de manera directa o por 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.

Transitorios.

Primero.- El presente Decreto entrará en vigor al día siguiente 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.

Dado en el salón de Sesiones del Senado de la República, a los 22 días del mes de octubre de 2013.

1 Tales como las Convenciones para la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW, 1979) así como su Recomendación General No. 24 relativa a las mujer y la salud, 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 los Objetivos del Desarrollo del Milenio (2000), entre otras.

2 Disponible en: http://web.coneval.gob.mx/rw/resource/coneval/info_public/Estrategia_Integral.pdf

3 Convenio Interinstitucional para la Atención de Emergencias Obstétricas. Disponible en Internet: http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/ceo_conv.pdf

4 Fuente: Secretaria de Salud, Dirección General de Información, Sistema Nacional de Información de Salud, disponible en: <http://sinais.salud.gob.mx/muertesmaternas/index.html>

5 “La mortalidad materna indígenas y su prevención” (2010) , consultado en http://www.cdi.gob.mx/embarazo/mortalidad_materna_indigena_prevenccion_cdi_pnud.pdf

6 Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva Focalización en 6 acciones para disminuir la Mortalidad Materna, (presentación) 2da Reunión Técnica Reunión Técnica de Promoción de la Salud Materna, Chiapas Oaxaca y Guerrero, 12 y 13 de febrero del 2009.

7 Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Publicado el 20 de mayo de 2013 en el DOF. http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5299465&fecha=20/05/2013