

PROPOSICIÓN CON PUNTO DE ACUERDO POR EL QUE LA COMISIÓN PERMANENTE DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN EXHORTA RESPETUOSAMENTE A LA SECRETARÍA DE SALUD A RESPALDAR Y FORTALECER EL EJERCICIO PROFESIONAL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA OBSTÉTRICA Y PERINATAL EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, CON ÉNFASIS EN LA SALUD MATERNA Y PERINATAL.

La Suscrita Martha Tagle Martínez, diputada federal integrante del Grupo Parlamentario de Movimiento Ciudadano en la LXIV Legislatura del H. Congreso de la Unión, con fundamento en lo señalado en el artículo 78, fracción III de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y los artículos 116 y 122, numeral 1 de la Ley Orgánica del Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos, así como los artículos 58 y 60 del Reglamento para el Gobierno Interior del Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos, someto a consideración de esta Comisión Permanente, la siguiente Proposición con Punto de Acuerdo al tenor de las siguientes

Consideraciones

El Artículo 4° Constitucional, cuarto párrafo, establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, en un sentido integral esto incluye el derecho a la salud sexual y reproductiva, el cuál contempla la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgos, incluye el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin discriminación, coacción ni violencia, de conformidad con lo establecido en diversos instrumentos internacionales de Derechos Humanos.

Ligado al derecho a la salud, se encuentra el derecho a beneficiarse del progreso científico; pero en nuestro país, aunque existen los medios para salvar vidas maternas, el personal de salud insuficiente y las barreras de acceso a la atención calificada con calidad y calidez, sobre

todo ante las emergencias obstétricas y la atención del parto no medicalizado, impiden el acceso pleno al derecho a la salud principalmente en comunidades marginadas.

En relación a la salud Reproductiva, la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1979) establece que todos los Estados deben garantizar a las mujeres “servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el periodo posterior al parto”; y en 1995, en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, se hace evidente que la mayoría de las muertes, lesiones y problemas de salud de las mujeres, se pueden evitar mejorando el acceso a servicios adecuados, incluidos los métodos de planificación familiar, la atención obstétrica de emergencia y el acceso a servicios de salud que permitan que el embarazo y el parto transcurran en condiciones seguras y ofrezcan a las parejas las mayores posibilidades de tener hijas e hijo sanos.¹

Aunado a lo anterior, en la Declaración del Milenio, aprobada por 189 países, en el año 2000, se describieron metas internacionales con la finalidad de atender las necesidades humanas más apremiantes y hacer efectivos los derechos fundamentales que todos los seres humanos deberían disfrutar, los cuales se tradujeron en los Objetivos del Milenio, el quinto objetivo buscaba mejorar la salud materna, se proponía reducir la Razón de Muerte Materna (RMM), a tres cuartas partes entre 1990 y 2015; y lograr la cobertura universal de la asistencia especializada al parto para 2015.²

Tras la experiencia adquirida en los ODM, se firmó una nueva agenda internacional para el periodo 2015-2030, para erradicar la pobreza y tener un desarrollo sostenible en sus

¹ Gamboa C, Valdés S. MORTALIDAD MATERNA EN MÉXICO Marco Conceptual, Derecho Comparado, Políticas Públicas, Tratados Internacionales, Estadísticas y Opiniones Especializadas. Dirección General de Servicios de Documentación, Información y Análisis. 2015, Recuperado de www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spi/SAPI-ISS-74-15.pdf

² Organización Mundial de la Salud. Objetivos de desarrollo del Milenio (informe 2008). Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (DESA). 2018. Recuperado de: https://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-177828_recurso_9.pdf

dimensiones social, económica y ambiental, dentro de las metas de Desarrollo Sostenible, está el objetivo 3: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” y en el 3.1 “Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.”³

Principales retos en la salud sexual y reproductiva

México, a partir de su compromiso adquirido en el año 2000, logró avanzar significativamente, al disminuir la RMM en un 57,8% entre 1990 y 2015, sin embargo, el país no alcanzó el compromiso de una reducción del 75% como fue acordado en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.⁴ Aunado a lo anterior, es importante ejemplificar que, en el año 2016 la RMM nacional fue de 36.7 muertes maternas por 100 mil nacidos vivos, sin embargo, este porcentaje nacional esconde enormes disparidades al interior del país, los resultados por entidad federativa evidencian la inequidad y desigualdad que viven las mujeres, revela que las probabilidades de acceso a una atención de calidad y de supervivencia ante alguna emergencia obstétrica, está condicionada a cuestiones geográficas, económicas, educativas y socioculturales, dejando a los estados con alta marginación y muy alta marginación, con cifras más elevadas de RMM, como lo es el caso de Chiapas que en el mismo año, alcanza una RMM de 58.3 muertes maternas por 100 mil nacidos vivos.⁵ Se debe considerar que el incremento de enfermedades crónicas no

³ Organización de las Naciones Unidas. La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe (LC/G.2681-P/Rev.3). Santiago. 2018. Recuperado de: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdf

⁴ Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva. Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México. México [Internet]. [Consultado el 12 mayo 2021]. Recuperado de <https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2020/04/Estrategia-Integral-para-Acelerar-la-Reduccion-de-la-Mortalidad-Materna-en-Mexico.pdf>

⁵ Observatorio de Mortalidad Materna en México. Numeralia 2016. Mortalidad Materna en México. Primera edición. Ciudad de México. 2018. Recuperado de <https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2020/04/Numeralia-2016.pdf>

transmisibles que se agravan con el embarazo, entre otras circunstancias, participan de forma contundente en el incremento de los factores de riesgo para la muerte materna, y la morbilidad de aquellas mujeres, que no mueren pero que quedan con algún daño severo a su salud.⁶ Aspectos clave, para entender que los retos en salud sexual y reproductiva en México siguen siendo motivo de preocupación.

Por otra parte, el incremento de embarazos durante la adolescencia representa un problema de salud pública a nivel mundial, el cual es considerado de origen multifactorial y que impacta de manera directa al ejercicio de los derechos humanos, el bienestar físico y psicosocial de las mujeres, familias y el desarrollo de los países. En México la Tasa Específica de Fecundidad Adolescente (TEFA) que corresponde al trienio 2015 a 2017 alcanzó un valor de 70.6 hijos por cada mil mujeres adolescentes.⁷ En cifras de la Secretaría de Salud (SS) para 2018, del total de nacimientos registrados con certificado de nacimiento, el 18.5% fue de madres de entre 10 y 19 años. Además, de los egresos hospitalarios registrados para mujeres de 10 a 19 años, el 64.6% correspondió a causas maternas como el parto único espontáneo o aborto. Por último, en el Sistema Nacional de Salud se registraron 269,823 consultas de embarazo en adolescentes mujeres de 15 a 19 años, el equivalente al 5% de mujeres de ese rango etario durante el año 2018.⁸

Es necesario hacer énfasis en el número de nacimientos en niñas de entre 10 y 14 años, ya que se ha incrementado progresivamente desde 2003, en 2017 se registraron 11,749 casos

⁶ Morales-Andrade E, Ayala-Hernández M, Morales-Valerdi H, Astorga-Castañeda M, Castro-Herrera G. Epidemiología de la muerte materna en México y el cumplimiento del objetivo 5 del desarrollo del Milenio, hacia los objetivos del desarrollo sostenible. Revista de especialidades médico quirúrgica, 2018;23:61-86. Recuperado de www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2018/rmq182a.pdf

⁷ Consejo Nacional de Población [CONAPO]. Fecundidad en niñas y adolescentes de 10 a 14 años, niveles, tendencias y caracterización sociodemográfica de las menores y de los padres de sus hijos(as), 1990-2016. México: 2018. Recuperado de: www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/353311/Resumen_ejecutivo_Fecundidad_en_niñas_y_adolescentes_menores_de_10_a_14_años.pdf

⁸ Fondo de Población de las Naciones Unidas. Consecuencias socioeconómicas del embarazo en adolescencia en México. 2020. Recuperado de: https://mexico.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/milena_mexico_2020.pdf

que representó el 3% del total de nacimientos en menores de 20 años. Según la OCDE, México ocupa el 1er lugar mundial de abuso sexual e infantil,⁹ lo que por otra parte también acota a los altos índices de violencia de género y sexual a los que se enfrenta el país.

Otro aspecto importante a considerar dentro de los servicios de Salud Sexual y Reproductiva (SSR), es la necesidad de la provisión de métodos anticonceptivos, por lo que es importante contextualizar que en el país, las necesidades insatisfechas de servicios e información sobre métodos anticonceptivos se manifiestan no solo en las mujeres fértiles que no desean tener más hijos y no usan métodos anticonceptivos, sino también en aquellas personas que los utilizan y no logran alcanzar su objetivo de limitar o espaciar su fecundidad, ya sea por falta de conocimientos o por no contar con métodos seguros. Según la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) de 2014, 59.6 % de las mujeres en edad fértil que se encontraba embarazada al momento de la encuesta se clasifica en la categoría de embarazo no planeado. Según informes del Consejo Nacional de Población (CONAPO), durante el 2018, los porcentajes más altos de embarazo no planeado se ubican entre las adolescentes y jóvenes, donde el 50 % de estos se reportan como no intencionados y en el otro extremo de la vida reproductiva, entre mujeres de 40 años y más, entre cuatro y cinco de 10 embarazos son no deseados.¹⁰

Otro grave problema al que se enfrenta el sistema Nacional en Salud, es que el 96% de los nacimientos ocurren principalmente en hospitales de segundo nivel, los cuales están sobresaturados y con frecuencia carecen del personal e insumos necesarios para atender

⁹ Ipas. Violencia sexual y embarazo infantil en México: Un problema de salud pública y derechos humanos. México: 2019. Recuperado de: <https://ipasmexico.org/pdf/IpasMx2019-InfografiaViolencia-Nacional.pdf>

¹⁰ Fondo de Población de las Naciones Unidas. Taller de capacitación. Planificación familiar y anticoncepción en México. Prescripción de métodos anticonceptivos. Manual de Facilitación. México: 2020. Recuperado de: https://mexico.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/taller_01_pf.pdf

las necesidades de las usuarias,¹¹ llevando el sistema a una situación crítica, resaltando que un gran porcentaje los nacimientos, se podrían resolver en unidades de primer nivel de atención, adicionalmente los partos que se atienden en hospitales suelen ser sobre medicalizados, referente a ese problema, la OCDE señala que en México el 48.7% de los nacimientos se resuelve por cesárea, siendo que la Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que si bien, las cesáreas son efectivas para salvar vidas maternas e infantiles, los índices de cesáreas superiores a 10% no están asociados con reducciones en mortalidad materna y neonatal a nivel de la población.¹²

Por lo que se concluye que, aun cuando los partos sean atendidos en un 100% en instituciones de salud, la mortalidad materna y otros problemas relacionados con la SSR, podrían seguir siendo preocupantes, si antes no se atienden los problemas relacionados con la disponibilidad, accesibilidad y la calidad de la atención a la Salud Sexual, Reproductiva, Materna, Neonatal y de la Adolescencia (SSRMNA).

Recomendaciones Internacionales

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala que el 95% de las muertes maternas son prevenibles, si se otorga una atención digna, de calidad y oportuna. Por lo que es indispensable un cambio contundente de paradigmas, en el que se transite efectivamente

¹¹ Ortega G. La contribución de la partería para mejorar la calidad de la atención durante los eventos obstétricos. Boletín CONAMED-OPS. México: 2018. Recuperado de: www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin19/contribucion_parteria.pdf

¹² CANIFARMA. Panorama de la Salud 2019. Indicadores de la OCDE. 2020. Recuperado de: www.oecd.org/health/Panorama-de-la-Salud-2019.pdf

de un enfoque de riesgo a una atención obstétrica de emergencia oportuna y calificada; de parto medicalizado a una atención centrada en las mujeres que garantice un parto respetado por profesionales competentes, donde el pleno del goce de los derechos humanos sea alcanzable, con énfasis en los sexuales y reproductivos y de una atención rutinaria y esquematizada a una atención con calidez y de calidad que coloque a la persona como centro de atención. Para tal efecto, diversas recomendaciones internacionales han evidenciado que, fortalecer y reorientar los servicios de salud en particular hacia la atención primaria de salud, con el fin de dar acceso universal a servicios de calidad para niñas, adolescentes y mujeres con un enfoque preventivo potencializando las atribuciones y capacidades del primer nivel de atención, tiene efectos positivos en la sociedad.

Desde el 2013 la Organización Mundial de la Salud, hace un llamado para optimizar las funciones de los trabajadores de la salud con el fin de mejorar el acceso a las intervenciones clave para la salud materna y neonatal, hace hincapié en que la crisis de la población activa del sector de la salud es un problema crónico desde el 2006 en donde a través de un informe advierten sobre la escasez de la fuerza laboral en salud, por lo que optimizar el potencial de la población activa adquiere una vital importancia. Este proceso lo denominan como “cambio de tareas” o “tareas compartidas”.

La desigualdad en la distribución de la población activa en salud es un punto álgido para otorgar a las personas, familias y comunidades un acceso a la salud, en especial en los países de ingresos bajos. Se calcula que solo el 24 % del personal de medicina y el 38 % del personal de enfermería, trabajan en áreas rurales, pese a que tales regiones albergan a la mitad de la población mundial. La desigualdad no solo se plasma en la cantidad de trabajadores de la

salud disponibles y en su distribución geográfica, sino que también hace eco en la variedad de las competencias de estos trabajadores.¹³

Aunado a lo anterior es importante recordar que la evidencia demuestra que, en tiempos de crisis, las mujeres, adolescentes y niñas se ven afectadas de diversas formas, incluido el aumento de la violencia de género y la reducción del acceso a esencial a servicios de salud sexual y reproductiva, lo que lleva a aumentos en la mortalidad materna, embarazos involuntarios, abortos inseguros y mortalidad infantil.¹⁴

Enfermería obstétrica y perinatal

En México, la formación del personal idóneo para realizar las funciones de partería profesional, continúa a pesar de las precariedades para desarrollar su profesión, actualmente se identifican las siguientes Universidades con programas acreditados para la formación de enfermeras obstetras a nivel licenciatura:

1. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia-UNAM, programa actualizado en el 2015 para ampliar los conocimientos de obstetricia
2. Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia-IPN
3. Escuela de Enfermería y Obstetricia de Guanajuato, sede León e Irapuato.

¹³ OMS. Recomendaciones de la OMS: optimizar las funciones de los trabajadores de la salud para mejorar el acceso a las intervenciones clave para la salud materna y neonatal a través del cambio de tareas. 2013. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87848/9789243504841_spa.pdf;jsessionid=4D38FCA0812105B66B3346C2072DCBB0?sequence=1

¹⁴ UNFPA, ICM, OMS. The state of the World's Midwifery 2021. UNFPA. 2021. Recuperado de: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/21-038-UNFPA-SoWMy2021-Report-ENv4302.pdf>

Dentro del programa educativo de la Licenciatura de enfermería y Obstetricia de la UNAM, (última reforma 2015), destaca dentro del plan de estudios, materias que fortalecen sus conocimientos en torno a la Salud Sexual, Reproductiva, Materna, Neonatal y de la Adolescencia (SSRMNA) como lo son: Procesos genéticos y embriológicos, Salud sexual y reproductiva, Cuidado integral a la mujer durante la gestación, Educación perinatal, Género y Salud, Cuidados ginecológicos, Cuidados interculturales en la salud materna e infantil, Cuidados durante el parto y puerperio y Cuidados neonatales, entre otras materias de importancia.

Dichas universidades, egresan año con año un número considerable de profesionales, el número de licenciadas y licenciados en enfermería obstétrica identificado en la plataforma del Sistema De Información Administrativa De Recursos Humanos De Enfermería (SIARHE) hasta el 2020 es de **21,372**, distribuidos a nivel nacional, de igual manera se aclara que si bien cuentan con la formación para el desarrollo de competencias en la atención materna, derivado de la poca oferta laboral, el número de profesionales que se ejercen en el ámbito de la salud reproductiva es reducido.

Por otro lado, se identifican, 2 programas de posgrado de la especialidad de enfermería perinatal de un año de duración, en donde el alumnado desarrolla habilidades relativas a la salud reproductiva, la atención durante el embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida, uso de tecnologías propias para el diagnóstico y tratamiento, atención oportuna a las emergencias obstétricas y la atención respetada del nacimiento. El primer programa correspondiente a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO), apertura en 1997 y al último reporte en el año 2019, ha formado un total de **663 enfermeras perinatales**. Y el segundo programa recientemente aprobado corresponde a la Escuela Superior de

Enfermería y Obstetricia (ESEO) del IPN, el cual está próximo a iniciar con la formación de nuevo recurso humano con sede en CDMX.

Cabe resaltar, que en México también existen escuelas de partería a nivel técnico, que cuentan con acreditación y una duración de 3 años, se identifica: la escuela de partería de Tlapa Guerrero, la escuela de partería CASA en Guanajuato y recientemente la Escuela de partería de Chilpancingo.

Modelos existentes de partería profesional y falta de recurso financiero para la sostenibilidad

Actualmente se carece de un sistema de información específico que ayude a identificar con precisión el estatus laboral de enfermeras obstetras, perinatales y parteras técnicas, sin embargo, por la Iniciativa para Promover la Partería en México de la Fundación MacArthur, la cual fue lanzada formalmente en 2015, se sabe que las enfermeras obstetras y perinatales activas en su materia de estudio, se encuentran en su mayoría, en unidades de primer o segundo nivel de atención otorgando servicios en modelos de partería profesional ubicados en la Ciudad de México, Estado de México, Tlaxcala, Guerrero, Quintana Roo, Chiapas, Colima, Hidalgo, Veracruz, Tabasco y San Luis Potosí. Cabe resaltar que el impacto que han tenido en algunos de los estados resaltando, Tlaxcala, Estado de México y Guerrero ha sido contundente al lograr contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

Cuyos objetivos son:

- Contribuir a mejorar la calidad en la atención de la SSR con énfasis en el embarazo de bajo riesgo y parto respetado, en el continuo de atención
- Fortalecer los servicios de salud materna
- Disminuir la demanda de atención de partos eutócicos en las unidades de segundo nivel

En un informe publicado la fundación Mac Arthur, en el 2015, sobre lo reportado por las usuarias de la atención de modelos de partería profesional; la calidad de la atención otorgada por parteras profesionales (Enfermeras obstetras, enfermeras perinatales o parteras técnicas) en comparación con la otorgada por médicos resulta que: más parteras utilizaron prácticas basadas en la evidencia durante el parto en comparación con el personal médico. Por ejemplo, 78% permitió que la mujer eligiera en qué posición deseaba dar a luz mientras que sólo 33% del personal médico(a) lo permitió; 80% de las parteras evitaron aplicar instalación de catéter periférico corto de manera rutinaria, mientras que solamente el 27% del personal de medicina lo hizo; el 95% de las parteras en comparación con 47% de los médicos hicieron el corte retardado del cordón umbilical.

Por otro lado, las mujeres que recibieron atención en el primer nivel experimentaron con más frecuencia prácticas basadas en evidencia que las mujeres que fueron atendidas en hospitales básicos comunitarios o en hospitales generales, lo cual muestra, una vez más, la importancia del contexto para el desempeño del personal que representa la partería profesional y los médicos.

Por lo anterior, se concluye que fortalecer, regular e invertir en la práctica de las Enfermeras obstetras y perinatales en el marco de la partería profesional, podría coadyuvar a la

implementación del modelo de Atención Primaria a la Salud y contribuir a alcanzar una cobertura universal, generando un círculo virtuoso para reducir infecciones, los embarazos en la adolescencia, las muertes maternas y neonatales evitables, así mismo hacer valer los términos de justicia, equidad, continuidad y sostenibilidad, en la atención a la SSRMNA.

La evidencia muestra que los servicios de partería profesional, cuando cuenta con los profesionales y la reglamentación adecuadas, podría satisfacer el 90% de la necesidad de servicios de la SSRMNA.¹⁵

Fortalecer por medio de la incorporación de otros actores como lo son las enfermeras obstetras y perinatales a la atención a la SSRMNA, podría coadyuvar a mejorar los resultados en salud sexual y reproductiva, como ya se mostró, los servicios de partería profesional han revelado grandes beneficios a la población por lo que es importante considerar:

- Revisar la Ley General de Salud y los procesos normativos relativos a la enfermería obstétrica o perinatal, a fin de asegurar que el personal pueda efectuar una contribución óptima, y que esta sea debidamente regulada y respaldada desde el ámbito legal y normativo.
- Promover la participación activa del personal de enfermería obstétrica y perinatal en el desarrollo del sistema de salud y en la formulación, planificación y aplicación de políticas de salud relacionadas con la atención sexual y reproductiva, prioritariamente en el primer nivel de atención.

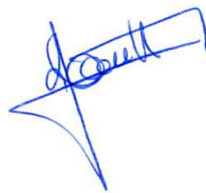
¹⁵ Mancilla J, Leija C, Berdichevsky K, Vargas B, Olivera H, López T. Estrategia para fortalecer la disponibilidad y continuidad de los servicios de salud sexual y reproductiva por el personal de enfermería y partería durante la pandemia por covid-19. Secretaría de Salud. México: 2020. Recuperado de: http://calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/estrategia_fortalecer_ss_sexual_reproductiva_COVID-19.pdf

- Facilitar la aprobación y publicación del Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-020-SSA3-2019, para la práctica de la Enfermería Obstétrica y Perinatal en el Sistema Nacional de Salud, con el fin de regular, promover y fortalecer el desarrollo de la práctica de enfermería obstétrica y perinatal.

Por todo lo anteriormente expuesto, ponemos a consideración de esta Asamblea, la presente proposición con el siguiente:

PUNTO DE ACUERDO

Único. La Comisión Permanente del H. Congreso de la Unión, exhorta a la Secretaría de Salud Federal y a sus homólogas en los estados a respaldar y fortalecer el ejercicio profesional del personal de enfermería obstétrica y perinatal en el marco de la atención a la salud sexual y reproductiva, con énfasis en la salud materna y perinatal.



Diputada Martha Tagle Martínez

Dado en la Comisión Permanente, 9 de junio de 2021.