INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE REFORMA LA LEY DE SALUD DEL ESTADO DE TLAXCALA

DIPUTADAS Y DIPUTADOS INTEGRANTES
DE LA LXIV LEGISLATURA
DEL H. CONGRESO DEL ESTADO DE TLAXCALA
P r e s e n t e s.

Quien suscribe, Diputado (a) Marcela González Castillo, en mi carácter de integrante del Grupo Parlamentario de Movimiento de Regeneración Nacional (MORENA) de la Sexagésima Cuarta Legislatura del Congreso del Estado de Tlaxcala; de conformidad con lo dispuesto en los artículos 46 fracción I, 47, 48 y 54 de la Constitución Política de Tlaxcala, así como 9 fracción II y 10 apartado A, 26 y 27 de la Ley Orgánica del Poder Legislativo del Estado de Tlaxcala, 114 del Reglamento Interior del Congreso del Estado de Tlaxcala, así como por demás disposiciones relativas y aplicables, someto a consideración, respetuosamente, del Pleno de esta Soberanía la presente **INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE REFORMA LA LEY DE SALUD DEL ESTADO DE TLAXCALA,** al tenor de la siguiente:

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La Organización Mundial de la Salud, manifiesta que "El trabajo de parto prolongado es una importante causa de mortalidad materna y perinatal…", por ello entre sus múltiples recomendaciones, establece la presencia continua de un acompañante elegido por la paciente durante el trabajo de parto para mejorar sus resultados.

En los informes sobre el trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, destaca el maltrato físico y verbal, la humillación, procedimientos sin consentimiento o coercitivos, incluyendo la esterilización, falta de confidencialidad, negativa a administrar analgésicos,

rechazo de la admisión en centros de salud, negligencia, entre otros; lo anterior, según información del documento "Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud" de la propia Orgaización Mundial de la Salud.
De acuerdo con académicas de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM, la violencia obstétrica es una práctica común en México. "Miles de mujeres en labor de parto son víctimas de malos tratos, agresiones verbales y físicas y hasta esterilización no consentida en instituciones públicas y privadas de salud…" Otro tipo de agresiones ocurre cuando en trabajo de parto no les permiten caminar o estar acompañadas.

Entre los objetivos y metas de la "Agenda 2030: para el Desarrollo Sostenible de la Organización de las Naciones Unidas", se encuentra el de "Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades", haciendo énfasis en "reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos" y "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", pues la agenda busca "velar por que todos los seres humanos puedan realizar su potencial con dignidad e igualdad…"

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), "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", lamentablemente en el mundo, muchas mujeres sufren maltrato, un trato irrespetuoso, ofensivo o negligente durante el embarazo, el parto y el post parto en los centros de salud, lo que "no solo viola los derechos de la mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación"[1], lo que se convierte en un grave problema de salud pública y de derechos humanos. Considerando que en esta etapa las mujeres son más

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

vulnerables y estas prácticas podrían tener consecuencias directas desfavorables tanto en la madre como en el recién nacido.

En los informes sobre el trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, destaca el maltrato físico y verbal, la humillación, procedimientos sin consentimiento o coercitivos, incluyendo la esterilización, falta de confidencialidad, negativa a administrar analgésicos, rechazo de la admisión en centros de salud, negligencia, entre otros; lo anterior, según información del documento "Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud"[2] de la OMS.

El mismo documento manifiesta, que para prevenir y erradicar el maltrato y la falta de respeto en el parto, en centros de salud a nivel mundial, son necesarias las siguientes acciones:

- Mayor respaldo de los gobiernos, en relación con las investigaciones y acciones sobre el maltrato y la falta de respeto;

- Iniciar, respaldar y mantener programas diseñados para mejorar la calidad de la atención de la salud materna, centrándose en la atención respetuosa como componente esencial de la atención de calidad. Se requieren más iniciativas para respaldar los cambios en el comportamiento de los profesionales de la salud, así como el apoyo social;

- Realzar el derecho de la mujer para recibir una atención de la salud digna y respetuosa en el embarazo y el parto, ya que los marcos internacionales de los derechos humanos resaltan el maltrato y la falta de respeto en el parto como un problema importante en lo que se refiere a este campo;

- Generar datos relacionados con las prácticas de atención respetuosa e irrespetuosa, los sistemas de responsabilidad y el respaldo profesional valioso;

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

- Involucrar a las partes interesadas, incluidas las mujeres, en los esfuerzos para mejorar la calidad de la atención y eliminar las prácticas ofensivas e irrespetuosas.

Aunque la violencia obstétrica sucede en instituciones públicas y privadas, la realidad es, que en las primeras aumenta la incidencia. Y así lo demostró el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), durante la realización del Tribunal Simbólico sobre Muerte Materna y Violencia Obstétrica que se llevó a cabo el 9 de mayo de 2016, en el cual presentaron 27 casos de violencia obstétrica ocurridos en hospitales públicos, principalmente de la Secretaría de Salud, IMSS e ISSSTE.

Los casos de violencia obstétrica que se dan a conocer a través de los medios de comunicación, por lo regular, son los casos en los que se les niega el acceso a hospitales y atención médica a las mujeres embarazadas, quienes tienen que dar a luz en las salas de espera y los exteriores de los hospitales, cuestión que es gravísima y en la cual se ha centrado el mayor número de políticas públicas. Sin embargo ¿qué pasa en los quirófanos y en las salas de recuperación?, ¿cuál es la atención que reciben las mujeres y los recién nacidos?, desafortunadamente, la violencia continúa ocasionando incluso la muerte de madres y/o recién nacidos.

La Organización Mundial de la Salud, en su documento "Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto", manifiesta que "El trabajo de parto prolongado es una importante causa de mortalidad materna y perinatal…", por ello entre sus múltiples recomendaciones, establece el acompañamiento continuo durante el trabajo de parto para mejorar sus resultados.

Esta guía fue elaborada por un grupo de expertos internacionales que participaron en la consulta técnica de la OMS sobre la conducción del trabajo de parto, en Ginebra, Suiza. "Para cada recomendación, se calificó la calidad de la evidencia de respaldo como muy baja, baja, moderada o alta. Los expertos que contribuyeron calificaron la fuerza de estas recomendaciones (como fuertes o débiles) considerando la calidad de la evidencia y otros factores, incluyendo valores y preferencias de las partes

interesadas, la magnitud del efecto, el balance entre daños y beneficios, el uso de recursos y la factibilidad de cada recomendación" [3] .

Contexto	Recomendación	Calidad de evidencia	Fuerza de la recomendación
Diagnóstico de retraso en la primera etapa del trabajo de parto	1. Se recomienda el partograma de la fase activa con una línea de acción de 4 horas para monitoreo del avance del trabajo de parto.	Muy baja	Fuerte
	2. Se recomienda realizar un tacto vaginal a intervalos de cuatro horas para valoración de rutina e identificación de la prolongación del trabajo de parto activo.	Muy baja	Débil
Prevención de la prolongación de la primera etapa del trabajo de parto	3. No se recomienda aplicar un paquete de cuidados para el manejo activo del trabajo de parto para la prevención del retraso del trabajo de parto.	Baja	Débil
	4. No se recomienda el uso temprano de la amniotomía con conducción temprana con oxictocina para la prevención del retraso del trabajo de parto.	Muy baja	Débil
	5. No se recomienda el uso de oxitocina para la prevención del retraso del trabajo de parto en mujeres sometidas a analgesia epidural.	Baja	Débil
	6. No se recomienda el uso de amniotomía sola para la prevención del retraso del trabajo de parto.	Muy baja	Débil
	7. No se recomienda el uso de antiespasmódicos para la prevención del retraso del trabajo de parto.	Muy baja	Débil
	8. No se recomienda el alivio del dolor para evitar y reducir el uso de conducción en el trabajo de parto.	Muy baja	Débil
	9. No se recomienda el uso de líquidos intravenosos para abreviar la duración del trabajo de parto.	Muy baja	Fuerte
	10. Para las mujeres con bajo riesgo, se recomienda administrar líquidos por boca e ingerir alimentos durante el trabajo de parto.	Muy baja	Débil
	11. Se recomienda alentar la movilidad y adoptar una posición erguida durante el trabajo de parto en las mujeres de bajo riesgo.	Muy baja	Fuerte
	12. Se recomienda el acompañamiento continuo durante el trabajo de parto para mejorar sus resultados.	Moderada	Fuerte
	13. No se recomienda realizar enemas para reducir el uso de la conducción del trabajo de parto.	Muy baja	Fuerte
Tratamiento de la prolongación de la primera etapa del trabajo de parto con conducción	14. Se recomienda el uso de oxitocina sola para el tratamiento de la prolongación del trabajo de parto.	Muy baja	Débil
	15. No se recomienda la conducción con oxitocina intravenosa hasta que no se haya confirmado la prolongación del trabajo de parto.	Muy baja	Débil
	16. No se recomienda utilizar un esquema de inicio de oxitocina a altas dosis e incremento de la oxitocina para conducción del trabajo de parto.	Muy baja	Débil
	17. No se recomienda el uso de misoprostol oral para la conducción del trabajo de parto.	Muy baja	Fuerte
	18. No se recomienda el uso de amniotomía sola para el tratamiento de la prolongación del trabajo de parto.	Muy baja	Débil
	19. Se recomienda el uso de amniotomía y oxitocina para el tratamiento de la prolongación confirmada del trabajo de parto.	Muy baja	Débil
Cuidados durante la conducción del trabajo de parto	20. No se recomienda el uso de la tocodinamometría interna comparado con la tocodinamometría externa, con el fin de mejorar los resultados de una conducción del trabajo de parto.	Muy baja	Débil

[3] http://www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf

La recomendación número 12 que corresponde al acompañamiento continuo durante el trabajo de parto para mejorar sus resultados, se calificó como moderada y fuerte, el Grupo Directivo de las Guías reconoció que el apoyo psicosocial continuo no necesariamente reduce la necesidad de conducción del trabajo de parto pero ofrece otros beneficios sustanciales para las mujeres y sus bebés; asimismo, manifestó que los países y los que diseñan las políticas públicas a menudo son reticentes a implementar esta intervención en práctica a pesar de la evidencia de soporte, el grupo coincidió que se necesitan más esfuerzos para alentar a los posibles implementadores a diferentes niveles de la prestación de cuidados sanitarios; acordó que se podrían usar medidas simples para permitir a los parientes que acompañen a la mujer durante el trabajo de parto como maneras costo- efectivas y culturalmente sensibles para encarar estar preocupaciones; finalmente, la evidencia respalda el uso de cualquier tipo de compañía culturalmente apropiada que elija la mujer.

De acuerdo con la evidencia extraída de los ensayos realizados en países de renta baja, media y alta - Estados Unidos, Canadá, Bélgica, Francia, Grecia, Finlandia, Suecia, Sudáfrica, Botswana, Nigeria, Australia, Brasil, Tailandia, México, Guatemala, Chile e Irán- la duración media del trabajo de parto se redujo en las mujeres que estuvieron acompañadas por alguien de confianza aproximadamente 35 minutos; la tasa de partos operativos se redujo si las mujeres estaban acompañadas, la tasa de cesáreas disminuyó más de 20% y hubo una modesta reducción del número de mujeres sometidas a parto vaginal instrumental, por lo que el número total de mujeres con partos vaginales espontáneos aumentó; el uso de analgesia regional bajo aproximadamente 7% y el número de mujeres que necesitaron otra analgesia también disminuyó; finalmente los resultados sugieren que el soporte continuo se asoció con tasas más bajas de depresión posparto y; finalmente las mujeres tuvieron una probabilidad mucho menor de relatar sentimientos negativos sobre su experiencia de parto si recibían soporte continuo.

Por otro lado, los recién nacidos cuyas madres tuvieron acompañamiento continuo tenían una probabilidad mucho menor de tener una puntuación de Apgar < 7 a los cinco minutos[4].

Desde este Congreso estamos obligados a contribuir para resolver el problema, estamos seguros que la presencia de una persona de confianza de las mujeres durante el trabajo de parto, parto y post parto, así como el procedimiento de césarea, además de brindar todos los beneficios que la Organización Mundial de la Salud enuncia en el documento "Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto", en nuestro Estado también serviria para inhibir de manera sustancial el maltrato y trato negligente del que han sido víctimas miles de mujeres y sus familias, por parte de los prestadores de los servicios de salud.

Es por lo anteriormente expuesto, que se propone una reforma y adición a la Ley de Salud del Estado de Tlaxcala, a fin de procurar dicho mecanismo de protección, en beneficio de las mujeres gestantes y de sus hijos.

PROYECTO DE DECRETO

ÚNICO. Se **ADICIONAN** una fracción IV al Artículo 98 y un tercer párrafo al Artículo 99 BIS, todos de la Ley de Salud del Estado de Tlaxcala, para quedar como sigue:

LEY DE SALUD DEL ESTADO DE TLAXCALA

CAPITULO VIII
ATENCION MATERNO-INFANTIL

ARTICULO 98.- La atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende las siguientes acciones:

[4] http://www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf

I.-a III.- …

IV. El derecho de toda mujer a que, durante la etapa previa al parto, cuente con información suficiente, así como a ser acompañada por una persona de confianza.

ARTÍCULO 99 BIS.- …

…

En todo momento y durante la atención, las autoridades deberán informar a las mujeres embarazadas el derecho a ser acompañada por una persona de su confianza y elección durante la etapa previa al trabajo de parto, en las instituciones de salud públicas y privadas.

TRANSITORIOS

Primero. El presente Decreto entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Tlaxcala.

Segundo. Se derogan todas las disposiciones que sean contrarias a la presente Ley.

Dado en la Sala de Sesiones del Palacio Juárez, Recinto Oficial del Poder Legislativo, en la Ciudad de Tlaxcala de Xicohténcatl, a los 11 días del mes de enero del dos mil veinticuatro.

Dip. Marcela González Castillo