



INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE REFORMA EL ARTÍCULO 3o. DE LA LEY GENERAL DE SALUD.

La que suscribe, **Frinné Azuara Yarzabal**, Diputada Federal integrante del Grupo Parlamentario del PRI en la LXIV Legislatura de la Cámara de Diputados del Congreso de la Unión, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 71, fracción II, y 72 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 6, numeral 1, fracción I, 77 y 78 del Reglamento de la Cámara de Diputados, someto a consideración del Pleno de esta Honorable Cámara de Diputados la presente Iniciativa con Proyecto de Decreto por el que se adiciona una fracción II Ter al artículo 3o de la Ley General de Salud, al tenor de la siguiente:

Exposición de Motivos

Actualmente, las enfermedades crónico degenerativas representan uno de los mayores desafíos que enfrentan los sistemas de salud a nivel mundial, toda vez el gran número de personas afectadas, su creciente contribución a la mortalidad general, la aparición en edades más tempranas, son la causa más frecuente de incapacidad prematura, así como por la complejidad y costo elevado para su tratamiento.

La emergencia de problemáticas como la obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial y dislipidemias, entre otras enfermedades crónicas, están afectando la salud de millones de personas en todo el mundo, con impactos negativos en el bolsillo de los pacientes y sus familias, las finanzas públicas y la economía en su conjunto.

Para poner en su justa dimensión esta problemática, basta señalar que de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades crónicas son de larga duración y por lo general de progresión. Las enfermedades cardíacas, los infartos, las enfermedades respiratorias y la



diabetes, son las principales causas de mortalidad, siendo responsables del 63% de las muertes.¹

México no es ajeno a estos graves padecimientos. Una nota publicada por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en 2017 señala que las enfermedades crónico-degenerativas se han convertido “en una emergencia epidemiológica en el país”. Según datos estimados del Instituto, 15% de los mexicanos vive con diabetes, que se ha situado como la segunda causa de muerte entre sus derechohabientes y la principal invalidez de amputaciones.

Conforme al reporte *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, el 13% de los mexicanos padece una enfermedad crónico degenerativa, situando a México como el país con mayor prevalencia de diabetes dentro de los países miembros de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE).²

Por otra parte, uno de cada cuatro mexicanos padece hipertensión arterial, lo que equivale a poco más de 31 millones. De ese total, cerca de 40 por ciento ignora que tiene esta enfermedad, y ello repercute en su condición de salud; y de 60 por ciento que conoce el diagnóstico, solamente la mitad están controlados.

Este padecimiento crónico degenerativo avanza con la llamada transición epidemiológica, padecimientos que van desplazando a los infecto-contagiosos, debido al cambio del perfil demográfico de la población, donde ha crecido la esperanza de vida y hoy tenemos más adultos mayores.

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016, efectuada por el Instituto Nacional de Salud Pública y la Secretaría de Salud,

¹https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

²<https://www.oecd.org/mexico/health-at-a-glance-mexico-ES.pdf>



uno de cada cuatro adultos padece hipertensión arterial, es decir, 25.5% de la población.³

La modificación de la conducta humana, especialmente en materia alimentaria, constituye uno de los factores que ha contribuido al aumento de la prevalencia de tales enfermedades.

Por otro lado, está el problema del envejecimiento de la población, el cual se calcula que es de 2% de los adultos mayores de 60 años cada año a escala global. México no es la excepción. Un ejercicio retrospectivo permite concluir que la distribución de la población por edad en 1970 era de forma piramidal; es decir, presentaba una base amplia porque 50% de la población era menor de 15 años y tenía una cúspide angosta. Para el 2000, la pirámide se abultó en el centro a causa del aumento de las personas en edades medias y la reducción de los menores de cinco años. Se prevé para el 2050 una mayor proporción de la población senecta, debido a la disminución de la tasa de natalidad y el incremento de la esperanza de vida.

En efecto, el aumento de la esperanza de vida, aunado a la disminución de la tasa de natalidad, trae aparejado un incremento en el envejecimiento de la población. Por ello, la dinámica demográfica en el país refleja cambios importantes en la composición de los grupos poblacionales, especialmente en las personas con 60 años y más: la proporción de mujeres y hombres con sesenta años y más con respecto al total de la población en 1990 era de 6.6% y 5.1%, respectivamente; mientras que en 2030 se proyecta que dichas proporciones aumenten a 15.6% y 13.7% en cada caso.⁴

³https://www.google.com/search?q=la+Encuesta+Nacional+de+Salud+y+Nutrici%C3%B3n+de+Medio+C%C3%A1mino+2016%2C+efectuada+por+el+Instituto+Nacional+de+Salud+P%C3%BAblica+y+la+Secretar%C3%ADa+de+Salud%2C+uno+de+cada+cuatro+adultos+padece+hipertensi%C3%B3n+arterial%2C+es+decir%2C+25.5%25+de+la+poblaci%C3%B3n.&rlz=1C1CHBF_esMX874MX874&oq=la+Encuesta+Nacional+de+Salud+y+Nutrici%C3%B3n+de+Medio+Camino+2016%2C+efectuada+por+el+Instituto+Nacional+de+Salud+P%C3%BAblica+y+la+Secretar%C3%ADa+de+Salud%2C+uno+de+cada+cuatro+adultos+padece+hipertensi%C3%B3n+arterial%2C+es+decir%2C+25.5%25+de+la+poblaci%C3%B3n.&aqs=chrome..69i57.1427j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8

⁴https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/201801/An_lisis_prospectivo_de_la_poblaci_n_de_60_a_os_en_adelante.pdf



Según la Encuesta Intercensal del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en 2015, las personas adultas mayores conformaban 10.4% (12 millones 436 mil 321 personas) de la población total; a su vez, con información de las proyecciones poblacionales del Consejo Nacional de Población (CONAPO), para el año de 2030 este grupo representará 14.6% (20 millones 14 mil 853 personas) del total de la población.

Indudablemente, este comportamiento demográfico del país, junto con el aumento de las enfermedades crónicas, agregará mayores condiciones de riesgo para la población adulta. A ello, cabe agregar el aumento de las personas mayores que cuentan con algún tipo de discapacidad. Según el diagnóstico del Programa Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad 2014-2018, en México de cada 100 adultos mayores 31 reportan discapacidad, seis de cada 100 adultos también, al igual que dos de cada 100 jóvenes y niños.⁵

Esta gama de factores han propiciado que la atención médica a domicilio esté adquiriendo importancia en el país. La atención médica a domicilio es un recurso que permite proveer asistencia sanitaria para la resolución en el domicilio del paciente, problemas de salud, que por su situación de incapacidad física no puede desplazarse a un centro de salud, entendiéndose que el nivel de complejidad de los problemas de salud a resolver, no requiere la hospitalización del paciente, la realiza el equipo de atención primaria, y tiene características que la definen y la diferencian de la hospitalización en domicilio.⁶

La Atención Domiciliaria (AD) se puede definir como un servicio predominantemente sanitario mediante el que se provee asistencia continuada para la resolución domiciliaria de problemas de salud que no requieren

⁵<https://www.gob.mx/conadis/articulos/en-mexico-con-discapacidad-31-de-cada-100-adultos-mayores-segun-datos-oficiales>

⁶http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582012000200010



hospitalización, dirigida a personas que no se pueden desplazar a un centro sanitario por impedimentos generalmente de carácter físico.

Otra definición es la de Torra i Bou, “conjunto de actividades que surgen del contexto de una planificación previa, desarrollado por profesionales de un equipo de salud y que tiene como objetivo proporcionar atención de salud mediante actividades que incluyen contenidos de promoción, protección, curación y rehabilitación, dentro de un marco de plena corresponsabilidad del usuario y/o familia con los profesionales de la salud, en el domicilio de aquellas personas, que debido a su estado de salud o a otros criterios previamente establecidos por el equipo, no pueden desplazarse al centro de Atención Primaria.⁷

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la atención domiciliaria es aquella modalidad de asistencia programada que lleva al domicilio del paciente, los cuidados y atenciones biopsicosociales y espirituales.

Es importante señalar que el domicilio es el hábitat natural de las personas, en el que se ubica su núcleo familiar, es el sitio de referencia del paciente y llega a constituir la parte más importante de su historia personal. El domicilio se constituye en el espacio de calidez, intimidad, de acompañamiento, de comprensión permanente e incondicional, aspecto que cobra mayor importancia en el caso de los pacientes con enfermedades crónicas y/o terminales, cuya carga emocional y espiritual se intensifica en los últimos momentos de su vida.⁸

La atención a domicilio tiene como particularidad principal que la consulta se realiza en el domicilio del paciente, fuera del entorno sanitario, por lo que el material complementario para realizar el diagnóstico es limitado.

⁷https://www.cgcom.es/sites/default/files/GBPC_Atencion_Domiciliaria.pdf

⁸http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582012000200010



En la Conferencia Internacional de Atención Domiciliaria, realizada en Lombardía en 1995 se establecieron varios principios básicos:⁹

1. El objetivo de la atención domiciliaria es proporcionar los mejores cuidados en el domicilio del paciente, asumiendo la responsabilidad del cuidado continuo.
2. Se debe asegurar la coordinación entre los servicios sociales y sanitarios.
3. La cartera de servicios debe ser clara para los pacientes y la comunidad.
4. Se debe realizar un estudio de las necesidades del paciente, para diseñar un plan de cuidados.
5. La atención domiciliaria debe considerar las necesidades del paciente como un todo y proporcionar servicios a través de una atención multidisciplinaria.
6. Debe realizarse un análisis de coste-beneficio en cada uno de los casos.
7. La atención domiciliaria debe garantizar: a) provisión de información durante el tratamiento, b) confidencialidad, c) higiene adecuada, d) transferencia del paciente en caso de necesidad, e) calidad asistencial, y f) formación de sus profesionales.
8. Las autoridades deben asegurarse de: a) adoptar medidas legales para asegurar la calidad de los cuidados, b) definir los mínimos indispensables para la provisión de este servicio, c) proporcionar actividades de capacitación de personal y de la población, d) asegurar los recursos necesarios.

En general, los objetivos de la atención a domicilio son:

1. Proveer de cuidados de salud integral al paciente;

⁹https://books.google.com.mx/books?id=5hv_aNaqvKYC&pg=PR9&lpg=PR9&dq=conferencia+internacional+de+atenci3n+domiciliaria+lombard3a+1995&source=bl&ots=8PZDMWsBMd&sig=ACfU3U1HRJfMgUSOvN3M0DUy8XUdM5K1zA&hl=es&sa=X&ved=2ahUKewisorbCwsroAhVKIKwKHfVtC-4Q6AEwDXoECAwQKw#v=onepage&q=conferencia%20internacional%20de%20atenci3n%20domiciliaria%20lombard3a%201995&f=false



2. Valorar las relaciones intrafamiliares en su escenario natural;
3. Conocer los recursos familiares, para potenciar los existentes o suplir las carencias;
4. Establecer una mejor comunicación con la familia;
5. Obtener información adicional en el escenario del hogar para un mejor diagnóstico y tratamiento;
6. Involucrar al paciente y su familia en la toma de decisiones de diagnóstico y tratamiento.
7. Controlar el cumplimiento del tratamiento indicado y la consecución de objetivos de salud;
8. Descubrir posibles factores que dificulten el seguimiento del plan de cuidados establecidos;
9. Determinar la capacidad del paciente para seguir un tratamiento adecuado;
10. Identificar al cuidador primario; y,
11. Educar al paciente y a su familia para fomentar la máxima autorresponsabilidad en materia de salud.¹⁰

La atención a domicilio tiene diversas particularidades y problemas, pero su gran desafío es que sea capaz de proporcionar al paciente una asistencia sanitaria con calidad y calidez.

Bajo las anteriores consideraciones, esta Iniciativa adiciona la fracción II Ter al artículo 3º de la Ley General de Salud, con el objeto de incluir la atención a domicilio como parte de las estrategias de continuidad de la atención médica a pacientes en su entorno familiar.

Se pretende impulsar que las instituciones públicas del sector salud implementen los lineamientos y mecanismos para asegurar que se brinde atención a domicilio a pacientes de la tercera edad y/o que padecen enfermedades crónico degenerativas, cuyas condiciones de salud los imposibiliten para acudir personalmente a las instalaciones médicas.

¹⁰http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582012000200010



Lo anterior, en virtud de que existe un vacío jurídico, tanto en la Ley General de Salud como en la Norma Oficial Mexicana (NOM), en torno a la regulación de la atención a domicilio, por lo que es indispensable regular las condiciones y requisitos mínimos que deben reunir los programas de atención a domicilio con supervisión médica y vinculados a un centro hospitalario y, en su caso, a una unidad de atención primaria o de medicina familiar.

De igual manera, además de los cambios que sea necesario efectuar en la Ley General de Salud, es imperativo contar con una NOM que regule las condiciones para la prestación del servicio de atención a domicilio y los pacientes candidatos a ser beneficiarios de este nuevo servicio.

Con base en los anteriores argumentos, se hace la siguiente propuesta:

Texto vigente	Propuesta de la reforma
<p>Artículo 3o.- En los términos de esta Ley, en materia de salubridad general:</p> <p>I. a II bis. ...</p> <p>Sin correlativo</p>	<p>Artículo 3o.- En los términos de esta Ley, en materia de salubridad general:</p> <p>I.a II bis. ...</p> <p>II Ter. La atención a domicilio como parte de las estrategias de continuidad de la atención médica a pacientes, principalmente, de la tercera edad y/o que padecen enfermedades crónico degenerativas, cuyas condiciones de salud los imposibiliten a acudir personalmente a las instalaciones médicas.</p>



DECRETO POR EL QUE SE REFORMA EL ARTÍCULO 3o. DE LA LEY GENERAL DE SALUD.

Único. Se adiciona una fracción II Ter al artículo 3o de la Ley General de Salud, para quedar como sigue:

Artículo 3o. En los términos de esta Ley, en materia de salubridad general:

I.a II bis. ...

II Ter. La atención a domicilio como parte de las estrategias de continuidad de la atención médica a pacientes, principalmente, de la tercera edad y/o que padecen enfermedades crónico degenerativas, cuyas condiciones de salud los imposibiliten a acudir personalmente a las instalaciones médicas.

TRANSITORIO:

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

ATENTAMENTE

DIP. FED. FRINNÉ AZUARA YARZÁBAL

Dado en Palacio Legislativo de San Lázaro, sede de la H. Cámara de Diputados, a los trece días de abril de 2020.