



INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE ADICIONA UN PÁRRAFO SEGUNDO AL ARTÍCULO 181 DE LA LEY GENERAL DE SALUD A CARGO DE LA DIPUTADA NELLY MACEDA CARRERA DEL GRUPO PARLAMENTARIO DEL PARTIDO DEL TRABAJO.

La suscrita Nelly Maceda Carrera, diputada federal de la LXIV Legislatura de la Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión, integrante del Partido del Trabajo y con fundamento en lo dispuesto en los artículos 71, fracción II, y 72, inciso h), de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como en los artículos 6, numeral 1, 77 y 78 del Reglamento de la Cámara de Diputados, someto a la consideración de esta soberanía la presente iniciativa con proyecto de decreto por el que se adiciona un párrafo segundo al artículo 181 de la ley general de salud bajo la siguiente:

Exposición de Motivos

Las Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria (IAAS), también denominadas infecciones nosocomiales u hospitalarias, son aquellas contraídas por el paciente durante su tratamiento en un centro sanitario y que no padecía ni estaba incubando en el momento de su ingreso a este, considerando también aquellas infecciones contraídas por el mismo personal sanitario a consecuencia de su actividad hospitalaria.

Estas infecciones son un problema de salud pública de gran trascendencia económica y social, se asocian con altas tasas de morbilidad y mortalidad, donde su vigilancia epidemiológica constituye el primer paso para puntualizar las prioridades locales y nacionales. La eficacia o eficiencia para evaluar las actividades de prevención y control aún no se conocen con exactitud debido a la dificultad de reunir datos fiables, ya que la mayoría de los países carece de un sistema o metodología de vigilancia puntual por la complejidad al estandarizar criterios de diagnóstico.

En México, la Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica (RHOVE), opera en más de ochenta unidades hospitalarias tanto generales como de especialidad, además de los Institutos Nacionales de Salud, para cubrir las necesidades de información acerca de enfermedades de notificación obligatoria y de infecciones nosocomiales, basada en un sistema de vigilancia nacional establecido en 1997 y regulado por la Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005 para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales, y cuenta con un Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria; esto con la intención de unificar criterios diagnóstico de las IAAS mediante la recopilación dinámica de la información de cada unidad hospitalaria afiliada al sistema.

De acuerdo con el último informe de la RHOVE, del periodo 2005 al 2015, la tasa global de IAAS reportada tuvo un comportamiento irregular, con una tasa de 4.7 por cada 100 egresos hospitalarios¹, donde las principales por orden de frecuencia fueron: bacteriemia con 24%, le sigue neumonía e infecciones de vías urinarias con 20.7 y 15.7%, respectivamente.



PRINCIPALES IAAS EN LAS UNIDADES HOSPITALARIAS MÉXICO		
TIPO DE INFECCIÓN	TOTAL DE HOSPITALES	PORCENTAJE
Bacteriemia	14,856	24.0
Neumonía	12,851	20.7
Infección de vías urinarias	9,750	15.7
Infección de sitio quirúrgico	9,301	15.0
Otras	15,211	24.6
Total	61,969	100
Fuente: Informe anual 2015 de la RHOVE		

De las unidades hospitalarias notificantes por institución, la mayor proporción corresponde a la Secretaría de Salud con 60.8%, le siguen las unidades privadas y las del ISSSTE con 22.8 y 11.1%, respectivamente, el resto de las instituciones representan menos 5.3 por ciento.

En la actualidad la eficiencia de un hospital, sanatorio o institución de salud no solo se mide por la mortalidad o el uso y aprovechamiento de sus recursos, también por las infecciones nosocomiales, por tanto, es fundamental el fortalecer una estrategia que permita la identificación y prevención para la seguridad de los pacientes y de la comunidad sanitaria, pero es más urgente la estricta observancia en el cumplimiento de la normatividad y disposiciones sanitarias aplicables.

Los pacientes constituyen el principal reservorio de microorganismos y es a partir de ellos que las infecciones se transmiten por diversos mecanismos como: autoinfección, transporte de agentes infecciosos y transmisión cruzada entre ellos mismos o mediante el personal de salud, donde el ambiente contribuye de manera decisiva en la cadena de propagación; entendiendo ambiente a los fómites e instrumental, superficies y equipos, desechos, ropa y accesorios personales, tanto del paciente como de médico o personal tratante.

Derivado de ello, las infecciones hospitalarias han ido en incremento, el principal medio de transferencia es a través de las manos de los trabajadores de la salud, quienes en ocasiones no efectúan la técnica adecuada de lavado e higiene cuando tienen contacto con pacientes y su entorno, sin dejar de lado una deficiencia en la limpieza o desinfección del ambiente hospitalario. En los últimos años, diversas investigaciones han demostrado que las prendas o uniformes de los profesionales de salud se encuentran contaminados con bacterias patógenas, incluyendo organismos multi-drogo resistentes, causantes de infecciones de elevada mortalidad y largos periodos de hospitalización²⁻³ y algunos instrumentos de uso común son un vehículo para la transferencia de infecciones, por ejemplo, “las batas están colonizadas en la mayoría de los casos con *Staphylococcus aureus* y por SARM, el cual es resistente a medicamentos” y por ende su potencial capacidad de transmisión.

El 31 de diciembre de 2019, el municipio de Wuhan en la provincia de Hubei, China, informó un grupo de casos de neumonía con etiología desconocida, para el 9 de enero de 2020, el Centro Chino para el Control y la Prevención de Enfermedades identificó un nuevo coronavirus (2019-nCoV) como el agente causante de este brote, razón por la cual el Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el brote como una emergencia de salud pública de importancia internacional, teniendo presencia en el continente americano el 21 de enero en EUA y en México hasta el 28 de febrero con dos casos diagnosticados, un caso en la CDMX y el otro en el Estado de Sinaloa, ambos con antecedentes de viaje a la región de Lombardía en Italia.⁴



La Organización Mundial de la Salud hizo público que como resultado de una evaluación permanente del brote de COVID-19, por sus alarmantes niveles de propagación, la gravedad que genera y la indiferencia en algunos sectores o gobiernos, declara la existencia de una pandemia, razón por la que el Gobierno de México reacciona de manera oportuna declarando la emergencia sanitaria.

Para el 27 de abril del 2020, a nivel mundial se reportan 3 millones de personas infectadas y un saldo aproximado de 207 mil muertos, correspondiéndole a México 15,562 casos con 1,493 desafortunados decesos, situación exponencial que obliga a nuestro país a mantener la fase tres de la epidemia derivada del rápido ascenso en el número de contagios, hospitalizaciones y decesos⁵. Según la OMS, en su pasado reporte sobre el seguimiento del COVID-19 del 8 de abril⁶ mencionó que existían más de 22 mil trabajadores de la salud infectados en 52 países y México reportaba en ese momento un promedio variable del 9% del personal enfermo en referencia al total de casos de nuestro país, muy por debajo en comparación de España (17%), Argentina (14%), Uruguay (14%) e Italia (11%)⁷; posteriormente, para el 25 de abril, en conferencia de prensa, el Dr. José Luis Alomía Zegarra, Director General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, informó que el 15% del total de contagiados confirmados en México es personal de la salud⁸, lo que significa que la infección en gran medida se puede haber consumado en la institución hospitalaria y si bien, no tanto por el personal que atiende directamente a infectados confirmados, ya que cuentan con la protección adecuada, es en el personal de primera línea que clasifica el nivel de urgencia del paciente.

Por tanto, existe gran complejidad al estandarizar criterios de diagnóstico sobre las enfermedades nosocomiales, ahora con la presencia del nuevo coronavirus, mismo que puede vivir durante tres días en algunas superficies como el plástico y el acero, según una investigación reciente publicada el 17 de marzo en el *New England Journal of Medicine*⁹, el riesgo de que las personas se infecten al tocar material infectado existe, de igual manera como la transmisión aérea, lo que trae implicaciones importantes para los trabajadores médicos.

Esta investigación advierte que el virus se suspende en gotículas de menos de 5 micrómetros — conocidas como aerosoles— durante aproximadamente media hora antes de descender y asentarse en las superficies, donde puede permanecer varias horas, en plástico y acero hasta 72 horas, en el cobre por 4 horas, en el cartón hasta 24 horas, etc., donde las posibilidades de contagio hacen toda una fuente potencial de contaminación.

Es común observar que los profesionales de las ciencias de la salud utilicen prendas propias del servicio en ambientes extra-hospitalarios, además de hacerlos acompañar de algunos accesorios personales, que si bien estos artículos no está en contacto directo con pacientes, si llegan a estar vinculados indirectamente con diversos procesos de la atención, sumado a esto que en algunos centros hospitalarios no existe un área de transferencia y baños con vestidor para el personal médico con casilleros o lockers (NOM-197-SSA1-2000) y de existir, a veces no cuentan con las condiciones de asepsia que requiere una condición de tratamiento especial.

Durante la actual cuarentena por coronavirus, de manera muy desafortunada, las agresiones a personal sanitario han aumentado considerablemente, a lo que el gobierno federal y las autoridades sanitarias han hecho llamados a la población para no discriminar a médicos y enfermeras que atienden a pacientes por el coronavirus¹⁰⁻¹¹, esto ante la psicosis colectiva contra el personal sanitario al ser



identificados por el uniforme o prendas propias del servicio médico, donde algunas podrían considerarse como de uso únicamente intra-hospitalario.

La Norma Oficial mexicana NOM-045-SSA2-2005, establece los criterios que deberán seguirse para la prevención, vigilancia y control epidemiológicos de las infecciones nosocomiales que afectan la salud de la población usuaria de los servicios médicos en hospitales, la cual es de observancia obligatoria en todas las instituciones de atención médica y comprende a los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud y reconoce a la infección nosocomial como una complicación donde se conjugan diversos factores de riesgo y que es susceptible, en la mayoría de los casos, de prevenirse.

Si bien este mismo lineamiento incluye las enfermedades adquiridas intrahospitalariamente secundarias a procedimientos invasivos, diagnósticos o terapéuticos y, además, establece los lineamientos para el análisis de la información y toma de decisiones en la aplicación de medidas de prevención y de control, a la fecha se ha mantenido en un proceso de revisión para adecuarla a la realidad que el sector salud enfrenta, por lo que ha quedado superada como es el caso de esta emergencia sanitaria y las que México podría enfrentar a futuro, en el peor de los escenarios, algunos de los centros hospitalarios no aplican o no verifican el estricto cumplimiento o las condiciones llegan a ser inadecuados para su cumplimiento.

En el Partido del Trabajo consideramos que las infecciones nosocomiales son acontecimientos adversos evitables y se puede romper la cadena de eventos para intentar minimizar su propagación o aparición mediante el uso de medidas estrictas, de la exacta aplicación de la ley y una formación continua, nuestro aporte como legisladores es de dotar de una legislación efectiva y en el mismo sentido oportuna, para que tanto el paciente como el trabajador de la salud salvaguarden sus derechos.

Nuestra Carta Magna establece la obligación del Estado Mexicano a proteger el derecho a la salud en su artículo 4° mediante la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general y con la regulación vigente que regula la prevención, vigilancia y control epidemiológicos de las infecciones nosocomiales, es de considerarse la necesidad reducir el incremento directo de la tasa de mortalidad e infección, así como disminuir costos para su atención, mediante la observancia estricta ante el evidente incumplimiento de las recomendaciones.

En lo que respecta a la Ley General de Salud:

“Artículo 181.- En caso de epidemia de carácter grave, peligro de invasión de enfermedades transmisibles, situaciones de emergencia o catástrofe que afecten al país, la Secretaría de Salud dictará inmediatamente las medidas indispensables para prevenir y combatir los daños a la salud, a reserva de que tales medidas sean después sancionadas por el Presidente de la República.”

Si bien las Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria (IAAS) son un problema de salud pública de gran trascendencia y la mayoría de los países carece de un sistema de vigilancia puntual por la complejidad al estandarizar criterios de diagnóstico, el uso de la coacción del Estado es para defender nuestras garantías individuales como una obligación, por medio de la exacta aplicación de la ley y en los casos de lagunas en materia de salud por la generación de un brote epidémico, epidemia o pandemia¹², se debe observar puntualmente la ya existente para disminuir el impacto social y económico, permitiéndole a la autoridad expedir medidas más efectivas.



“**Artículo 402.-** Se consideran medidas de seguridad las disposiciones que dicte la autoridad sanitaria competente, de conformidad con los preceptos de esta Ley y demás disposiciones aplicables, para proteger la salud de la población. Las medidas de seguridad se aplicarán sin perjuicio de las sanciones que, en su caso, correspondieren.”

“**Artículo 403.-** Son competentes para ordenar o ejecutar medidas de seguridad, la Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias.”

Por tanto, las Normas Oficiales Mexicanas como disposiciones que dicta la autoridad en materia de salud, deben de observarse de manera puntual con el fin de proteger a la salud de la población y su cumplimiento también promueve la disuasión de agresiones o discriminación al profesional de la salud y es obligación de los tres órdenes de gobierno vigilar su cumplimiento.

Por lo anteriormente expuesto, someto a consideración de esta Honorable Asamblea la siguiente iniciativa con proyecto de

Decreto por el que se adiciona un párrafo segundo al artículo 181 de la Ley General de Salud

Artículo Único. Se adiciona un párrafo segundo al artículo 181 para quedar como sigue:

TITULO DECIMO

Acción Extraordinaria en Materia de Salubridad General

CAPITULO UNICO

Artículo 181.- ...

La vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales mantendrán un carácter prioritario en cualquiera de los niveles de atención de salud y se verificará el estricto cumplimiento en base a lo dispuesto por los artículos 402 y 403; y de las sanciones administrativas que correspondan en los términos de esta Ley.

Transitorios

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

Segundo. El Ejecutivo federal deberá efectuar la revisión, y en su caso actualización, de la NOM-045-SSA2-2005, “Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales”, precisando los métodos preventivos sobre fómites e instrumental, superficies y equipos, desechos, ropa y accesorios tanto del paciente como de médico o personal tratante, con el objeto de armonizar el contenido del presente decreto.

Palacio Legislativo de San Lázaro, a 27 de abril de 2020.

DIP. NELLY MACEDA CARRERA

NOTAS

¹ https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/212974/infoanual_rhove_2015.pdf

² Wilson JA, Loveday HP, Hoffman PN, Pratt RJ. Uniform: an evidence review of the microbiological significance of uniforms and uniform policy in the prevention and control of healthcare-associated infections. Report to the Department of Health (England). J Hosp Infect. 2007; 66(4):301–7.



³ Wiener-Well Y, Galuty M, Rudensky B, Schlesinger Y, Attias D, Yinnon AM. Nursing and physician attire as possible source of nosocomial infections. Am J Infect Control. 2011; 39(7):555–9.

⁴ <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-nuevo-coronavirus-covid-19-28-febrero-2020>

⁵ <https://aristeginoticias.com/2104/mexico/declara-mexico-inicio-de-la-fase-3-del-coronavirus/>

⁶ <https://www.lajornadamorelos.com.mx/nacional/2020/04/12/18456/oms-22-mil-trabajadores-la-salud-se-han-infectado-covid-19>

⁷ https://www.clarin.com/sociedad/coronavirus-argentina-paises-mayor-tasa-medicos-contagiados_0_m89pUGBg6.html

⁸ <https://www.infobae.com/america/mexico/2020/04/25/coronavirus-en-mexico-reportaron-a-1934-trabajadores-del-sector-salud-enfermos-de-covid-19/>

⁹ <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2004973>

¹⁰ <https://www.eluniversal.com.mx/opinion/alfonso-perez-daza/agresiones-medicos-y-el-derecho-ii>

¹¹ <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-52319044>

¹² <https://gacetamedica.com/investigacion/cual-es-la-diferencia-entre-brote-epidemia-y-pandemia/>