

CONTENIDO

Proposiciones

- 2** Con punto de acuerdo, para exhortar a la SHCP y a la SRE a que los recursos que se prevén y destinan para apoyo a migrantes de Guatemala, Honduras, Venezuela, Colombia y Ecuador, con intención de que regresen a su país de origen, puedan reasignarse para brindar apoyos a mujeres viudas, madres solteras y menores de edad en situación de orfandad, a cargo de la diputada Karina Marlen Barrón Perales, del Grupo Parlamentario del PRI
- 3** Con punto de acuerdo, para exhortar a la Ssa a reforzar las estrategias y acciones para la detección temprana, contención y prevención de los casos de violencia, acoso y hostigamiento hacia los estudiantes de medicina, médicos residentes y personal médico de base, a cargo de la diputada Mariana Erandi Nassar Piñeyro, del Grupo Parlamentario del PRI
- 8** Con punto de acuerdo, para exhortar a la Ssa y a sus homólogas de las 32 entidades federativas a fortalecer las acciones de concientización, prevención y atención para reducir la mortalidad infantil en el país, a cargo de la diputada Mariana Erandi Nassar Piñeyro, del Grupo Parlamentario del PRI

Anexo III-3

Miércoles 3 de abril

Proposiciones

CON PUNTO DE ACUERDO, PARA EXHORTAR A LA SHCP Y A LA SRE A QUE LOS RECURSOS QUE SE PREVÉN Y DESTINAN PARA APOYO A MIGRANTES DE GUATEMALA, HONDURAS, VENEZUELA, COLOMBIA Y ECUADOR, CON INTENCIÓN DE QUE REGRESEN A SU PAÍS DE ORIGEN, PUEDAN REASIGNARSE PARA BRINDAR APOYOS A MUJERES VIUDAS, MADRES SOLTERAS Y MENORES DE EDAD EN SITUACIÓN DE ORFANDAD, A CARGO DE LA DIPUTADA KARINA MARLEN BARRÓN PERALES, DEL GRUPO PARLAMENTARIO DEL PRI

Quien suscribe, Karina Marlen Barrón Perales, diputada federal integrante del Grupo Parlamentario del Partido Revolucionario Institucional, de la LXV Legislatura de la Cámara de Diputados del honorable Congreso de la Unión, con fundamento en los artículos 6, numeral 1, fracción I; y 79, numeral 2, fracción II, y demás aplicables del Reglamento de la Cámara de Diputados, someto a la consideración de esta honorable asamblea, la siguiente presente proposición con punto de acuerdo, al tenor de las siguientes:

Consideraciones

El pasado 21 de marzo del presente año, el presidente Andrés Manuel López Obrador comunicó que firmó un convenio con Venezuela, para que a cada migrante que regrese a su país de origen reciba **un apoyo similar a un programa social durante un periodo de 6 meses**.

Y en la misma fecha, la Secretaría de Relaciones Exteriores, Alicia Bárcena, confirmó que, nuestro país, **“implementaría un programa para atender a los de migrantes de origen venezolano denominado Vuelta a la Patria y expresó que, el presidente de la República instruyó que cada migrante que retornara, en este caso, a Venezuela, tuviera un apoyo como el que se da aquí bajo los programas de Jóvenes Construyendo el Futuro y Sembrando Vida, que consiste en dar una ayuda de 110 dólares al mes durante seis meses”**; tal como se difundió en diversos medios de comunicación digital, entre ellas, el diario Expansión.¹

Y en otro momento, la canciller, también señaló que **“Ya se tiene el monto que se le está dando a los mi-**

grantes que regresan a Venezuela y este se lleva a cabo a través de una tarjeta que esta incorporada a un programa, digamos, no es Jóvenes Construyendo el Futuro exactamente, pero es un programa de Bienestar” y que este apoyo ya era extensivo a otros países: **“Lo mismo hacemos en retorno a Guatemala, Honduras, ahora estamos haciendo un convenio ya con Colombia, porque es otra nacionalidad que ha aumentado mucho y con Ecuador, para poder retornarlos a sus países con estos programas”**.

Que hizo tomar esta medida el gobierno federal de nuestro país, previendo que está por concluir en un par de meses y que, la desigualdad en México ha crecido. **La población no percibe ningún beneficio ni que los índices de pobreza haya disminuido pese a que han escuchado que actual gobierno ha aumentado el gasto social de los programas sociales como se anuncia como comercial por el gobierno federal en turno**, el dinero sigue sin alcanzar para comer y adquirir y pagar lo más básico e indispensable, todo está muy caro y no se ha logrado reducir la pobreza extrema. De acuerdo con datos de Coneval, 46.8 millones de personas viven en pobreza en México, lo que equivale al 36.3 por ciento de la población total del país² y que seguramente, esta cifra es mayor porque estos son los datos que sin fundamento, ni bases y menos estudios fidedignos en que confiar, son los que utiliza y emplea el gobierno federal.

Por ello, **proponemos que el dinero que se recauda gracias al pago de muchos impuestos que hace la población de México y que estos, son empleados para atender muchas áreas y trabajos de la administración pública, entre ellas, la implementación de los programas sociales que lleva a cabo gobierno federal, también estos recursos deberán emplearse para atender problemas sociales urgentes que tiene nuestro país y su ejecución debe ser responsable y loable, siempre en beneficio de la población de México, porque somos nosotros quienes pagamos los impuestos y queremos dirigirlos a nuestra población vulnerable, como lo son las mujeres viudas, madres solteras y menores de edad en situación de orfandad, que mucha falta hacen y que no existe programa o acción que las atienda.**

Los recursos económicos que se derivan del pago y cobro de los impuestos de los Mexicanos, son para y de los mexicanos.

Por lo anteriormente expuesto, sometemos a la consideración de esta soberanía la siguiente propuesta:

Punto de Acuerdo

Único.- La Cámara de Diputados del honorable Congreso de la Unión exhorta a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y a la Secretaría de Relaciones Exteriores a reasignar los recursos que se destinan en este momento bajo convenios suscritos con los países de Venezuela, Guatemala, Honduras, Colombia y Ecuador, con la finalidad de incentivar el retorno de los ciudadanos que se encuentran en México, a su país de origen; para que sean ejecutados efectivamente en razón de las necesidades de la propia población de México, como los son, mujeres viudas, madres solteras y menores de edad en situación de orfandad.

Notas:

1 <https://politica.expansion.mx/mexico/2024/03/21/mexico-convenio-venezuela-110-dolares-migrantes-retornados>

2 <https://www.forbes.com.mx/pobreza-en-mexico-se-reduce-16-coneval/>

Dado en el Palacio Legislativo de San Lázaro,
a 3 de abril de 2024.

Diputado Karina Marlen Barrón Perales (rúbrica)

CON PUNTO DE ACUERDO, PARA EXHORTAR A LA SSA A REFORZAR LAS ESTRATEGIAS Y ACCIONES PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA, CONTENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LOS CASOS DE VIOLENCIA, ACOSO Y HOSTIGAMIENTO HACIA LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA, MÉDICOS RESIDENTES Y PERSONAL MÉDICO DE BASE, A CARGO DE LA DIPUTADA MARIANA ERANDI NASSAR PIÑEYRO, DEL GRUPO PARLAMENTARIO DEL PRI

La suscrita, diputada federal Mariana Erandi Nassar Piñeyro, integrante del Grupo Parlamentario del PRI en la LXV Legislatura de la Cámara de Diputados del honorable Congreso de la Unión, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 6, numeral 1, fracción I; y 79, numeral 1, fracción II y numeral 2, fracción I del Reglamento de la Cámara de Diputados, **someto a consideración de esta soberanía la presente proposición con punto de acuerdo**, al tenor de las siguientes:

Planteamiento del Problema

1. El Sistema Nacional de Salud en México es un pilar fundamental en la población, buscando el bienestar de todas las personas, las personas que integran este sistema a lo largo de la historia han experimentado diversos cambios con el fin de dar respuesta a los desafíos propios de la medicina. México, al ser un país tan diverso debe generar estrategias y políticas públicas que permitan atender de manera oportuna la salud de millones de personas.

2. La Organización Mundial de la Salud, advierte que para garantizar el suficiente acceso a personal sanitario se requiere al menos contar con 139 médicos por cada 100 mil habitantes en el mundo, en ese mismo sentido, la Organización Panamericana de la Salud, sugiere que para América Latina se debe contar con 176 médicos por cada 100 mil habitantes.

3. De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, al segundo trimestre de 2021, en México hay aproximadamente 2.4 médicos por cada mil habitantes, en cambio la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico advierte que para América Latina y el Caribe hay, en promedio, dos médicos por cada 1,000 ha-

bitantes. Sólo Cuba, Uruguay, Trinidad y Tobago y Argentina superan la media de la OCDE de 3,5. Del mismo modo, cuenta con una media de 3,6 enfermeras por cada 1,000 habitantes, mientras que la media de la OCDE es de 10,3.

4. La misma encuesta antes referida, muestra que, en el 2021, México cuenta con 305,418 médicos, de las cuales 54 por ciento son hombres y 46 por ciento mujeres, de cada 100 médicos, 67 son médicos generales y 33 especialistas en alguna otra rama de la medicina.

5. En ese sentido, el sistema de salud debe fortalecerse de manera permanente, en cuanto a la infraestructura, la gestión de los recursos, el acceso a los servicios sanitarios de manera integral, eficiente, oportuno y de calidad para todas y todos. Las y los médicos de este país, son nuestra primera línea de batalla ante cualquier enfermedad o pandemia, intervienen desde la prevención, diagnóstico y atención de las enfermedades. Se necesita de un sistema de salud de calidad, sostenible y moderno que genere bienestar en la población.

6. El Programa Sectorial del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2022, uno de los papeles principales de la Secretaría de Salud es el de ejercer la rectoría de todo el Sistema Nacional de Salud, lo que implica la evaluación y corrección de acciones realizadas, entre otros, por los Sistemas Estatales de Salud (SES), aunque también presta servicios de alta especialidad en los institutos nacionales de salud, los hospitales regionales de alta especialidad y los hospitales federales.¹

7. Por su parte, los institutos de seguridad social presta principalmente servicios médicos y preventivos a sus derechohabientes, aunque participan en algunas de las acciones de salud pública dirigidas a toda la población como son las semanas nacionales de salud.²

8. Es importante reconocer que a nivel nacional y estatal que, los servicios de salud cuentan con muchas carencias, las principales son: la falta de medicamentos e insumos, la falta de personal, la sobrecarga de servicios y las malas condiciones en las que se encuentran los hospitales.

9. Debido a lo anterior, es indispensable fortalecer y velar por los derechos humanos y laborales de todas las personas que trabajan en los servicios sanitarios, desde los médicos de base, los residentes, los enfermeros y enfermeras, el personal auxiliar y administrativo que cada unidad médica tenga en su plantilla.

10. La Organización Panamericana de la Salud, define como “residencias médicas” al sistema educativo que tiene por objeto completar la formación de los médicos en alguna especialización reconocida por su país de origen, mediante el ejercicio de actos profesionales de complejidad y responsabilidad progresivas, llevados adelante bajo supervisión de tutores en instituciones de servicios de salud y con un programa educativo aprobado para tales fines.³

11. La Ley Federal del Trabajo, en su artículo 3 Bis, define al hostigamiento, como el ejercicio del poder en una relación de subordinación real de la víctima frente al agresor en el ámbito laboral, que se expresa en conductas verbales, físicas o ambas; y al acoso sexual, como una forma de violencia en la que, si bien no existe la subordinación, hay un ejercicio abusivo del poder que conlleva a un estado de indefensión y de riesgo para la víctima, independientemente de que se realice en uno o varios eventos.⁴

12. La Ley General de Salud, establece en su artículo 95, que los aspectos docentes del internado de pregrado y de las residencias de especialización, se regirán por lo que establezcan las instituciones de educación superior, de conformidad con las atribuciones que les otorguen las disposiciones que rigen su organización y funcionamiento y lo que determinen las autoridades educativas competentes.⁵

13. La Norma Oficial Mexicana NOM-EM-001-SSA-2023, vigente a junio de 2023, tenía por objeto regular la organización y funcionamiento de las residencias médicas que se realicen en los establecimientos para la atención médica de las instituciones de salud que se constituyen como unidad médica receptora de residentes.⁶

14. En México alrededor de 17,500 alumnos de pregrado egresan de la carrera de médico cirujano; en especialización se estima que alrededor de 9,300 especialistas egresan cada año”,⁶según la académica,

Ana Carolina Sepúlveda Vildósola, de la Facultad de Medicina de la UNAM.

15. Sin embargo, un tema no menos importante del cual debemos poner en la agenda pública es el relacionado con los estudiantes de medicina, residentes y médicos de base, en donde lamentablemente se enfrentan a situaciones de violencia, acoso sexual y hostigamiento en las diversas unidades médicas por parte del personal directivo, o entre ellos mismos. Las y los estudiantes en múltiples ocasiones han denunciado el abuso, el acoso laboral, las amenazas y la violencia física, emocional y psicológica a la cual están expuestos.

Algunos casos de violencia, acoso y hostigamiento hacia el personal médico y médicos residentes

1. El fenómeno de la violencia al interior de la educación médica se encuentra introyectado a manera de “tradición”, mostrando patrones de conducta tan “naturales” a la vista de todos, que llega a pasar inadvertido en sus formas sutiles de presentación. De los 45 residentes encuestados, de dos instituciones pediátricas de Sonora, el 93 por ciento refirió haber sido víctima de alguna forma de violencia, 9 (20 por ciento) en niveles de máxima a extrema. Predominó la violencia física, la fuente más común fueron los propios residentes durante las guardias.⁸

2. De acuerdo con el estudio “Experiencias de maltrato y hostigamiento en médicos residentes”, se encontró que, en México un alto porcentaje (98.5 por ciento) de los residentes de las especialidades troncales manifestaron haber experimentado por lo menos una conducta de acoso con un nivel de intensidad general ubicado entre “poco a moderado”. Las manifestaciones de acoso más frecuentes fueron la intimidación manifiesta y el desprestigio laboral.⁹

3. En 2014, la Facultad de Medicina de la UNAM, publicó un estudio en donde el 84 por ciento de los residentes refirió haber sufrido maltratos, siendo el más frecuente el psicológico (humillaciones en el 78 por ciento), seguido por el académico (guardias de castigo en 50 por ciento y negación de la enseñanza en 40 por ciento) y por el físico (16 por ciento recibieron golpes, 35 por ciento fueron privados de alimentación y 21 por ciento de ir al baño duran-

te sus guardias, como castigo). Además 21 por ciento fue presionado a consumir alcohol contra su voluntad. Los maltratos psicológicos y físicos fueron más frecuentes en especialidades quirúrgicas que médicas. Como consecuencia de los maltratos, el 89 por ciento de los residentes reportaron burnout, 71 por ciento depresión, 78 por ciento ansiedad y 58 por ciento mala atención a sus pacientes. Los principales responsables de los maltratos fueron residentes de jerarquía superior y médicos de base.¹⁰

4. El acoso, la violencia y el hostigamiento, no puede ser permitido, tolerado ni justificado en ningún centro de trabajo, son conductas que atentan contra la libertad, la seguridad, la salud mental, psicológica y emocional de cualquier persona, lamentablemente parece ser que en la carrera de medicina ocurre con mayor frecuencia y en donde penosamente no es muy visibilizado y atendido.

5. *Resiste Residente*¹¹ es un documental que aborda la actividad de los residentes médicos en el sistema de salud mexicano y expone una realidad poco visibilizada, la sobrecarga laboral a la cual son sometidos y el desgaste mental que esto provoca.

6. El Colectivo de Médicos en formación, en el año 2021, realizó la Encuesta Nacional de Médicos en Formación, donde resalta que, de 2,458 médicos en formación encuestados, el 40.2 por ciento señala haberse sentido acosado sexualmente durante su formación médica y el 40.5 por ciento reporta haber sufrido algún tipo de agravio a su persona en la universidad y campo clínico. De este total que reporta acoso, 68 por ciento son mujeres y 32 por ciento hombres. Los casos son más frecuentes entre médicas pasantes de servicio social y estudiantes universitarios —mujeres y hombres—.¹²

7. Marcia Villanueva Lozano, en su artículo “Discriminación, maltrato y acoso sexual en una institución total: la vida secreta de los hospitales escuela”, comparte de manera detallada algunos casos de violencia y acoso que vivieron algunas mujeres y hombres al realizar las prácticas o la residencia médica. Un claro ejemplo, es el que narra Marigeni, 39 años, médica general, Durango: Yo viví acoso durante el Internado. Recuerdo que había un oncólogo que me buscaba cuando yo me quedaba sola y entraba [al cuarto de descanso] pues a acosarme. O

sea, recuerdo que me dice una enfermera, me llevaba bien con ella, y me dice “doctora, ¿sabe que cuando entran las internas aquí al hospital, se cruzan apuestas entre los especialistas, para ver cuál de ustedes es la primera que cae con uno de ellos? Le digo “No”, y dice “Pues ahorita la apuesta más grande es usted, porque es la única, porque está casada y todavía no ha caído con ninguno de los especialistas”. Dice: “yo sólo se lo quería decir porque ya va a terminar el Internado, y no quiero que vaya, pues ora sí que a decepcionarla, verla de eso”. Pero es difícil, como mujer es difícil. En otra ocasión, uno de los especialistas, recuerdo mucho que sabían que me gustaba Luis Miguel, iba a haber un concierto, y recuerdo que me mandó a decir con uno de sus compañeros, que iba a haber un curso en Cancún, que ya había hablado con el director [del hospital] para llevarme al curso a Cancún y de regreso llegar al concierto de Luis Miguel, a la Ciudad de México, y ya regresarnos al hospital. Y claro que pues no, ¿verdad? Yo decía: “No, cómo cree, eso nunca, estoy casada, tengo un hijo”, y no, mis compañeros me decían: “cómo eres tonta, cómo que no”.¹³

8. De acuerdo con el estudio “Mobbing en médicos residentes e internos en un hospital de segundo nivel de atención en la CDMX” el mobbing, también llamado acoso laboral, tiene una presentación cada vez más frecuente entre los profesionales de la salud, que repercute de manera directa en su desempeño laboral y desarrollo como médicos en formación, así pues, poniendo en riesgo la atención, calidad y seguridad de la atención hacia sus pacientes. Pero además altos índices de abandono y frustración laboral. En el presente estudio se encontró en casi el 20 por ciento de la muestra estudiada, más en residentes de urgencias médicas de segundo y tercer año.¹⁴

9. En muchos de los casos aquí expuestos, los estudiantes de medicina están expuestos a jornadas laborales de más de 80 horas a la semana, lo que es un factor de riesgo para desarrollar depresión, ansiedad o síndrome de burnout.

10. Continuando con estos casos, actualmente existen muchas denuncias y testimonios anónimos, “no se puede normalizar el maltrato dentro de los hospitales. No hay protocolos efectivos ni procedi-

mientos eficaces para denunciar el acoso laboral, los abusos, maltratos y humillaciones propiciados por personal médico de mayor rango o médicos adscritos; y cuando la víctima decide armarse de valor y lo denuncia, no se garantiza la confidencialidad y es sometido a mayores represalias como amenazas, bullying, mayor carga laboral, privación de sus horas de descanso y comida e incluso privación de su libertad por más de 36 o 72 horas con impacto negativo en su desempeño académico” (anónimo).

11. El medio digital “Animal Político” documentó en diversas partes del país diversos testimonios de jóvenes que se enfrentan al constante acoso sexual de residentes en grados superiores o médicos ya de planta de los hospitales, quienes llegan incluso a condicionarles la atención a pacientes con los que están tratando a cambio de dar su teléfono o aceptar una cita.¹⁵

En este reportaje, se señalan los siguientes casos:

- A Lucía, enfermera, la bombardeaba de mensajes en redes sociales un médico que ya tenía fama de acosador, pero cuando su jefa del servicio trató de denunciarlo, le dijeron que no podían hacer nada porque él era doctor y que las enfermeras siempre les coquetean.
- A Mariana, haciendo su internado, un médico adscrito la siguió toda una noche de guardia hasta pedirle su teléfono enfrente de una paciente a la que estaba atendiendo.

Consideraciones

1. Ante estos hechos lamentables, poco visibilizados y con una nula atención por parte de las autoridades médicas, es importante poner en la agenda pública el pleno reconocimiento de los derechos fundamentales y humanos que gozan todas las personas, no podemos seguir permitiendo que en estas unidades médicas se ejerza todos los tipos de violencia contras las mujeres y hombres residentes y médicos de base, debemos garantizar el bienestar de las personas que son la primera línea de combate ante las enfermedades. Es inconcebible que las autoridades médicas no volteen a ver la situación tan alarmante que en este documento se relató. El sistema de salud mexicano debe velar, respetar y proteger los derechos de todas las personas, tanto de

los médicos en formación y de los médicos de base, como de la población en general que requiere del servicio.

2. Por consiguiente, con el objetivo de erradicar la violencia y acoso laboral en las Instituciones del Sistema Nacional de Salud, es urgente que los hospitales efectúen acciones concretas que den puntual seguimiento a las denuncias que se hagan al interior de cada centro de trabajo; así como mejorar los canales de comunicación entre los residentes, personal de enfermería, médicos de base, directivos y personal administrativo y auxiliar; fomentar campañas que inviten a denunciar todo acto de acoso y de violencia de manera confidencial con el fin de resguardar la integridad y seguridad de las personas involucradas; el compromiso de las autoridades sanitarias del gobierno federal y de las entidades federativas debe ser combatir el acoso, el hostigamiento laboral al interior de los hospitales del país.

Por lo anteriormente expuesto y fundado, sometemos a consideración de esta honorable soberanía la siguiente proposición con

Punto de Acuerdo

Primero. La Cámara de Diputados del honorable Congreso de la Unión exhorta, respetuosamente, a la Secretaría de Salud federal para que, en el ámbito de sus competencias, refuerce las estrategias y acciones para la detección temprana, contención y prevención de los casos de violencia, acoso y hostigamiento hacia los estudiantes de medicina, médicos residentes y personal médico de base con el fin de erradicar la violencia y el acoso laboral en las Instituciones del sistema nacional de salud.

Notas:

1 Diario Oficial de la Federación, PROGRAMA Sectorial de Salud 2020-2024, puede verse en: DOF - Diario Oficial de la Federación (consultado el 22 de marzo de 2024).

2 Ibid.

3 Organización Panamericana de la Salud, Residencias médicas en América Latina, puede verse en Residencias médicas en América Latina (paho.org) (consultado el 22 de marzo de 2024).

4 Cámara de Diputados. Ley Federal del Trabajo, puede verse en: Ley Federal del Trabajo (diputados.gob.mx), (consultado el 22 de marzo de 2024).

5 Cámara de Diputados. Ley General de Salud, puede verse en: Ley General de Salud (diputados.gob.mx), (consultado el 22 de marzo de 2024).

6 Diario Oficial de la Federación puede verse en: DOF - Diario Oficial de la Federación (consultado el 22 de marzo de 2024).

7 UNAM. La distribución del personal de salud, un desafío en México - Gaceta UNAM, (consultado el 22 de marzo de 2024).

8 HERRERA-SILVA, Jorge Carlos; TREVINO-MOORE, Aida y ACOSTA-CORONA, Carlos Germán. Características de la violencia en residentes de dos instituciones formadoras de pediatras en el estado de Sonora. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [online]. 2006, vol.63, n.1 [citado 2024-03-23], pp.18-30. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462006000100004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1665-1146.

9 Ibid.

10 ORTIZ-LEÓN, Silvia, et al. Experiencias de maltrato y hostigamiento en médicos residentes. Cirugía y Cirujanos, 2014, vol. 82, no 3.

11 Trailer / Resiste Residente en Vimeo, (visto el 22 de marzo de 2024).

12 Resultados de la Encuesta Nacional de Médicos en Formación 2021 – Nosotrxs, (consultado el 22 de marzo de 2024).

13 Villanueva Marcia, Discriminación, maltrato y acoso sexual en una institución total: la vida secreta de los hospitales escuela, 2019, México. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/riegcm/v5/2395-9185-riegcm-5-e366.pdf>, (Consultado el 22 de marzo de 2024).

14 VILCHIS-CHAPARRO, Eduardo y CRUZ-RUIZ, Leslie. Mobbing en médicos residentes e internos en un hospital de segundo nivel de atención en la CDMX. Rev. Mex. med. familiar [online]. 2023, vol.10, n.1 [citado 2024-03-25], pp.17-23. Disponible en:

<http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2696-12962023000100017&lng=es&nrm=iso>. Epub 22-Mayo-2023. ISSN 2696-1296. <https://doi.org/10.24875/rmf.22000064>.

15 Animal Político, Estudiantes de medicina enfrentan acoso constante, pero autoridades no sancionan a agresores (animalpolitico.com) (consultado el 22 de marzo de 2024).

Palacio Legislativo de San Lázaro,
a 3 de abril de 2024.

Diputada Mariana Erandi Nassar Piñeyro (rúbrica)

CON PUNTO DE ACUERDO, PARA EXHORTAR A LA SSA Y A SUS HOMÓLOGAS DE LAS 32 ENTIDADES FEDERATIVAS A FORTALECER LAS ACCIONES DE CONCIENTIZACIÓN, PREVENCIÓN Y ATENCIÓN PARA REDUCIR LA MORTALIDAD INFANTIL EN EL PAÍS, A CARGO DE LA DIPUTADA MARIANA ERANDI NASSAR PIÑEYRO, DEL GRUPO PARLAMENTARIO DEL PRI

La suscrita, diputada federal Mariana Erandi Nassar Piñeyro, integrante del Grupo Parlamentario del PRI en la LXV Legislatura de la Cámara de Diputados del honorable Congreso de la Unión, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 6, numeral 1, fracción I; y 79, numeral 1, fracción II y numeral 2, fracción I del Reglamento de la Cámara de Diputados, someto a consideración de esta soberanía la presente proposición con punto de acuerdo, al tenor de las siguientes:

Consideraciones

1. De acuerdo con el informe 2023, del Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil,¹ UNIGME (por sus siglas en inglés) el número de niños y niñas que murieron antes de cumplir cinco años en el mundo alcanzó un mínimo histórico en 2022 al descender a 4,9 millones.

2. Según la UNIGME, los niños y niñas nacidos en los hogares más pobres tienen el doble de probabilidades de morir antes de cumplir los cinco años que los nacidos en los hogares más ricos, mientras que los niños y niñas que viven en entornos frágiles o afectados por conflictos tienen casi el triple de probabilidades de morir antes de cumplir los cinco años que los que viven en otros lugares.

3. Aunque estas cifras mundiales señalen un mínimo histórico para ese año, existen otras desigualdades en algunos países de América Latina, lo que supone una falta de atención y de colaboración interinstitucional para evitar estas lamentables muertes.

4. Por su parte la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), México es uno de los países con algunos de los peores indicadores en salud. Uno de esos indicadores, señala que la mortalidad infantil en el país es un problema muy grave que debe atenderse de manera urgente, por el número de niñas y niños fallecidos. Sin duda, este tema debe estar en la agenda pública de los gobiernos estatales y por supuesto del gobierno federal.

5. Las diversas desigualdades persistentes en la región, así como un aumento de la inestabilidad económica, la falta de acceso a los servicios de salud, la aparición de conflictos, la migración y las consecuencias de la pandemia de la covid-19, han marcado el retroceso de la reducción de la mortalidad infantil.

6. En ese sentido, es importante señalar que la mortalidad infantil, es decir, las muertes de menores de un año, refleja el efecto de las condiciones económicas, sociales y ambientales en la salud de las madres y los bebés, así como la eficacia de los sistemas de salud. La tasa de mortalidad infantil se define como el número de niños que mueren antes de cumplir el primer año de vida en un año determinado, por cada mil nacidos vivos.

7. Factores como el nivel educacional de la madre, la calidad de la atención prenatal y del parto, el parto prematuro, el peso al nacer, la atención inmediata al recién nacido y la alimentación del menor son determinantes en la mortalidad infantil.

8. De acuerdo con el Informe Panorama de la Salud 2023 de la OCDE, advierte de varios indicadores sobre los sistemas de salud, donde varios países no han atendido de manera oportuna. En México, hasta 2022, la esperanza de vida era de 75,4 años, 4,9 años por debajo del promedio de los demás países, el gasto de México en salud es uno de los más bajos de la OCDE, con 1,181 dólares por persona mientras la media es de 4,986 dólares, esto equivale al 5,5 por ciento del PIB, en comparación con el 9,2 por ciento en promedio que invierten los otros países.

9. Adicionalmente, este mismo informe señala que, en México hay 2.5 médicos y 2.9 enfermeros en ejercicio por cada 1,000 habitantes, así como una cama de hospital por cada mil habitantes, menos que el promedio de la OCDE de 4,3.

10. Continuando con los datos de la OCDE, los otros indicadores de salud donde México empeoró para 2022 fue en la mortalidad infantil, mortalidad materna y vacunación infantil.

11. A nivel mundial la OCDE advierte que para 2021, la mortalidad infantil fue en promedio de 4 muertes por cada 1,000 nacidos vivos en los países que integran esta organización. Sin embargo, las tasas de mortalidad infantil siguen siendo relativamente altas en Colombia y en México, en nuestro país existen 12,7 muertes por cada mil nacidos vivos, lo que indica la correlación que existe entre la mortalidad materna e infantil.

12. Las principales causas de estos decesos son la diarrea, la neumonía, las infecciones y la desnutrición siguen figurando entre las principales causas de muerte tanto de madres como de bebés. En la región de América Latina alrededor de un tercio de las muertes en el primer año de vida ocurren en el período neonatal (primeras cuatro semanas de vida o los días 0 al 27).²

13. De acuerdo con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, Coneval, entre 2016 y 2021, la tasa de mortalidad infantil aumentó en 10 estados de la República, principalmente en Michoacán, Oaxaca y Guerrero, lo que muestra las dificultades del país para ampliar los derechos sociales de la población.

14. Los mayores niveles en la carencia por acceso a los servicios de salud se concentran en los estados del sur y centro del país, poniendo en evidencia la influencia de factores regionales.

15. En 2019 el Coneval,³ presentó el Sistema de Información de Derechos Sociales (SIDS) con la finalidad de monitorear el acceso efectivo a los derechos sociales como: educación, salud, alimentación, vivienda y seguridad social. El sistema se conforma de 42 indicadores complementarios a la Medición Multidimensional de la Pobreza que dan cuenta de las condiciones de accesibilidad, calidad y disponibilidad del ejercicio efectivo a los derechos sociales.

16. En los resultados de la Medición Multidimensional de la Pobreza 2022, destaca los siguientes datos, el 45.8 por ciento de la población de 0 a 17 años en México vivía en situación de pobreza en 2022; esto correspondía a 17 millones de niñas, niños y adolescentes, de los cuales el 21.2 por ciento de la población de 0 a 17 años en México presentaba carencia por acceso a la alimentación nutritiva y de calidad; esto correspondía a 7.9 millones de niñas, niños y adolescentes. De igual forma, entre 2020 y 2022 la carencia por acceso a alimentación nutritiva y de calidad en la población de 0 a 17 años disminuyó por 5.1 puntos porcentuales (de 26.3 por ciento a 21.2 por ciento) a nivel nacional.

17. Los tres estados con mayor porcentaje de población infantil y adolescente que vivía en situación de carencia por acceso a la alimentación nutritiva y de calidad durante 2022 eran Tabasco, Guerrero y Oaxaca.

18. Respecto a la carencia por acceso a los servicios de salud en el mismo año, representa el 42.3 por ciento de la población de 0 a 17 años del país; esto correspondía a 15.7 millones de niñas, niños y adolescentes. Entre 2020 y 2022 la carencia por acceso a servicios de salud en la población de 0 a 17 años aumentó por 29 puntos porcentuales (de 14.3 por ciento a 27.5 por ciento) a nivel nacional.

19. Los tres estados con mayor porcentaje de población infantil y adolescente que vivía en situación de carencia por acceso a los servicios de salud durante 2022 eran Chiapas, Oaxaca y Guerrero. En

Chiapas, Oaxaca e Hidalgo se observaron los mayores aumentos en el porcentaje de niñas, niños y adolescentes con carencia por acceso a servicios de salud entre 2020 y 2022.

20. Cifras nada alentadoras, que muestra la importancia de que nuestros menores de edad deben tener mejores oportunidades y acceso a una mejor alimentación nutritiva, a servicios de salud dignos y de calidad, motivo por el cual, nos compromete a crear acciones afirmativas en favor de nuestras niñas y niños de nuestro país.

21. Por ello, el combate a la mortalidad infantil se convierte un enorme desafío en la que las entidades federativas como el gobierno federal, así como la ciudadanía en general debemos afrontar, con el fin de garantizar la salud y la alimentación de toda la población, especialmente de los menores de 0 a 17 años.

22. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi), en las Estadísticas de Defunciones Registradas (EDR) 2022, reporta que, en México durante el año 2022, ocurrieron 24,172 muertes perinatales, de las cuales 14,988 corresponden a muertes fetales y 9,184 a personas que no superaron la primera semana de vida. La causa de mayor número de muertes en este periodo es la relacionada con la del feto y recién nacido afectados por factores maternos y por complicaciones del embarazo, del trabajo de parto y del parto, seguida de los trastornos respiratorios y cardiovasculares específicos del período perinatal.

23. El mismo Inegi reporta que las muertes neonatales, durante ese mismo año, ocurrieron 12,741 muertes neonatales y fallecieron 19,612 menores de 1 año, del total de las muertes por enfermedades originadas en el periodo perinatal las enfermedades con “dificultad respiratoria de la o del recién nacido y otros trastornos respiratorios originados en el periodo perinatal” representaron 38.1 por ciento, con 3,895 sucesos. Las defunciones por malformaciones congénitas ocuparon la segunda causa de muerte para menores de 1 año, con 4,740 casos.

24. Estas estadísticas alarmantes reflejan la ineficacia de las políticas públicas por parte del gobierno federal y de las entidades federativas para la aten-

ción materno-infantil. Son datos alarmantes que nos deben llevar a la acción, con la finalidad de reducir la mortalidad infantil en el país. Bajo este contexto, se debe asegurar que todas las personas cuenten con una alimentación nutritiva, que las madres reciban una atención digna, humana y de calidad durante el embarazo, en el parto y después del parto, se debe seguir promoviendo la lactancia materna por los múltiples beneficios que las niñas y niños obtienen durante los primeros seis meses de vida.

25. El Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la administración pública federal y local, asimismo, las personas físicas o morales del sector social y privado, que presten servicios de salud. Uno de los papeles principales de la Secretaría de Salud es el de ejercer la rectoría de todo el Sistema Nacional de Salud, lo que implica la evaluación y corrección de acciones realizadas, entre otros, por los Sistemas Estatales de Salud (SES), aunque también presta servicios de alta especialidad en los institutos nacionales de salud, los hospitales regionales de alta especialidad y los hospitales federales. Los SES son los que operan la prestación de los servicios médicos, instrumentan las acciones de salud pública y de regulación sanitaria. Las dos últimas evaluaciones, que la Secretaría de Salud realizó a los SES en 2017 y 2018 revelan la carencia de medicamentos e insumos, la falta de personal, la sobrecarga de servicios y las malas condiciones en las que frecuentemente se encuentran estas unidades médicas.

26. El Programa Sectorial de Salud 2020 - 2024 es un programa derivado del PND que establece entonces los objetivos, estrategias y acciones, a los que deberán apegarse las diferentes instituciones de la administración pública federal para materializar el derecho a la protección de la salud.

27. Una de las estrategias prioritarias y acciones puntuales del Programa Sectorial de Salud, es el objetivo prioritario 5, señala que se deberá proteger la salud bajo un enfoque integral que priorice la prevención y sensibilización de los riesgos para la salud y el oportuno tratamiento y control de enfermedades, especialmente, las que representan el mayor impacto en la mortalidad de la población, como meta para 2024, este programa tiene que por cada mil

niñas y niños nacidos vivos, habrá menos de 11.44 defunciones de menores de un año de edad.⁴

28. En ese sentido, se debe priorizar en todo momento la salud de las madres, de las niñas, niños y adolescentes, para brindar una atención de manera integral con el fin de contrarrestar la mortalidad infantil.

29. Por su parte, el programa de Salud Materna, Sexual y Reproductiva, de la Secretaría de Salud federal, en 2023 contó con 2.1 mmdp, 4 por ciento (91.9 mdp) menos que en 2022, y 22 por ciento (579 mdp) menos que en 2018. Vista desde otra óptica, este programa de 2018 a 2023, ha tenido una reducción del 26 por ciento en términos reales, también de 2019 a 2022 fallecieron más de 4 mil mujeres, y ocurrieron más de 94 mil defunciones perinatales. Por eso, es urgente contar con instalaciones accesibles y seguras para todas las mujeres de este país, así como fortalecer la planificación familiar, la salud materna, y la mortalidad infantil y materna.

30. Asimismo, el Censia a través del Programa de Acción Específico Salud de la Infancia y la Adolescencia promueve el fortalecimiento de las acciones preventivas de enfermedades diarreicas agudas, infecciones respiratorias agudas y otras enfermedades prevalentes de la infancia, mediante la integración de las 32 entidades federativas del Comité de Estrategias para la Reducción de la Mortalidad de la Infancia (Coermi), que analiza el proceso de atención-enfermedad y muerte en la infancia y elabora estrategias sectoriales para coadyuvar en la disminución de la mortalidad.⁵ Por ello, es fundamental reforzar las estrategias y acciones en las entidades federativas para alcanzar la meta planteada para este 2024 en cuanto a la mortalidad infantil.

31. Según los resultados de la Evaluación Estratégica de Salud de 2022, del Coneval, aduce que, pese a la importancia de la protección de la salud como derecho fundamental, aún logran apreciarse problemas de inequidad en las condiciones de salud de las personas; particularmente en las asociadas al género, afectando principalmente a las mujeres en el acceso a una atención médica oportuna y de calidad. Para los programas de salud resulta indispensable el monitoreo y el fortalecimiento de procesos que mejoren la calidad de las instituciones, considerando

en un lugar central al paciente, sus necesidades, expectativas y preferencias; así como en fortalecer la infraestructura de las unidades médicas de primer y segundo nivel de atención y las capacidades operativas del personal de salud.⁶

32. La Estrategia Nacional de Atención a la Primera Infancia (ENAPI), tiene como objetivo reducir de la mortalidad infantil a niveles menores de 8 niñas y niños muertos por cada mil nacimientos en 2024.⁷ Sin embargo, México se encuentra muy lejos de alcanzar ese nivel, de acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2022, elaborada por el Instituto Nacional de Salud Pública de México, revelan que en ninguno de los biológicos que integran el programa se alcanzó el 90 por ciento de aplicación, situación que muestra una estabilización y en el peor de los casos un retroceso en las metas propuestas y que también se presentan a nivel internacional, situación que no debe servir para justificar la inacción de las instituciones responsables del cumplimiento de la normatividad. La misma encuesta indicó que de 2018 a 2021, solamente el 35 por ciento de las niñas y niños de 1 a 2 años fueron vacunados por el esquema de cuatro vacunas, lo que si bien representó un aumento de 1.4 por ciento a nivel nacional, contrasta con los resultados en 2006 cuya cifra era del 84.7 por ciento de niñas y niños vacunados con el mismo esquema, situación que demuestra en grave en la atención de la primera infancia.⁸

33. Existe una relación entre la mortalidad materna y la mortalidad infantil, por lo tanto, la muerte de niñas y niños puede prevenirse si las mujeres alimentaran exclusivamente al pecho a sus niños durante los primeros seis meses y les proporcionarán una alimentación complementaria nutritiva, así como asegurar una cobertura efectiva en vacunación a todas las niñas y niños, con énfasis en la población vulnerable. En ese sentido, se requiere de acciones y políticas eficaces para mejorar el acceso de los servicios de salud, invertir en la infraestructura hospitalaria y en capacitación a los trabajadores de la salud.

34. En ese orden de ideas, reconozco las diferentes intervenciones que el gobierno federal ha ejecutado con el objetivo de contrarrestar estas lamentables muertes en la población infantil. Sin embargo, con-

sidero que, ante este panorama, México presenta un desafío que debe atender de manera urgente, se trata de brindar y mejorar los servicios sanitarios en condiciones dignas, accesibles y oportunas para la población más vulnerable, así como reforzar las acciones, campañas y programas que prevengan y atiendan la muerte infantil.

Por lo anteriormente expuesto y fundado, someto a consideración de esta honorable soberanía la siguiente proposición con:

Punto de Acuerdo

Primero. La Cámara de Diputados del honorable Congreso de la Unión exhorta, respetuosamente, a la Secretaría de Salud y a sus homólogas de las 32 entidades federativas para que, en el ámbito de sus competencias, fortalezcan las acciones de concientización, prevención y atención para reducir la mortalidad infantil en el país.

Notas:

1 ONU. Estimaciones de Mortalidad Infantil. Puede verse en: UN-IGME-2023-Child-Mortality-Report.pdf (childmortality.org) CME Info - Estimaciones de Mortalidad Infantil (childmortality.org), (consultado el 19 de marzo de 2024)

2 Mortalidad infantil | Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020 | OECD iLibrary (oecd-ilibrary.org)

3 Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social "El derecho a la salud para las entidades federativas de Méxi-

co: compendio de indicadores para su diagnóstico", Primera Edición 2024. Puede verse en: Compendio_Derecho_Salud_Int.pdf (coneval.org.mx) (Consultado el 19 de marzo de 2024).

4 Diario Oficial de la Federación, PROGRAMA Sectorial de Salud 2020-2024. Puede verse en: DOF - Diario Oficial de la Federación (consultado el 27 de marzo de 2024).

5 Gobierno de México, lineamientos Comité de Estrategias para la Reducción de la Mortalidad de la Infancia (COERMI). Puede verse en: Lineamientos Comité de Estrategias para la Reducción de la Mortalidad de la Infancia (COERMI) | Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia | Gobierno | gob.mx (www.gob.mx) (Consultado el 27 de marzo de 2024)

6 Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, Evaluación Estratégica de Salud, primer informe. Puede verse en: Evaluacion_salud_web.pdf (coneval.org.mx) (Consultado el 27 de marzo de 2024).

7 Gobierno de México, Enapi. Puede verse en: ENAPI-DOF-02-03-20 (www.gob.mx) (Consultado el 27 de marzo de 2024).

8 Instituto Nacional de Salud Pública, ENSANUT 2022. Puede verse en: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2022/doctos/analiticos/05-Cobertura.de.vacunacion-ENSA-NUT2022-14790-72603-2-10-20230619.pdf> (Consultado el 27 de marzo de 2024)

Palacio Legislativo de San Lázaro,
a 3 de abril de 2024.

Diputada Mariana Erandi Nassar Piñeyro (rúbrica)

Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión, LXV Legislatura

Junta de Coordinación Política

Diputados: Jorge Romero Herrera, presidente; Moisés Ignacio Mier Velasco, MORENA; Rubén Ignacio Moreira Valdez, PRI; Carlos Alberto Puente Salas, PVEM; Alberto Anaya Gutiérrez, PT; Braulio López Ochoa Mijares, MOVIMIENTO CIUDADANO; Francisco Javier Huacus Esquivel, PRD.

Mesa Directiva

Diputados: Marcela Guerra Castillo, presidenta; vicepresidentes, Karla Yuritzi Almazán Burgos, MORENA; Joanna Alejandra Felipe Torres, PAN; Blanca María del Socorro Alcalá Ruiz, PRI; secretarios, Brenda Espinoza López, MORENA; Diana Estefanía Gutiérrez Valtierra, PAN; Fuensanta Guadalupe Guerrero Esquivel, PRI; Nayeli Arlen Fernández Cruz, PVEM; Pedro Vázquez González, PT; Vania Roxana Ávila García, MOVIMIENTO CIUDADANO; Karina Isabel Garivo Sánchez, PRD.

Secretaría General

Secretaría de Servicios Parlamentarios

Gaceta Parlamentaria de la Cámara de Diputados

Director: Juan Luis Concheiro Bórquez, **Edición:** Casimiro Femat Saldívar, Ricardo Águila Sánchez, Antonio Mariscal Pioquinto.

Apoyo Documental: Dirección General de Proceso Legislativo. **Domicilio:** Avenida Congreso de la Unión, número 66, edificio E, cuarto nivel, Palacio Legislativo de San Lázaro, colonia El Parque, CP 15969. Teléfono: 5036 0000, extensión 54046. **Dirección electrónica:** <http://gaceta.diputados.gob.mx/>