

UNIVERSIDAD DE
GUANAJUATO



«2022 Año del Festival Internacional Cervantino, 50 años de diálogo cultural».
«En la Universidad de Guanajuato, todas y todos, nos comprometemos
a garantizar el derecho de las mujeres a vivir libres de violencia».
"290 años de excelencia educativa"

Guanajuato, Gto., a 4 de marzo de 2022.

Oficio: OAG-601/2022.

Asunto: Se remite opinión de iniciativas.

DIP. IRMA LETICIA GONZÁLEZ SÁNCHEZ
DIP. KATIA CRISTINA SOTO ESCAMILLA
PRESIDENTA Y SECRETARIA
COMISIÓN DE SALUD PÚBLICA
CONGRESO DEL ESTADO DE GUANAJUATO
LXV LEGISLATURA
PRESENTE.

Distinguidas diputadas:

El pasado 15 de febrero del año en curso nos fueron notificados atentos oficios de números 1443, 1446, 1451 y 1455, dirigidos al Rector General de la Universidad de Guanajuato, a través de los cuales se solicitó la opinión sobre cuatro iniciativas: 1. A fin de reformar y adicionar diversas disposiciones de la Ley de Salud del Estado de Guanajuato; 2. Ley de Protección al Parto Humanizado y a la Maternidad Digna del Estado de Guanajuato; 3. Ley para la Atención y Tratamiento Integral de las Adicciones para el estado y los Municipios de Guanajuato, y derogar diversos artículos de la Ley de Salud del estado de Guanajuato, y 4. Ley de Prevención y Atención del Suicidio para le Estado y los Municipios de Guanajuato y de adición al artículo 27, fracción I, inciso h de la ley Orgánica del Poder Ejecutivo para el Estado de Guanajuato.

Al respecto, a nombre del Dr. Luis Felipe Guerrero Agripino, Rector General de la Universidad de Guanajuato, me permito agradecer la consideración que las diputadas y diputados que integran esta comisión legislativa han tenido con esta máxima casa de estudios del estado de Guanajuato, al contemplarla entre las instituciones públicas a las que se les solicita su opinión respecto de las iniciativas en comento.

En este sentido, me permito compartir en tarjeta anexa las respetuosas observaciones multidisciplinarias realizadas por las académicas y académicos adscritos a las divisiones de Ciencias de la Salud de los campus de León y Celaya-Salvatierra, y de los departamentos de Medicina, Ciencias Médicas, Enfermería y Obstetricia, Enfermería Clínica y Psicología pertenecientes a los campus de León, Celaya-Salvatierra, Guanajuato e Irapuato-Salamanca; así también se contó con la colaboración de la Red Médica y de la Defensoría de Derechos Humanos en el Entorno Universitario de eta universidad.

OFICINA DEL ABOGADO GENERAL

Calzada de Guadalupe N°5, Centro
Guanajuato, Gto., México, C.P. 36000
Teléfono: 473 732 00 06, ext. 4501, 4502 y 4516; Fax: ext. 4515

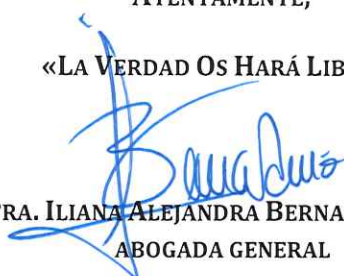
www.ugto.mx



Sin otro particular por el momento, les reitero las seguridades de mi consideración más distinguida.

ATENTAMENTE,

«LA VERDAD OS HARÁ LIBRES»


MTRA. ILIANA ALEJANDRA BERNARDINO CRUZ
ABOGADA GENERAL

C.C.P.: ARCHIVO.
M' IABC/L' VOA

OFICINA DEL ABOGADO GENERAL

Calzada de Guadalupe N°5, Centro
Guanajuato, Gto., México, C.P. 36000
Teléfono: 473 732 00 06, ext. 4501, 4502 y 4516; Fax: ext. 4515

www.ugto.mx



Para: Lic. Ma. del Carmen Noriega Díaz
Secretaría Técnica
Dirección General de Servicios y Apoyo Técnico
Parlamentario

De: Mtra. Iliana Alejandra Bernardino Cruz
Abogada General de la Universidad de
Guanajuato

Asunto: Opinión de las iniciativas:

- A fin de reformar y adicionar diversas disposiciones de la Ley de Salud del Estado de Guanajuato;
- De Ley de Protección al Parto Humanizado y a la Maternidad Digna del Estado de Guanajuato;
- De Ley para la Atención y Tratamiento Integral de las Adicciones para el Estado y los Municipios de Guanajuato, y derogar diversos artículos de la Ley de Salud del Estado de Guanajuato, y
- De Ley de Prevención y Atención del Suicidio para el Estado y los Municipios de Guanajuato y de adición al artículo 27, fracción I, inciso h de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo para el Estado de Guanajuato.

A nombre del Dr. Luis Felipe Guerrero Agripino, Rector General de la Universidad de Guanajuato, me permito agradecer la consideración que las diputadas y diputados que integran esta comisión legislativa han tenido con esta máxima casa de estudios del estado de Guanajuato, al contemplarla entre las instituciones públicas a las que se les solicita su opinión respecto de las iniciativas en comento.

En este sentido, me permito compartir las respetuosas observaciones multidisciplinarias realizadas por las académicas y académicos adscritos a las divisiones de Ciencias de la Salud de los campus de León y Celaya-Salvatierra, y de los departamentos de Medicina, Ciencias Médicas, Enfermería y Obstetricia, Enfermería Clínica y Psicología pertenecientes a los campus de León, Celaya-Salvatierra, Guanajuato e Irapuato-Salamanca; así también se contó con la colaboración de la Red Médica y de la Defensoría de Derechos Humanos en el Entorno Universitario de esta universidad.

Derivado de lo anterior, las observaciones son las siguientes:

Aportaciones a la iniciativa a fin de reformar y adicionar diversas disposiciones de la Ley de Salud del Estado de Guanajuato

I. División de Ciencias de la Salud, campus León

Página 2

... La enfermedad renal crónica es una afectación que indica que los riñones están dañados. No pueden filtrar la sangre lo suficientemente bien y pueden hacer sus otros trabajos tan bien como debería ...

Comentario 1 (Agregar definición de enfermedad renal crónica)

Definición sugerida

La enfermedad renal crónica (ERC), también conocida como insuficiencia renal crónica, se define como una alteración de la estructura o función del riñón, presente durante ≥ 3 meses, o la presencia de uno o más de los siguientes marcadores de daño renal: albuminuria, alteraciones del sedimento de la orina (p. ej. Hematuria) alteraciones electrolíticas debido a alteraciones tubulares, alteraciones detectadas por histología, anomalías estructurales detectadas mediante estudios por imágenes, o historia de trasplante de riñón. **(1)**

Comentario 2 (Agregar definición de enfermedad renal aguda)

Definición sugerida

La Enfermedad renal aguda también conocida como insuficiencia renal aguda o lesión renal aguda, es una disminución aguda de la función renal (horas a días), que provoca un aumento de la creatinina sérica y/o una disminución de la diuresis.

La Enfermedad Renal Aguda puede ser causada por una variante de factores, como alteración de la perfusión renal, exposición a nefrotoxinas, obstrucción del flujo urinario o insuficiencia renal intrínseca. Los efectos resultantes incluyen la eliminación y regulación de la homeostasis metabólica, regulación alterada de electrolitos y ácido/base, y regulación alterada del volumen. **(2)**

Página 4

...mediante la creación del Programa de Atención Integral de Enfermedad Renal en el Estado de Guanajuato ...

Comentario 3 (Agregar: el cual estará basado en las guías nacionales e internacionales de mejores prácticas clínicas. Por ejemplo:)

- A. Recomendaciones para la creación, cuidado y manejo de los accesos vasculares para hemodiálisis. Documento de Posición del Comité de Nefrología Intervencionista y del Grupo de Consenso para la Optimización de accesos Vasculares de la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión. (3)**
- B. Guía de Unidades de hemodiálisis 2020. (4)**
- C. Fistula First. (5)**

Página 8

...La Secretaría de Salud del Estado se coordinará con las autoridades sanitarias...

Comentario 4 (se sugiere agregar “se coordinará en todo momento con las autoridades sanitarias y especialistas en salud renal como Nefrólogos, Nefrólogos pediatras, Nutriólogos renales, Patólogos renales y Enfermeras con especialidad en Nefrología”)



Quedando así:

La Secretaría de Salud del Estado se coordinará en todo momento con las autoridades sanitarias y especialistas en salud renal como Nefrólogos, Nefrólogos pediatras, Nutriólogas renales, Patólogos renales y Enfermeras con especialidad en Nefrología para promover y ejecutar en el Estado el Programa de Atención Integral para la prevención, detección, diagnóstico oportuno y tratamiento para la enfermedad renal aguda y crónica.

Referencias

- 1) Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO), KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of Chronic kidney disease. *Kidney Int Suppl* 2013 Jan, 3 (1): 1-150.
- 2) Kidney disease: improving global outcomes (KDIGO) Acute Kidney Injury Work Group. KDIGO clinical practice guideline for acute kidney injury. *Kidney Int Suppl.* 2012 Mar, 2 (1): 1-138.
- 3) Arvizu-Hernández, M., Salgado, O., Arellano-Sotelo, J., Barquer, G. Batista, Y., & Corpus, G. et al. (2021). Recomendaciones para la creación, cuidado y manejo de los accesos vasculares para hemodiálisis. Documento de posición del Comité de Nefrología Intervencionista y del Grupo de Consenso para Optimización de accesos Vasculares de la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión. *Nefrología Latinoamericana*, 18(1) doi: 10.24875/nefro.21000014
- 4) Alcalde-Bezhold, G., Alcázar-Arroyo, R. Angoso-de-Guzmán, M., Arenas, M., Arias-Guillén, M., & Arribas-Cobo, P. et al. (2021). Guía de unidades de hemodiálisis 2020. *Nefrología*, 41, 1-77, doi: 10.1016/j.nefro.2021.07.011
- 5) Lee, T. (2017). Fistula First Initiative: Historical Impact on Vascular Access Practice patterns and Influence on Future Vascular Access Care *Cardiovascular Engineering And Technology*, 8(3), 244-254, doi: 10.1007/s13239-017-0319-9

II. División de Ciencias de la Salud e Ingenierías, campus Celaya-Salvatierra

1. Al ser una enfermedad que surge como una comorbilidad o resultado de alguna malformación congénita se sugiere reorientar las acciones a: diagnóstico oportuno, tratamiento y control.
2. Diferenciar la enfermedad renal aguda de la enfermedad renal crónica ya que las condiciones en las que se genera cada una y el tratamiento difieren según la historia natural de la enfermedad.
3. Cambiar concepto de campañas de información por mercadotecnia social en salud.
4. En el caso de enfermedad renal crónica la donación es dirigida a órganos y no mencionar tejidos.
5. Los factores de riesgo ya están identificados y descritos en la literatura científica, más bien la investigación debiera ser orientada a evaluar intervenciones dirigidas al diagnóstico oportuno, el tratamiento y control de la enfermedad.



Sobre la cuestión de detección oportuna de diversas causas atribuibles a la ERA y ERC debe enfatizarse no solo al consumo de agua, también abarcar los estilos de vida saludable (todas las causas atribuibles) y resaltar el trabajo comunitario por parte del sector salud, el cual tiene debilidades, pero también fortalezas.

6. En el artículo 3 donde se menciona la orientación se sugiere separar la enfermedad renal crónica y que solo el programa atienda a las personas con esta patología.
7. Lo adecuado sería contar con un fondo económico para atender la enfermedad catastrófica.
8. Garantizar la atención con un médico nefrólogo.
9. La principal necesidad de una persona que sufre de enfermedad renal crónica es la atención multidisciplinaria, al considerarse una enfermedad terminal se requiere que sea tratado por un nefrólogo, enfermera, nutriólogo, trabajo social y psicólogo, que le sea garantizado el abasto de múltiples fármacos, que tenga una adecuada alimentación y que cuente con los recursos para acceder a una diálisis peritoneal o hemodiálisis.

RECOMENDACIONES:

Tamizaje de la enfermedad renal crónica

En los pacientes, mayores de 50 años, con hipertensión o diabetes, se sugiere determinar la presencia de enfermedad renal al menos en una ocasión e idealmente cada 3 a 5 años.

El tamizaje debe quedar bien descrito, porque con jornadas como lo comentan no es una estrategia eficiente para detectar enfermos renales, regularmente se requiere de estudios de laboratorio y gabinete (Química sanguínea, depuración de creatinina, ultrasonido) y un médico nefrólogo para que identifique el estadio de la enfermedad renal crónica (KDIGO), y con base a ello determinar el manejo a seguir en cada uno de ellos.

Medidas higiénico-dietéticas y sobre estilos de vida.

Ejercicio físico. Se recomienda que las personas con Enfermedad Renal Crónica (ERC) practiquen ejercicio de forma regular. El tipo e intensidad del ejercicio se valorará individualmente según las posibilidades físicas de cada paciente.

Reducción de peso. En los pacientes con ERC y obesidad, se recomienda fomentar la reducción de la ingesta calórica y de grasas con el objetivo de reducir peso. Se sugiere que los pacientes con enfermedad renal crónica reduzcan la ingesta de grasas de tipo saturado.

Dietas restrictivas en sodio.

En pacientes con ERC y cifras de presión arterial elevadas, se sugiere un consumo de sal en la dieta de 4 a 6 g/día (de 1,6 a 2,4 g/día de sodio), una vez descartado que el paciente no presente un trastorno tubular con pérdida de sal.

Hábito tabáquico.



En pacientes con ERC fumadores se recomienda la abstinencia o el abandono del hábito tabáquico, así como evitar la exposición pasiva al tabaco.

Intervenciones y programas educativos.

Se recomienda proporcionar información detallada sobre la ERC, la adopción de los hábitos y estilos de vida saludables, así como las medidas de autocuidado necesarias para mejorar el conocimiento, el cumplimiento terapéutico y potenciar la colaboración del paciente en todo el proceso asistencial.

10. La propuesta es ambigua, no puntualiza como se pretende alcanzar la atención integral, no se definen los aspectos importantes que tienen que ver con la atención de la persona con enfermedad renal crónica (medicamentos, sesiones de hemodiálisis, bolsas para diálisis peritoneal, quien llevara el régimen alimentario, acceso con un médico nefrólogo, etc.), puntualizando que este tipo de personas regularmente padecen una o más enfermedades.
11. Sería importante vincular la iniciativa con los programas ya existente de enfermedades no transmisibles, en cuanto a la prevención de la enfermedad renal crónica.

Al mencionar la creación del Programa de Atención Integral de Enfermedad Renal en el Estado de Guanajuato, sería importante referir si existirá la creación de instituciones nuevas que alojen estos pacientes o ampliar dentro de las instituciones el área específica para tratamiento dialítico.

Una de las acciones que sería importante rescatar es ayudar al empleo de este tipo de personas con tratamiento dialítico, la generación de un programa dentro del mismo, la principal causa de su tratamiento fallido es secundario que no cuentan con los recursos suficientes. La mayoría de las acciones que se mencionan, se llevan a cabo dentro de los hospitales que ofrecen estos servicios específicamente en el sector público; algo muy importante y diferente a resaltar de este programa es la atención sin costo.

Al mencionar que es un programa gratuito debe especificar que es a toda persona Guanajuatense sin importar la edad del paciente, hablando de todas las etapas de la vida, así como todo lo que conlleva un tratamiento, desde la inserción del catéter, es decir que la persona no absorberá ningún costo. Al ser aprobado sería importante mencionar si esto fuera posible, de donde se obtendrá el recurso presupuestal.

Sin duda este tipo de programas gratuitos son necesarios para la atención de nuestros pacientes, sobre todo porque tienen costos inalcanzables ocasionando muertes por falta del alcance al tratamiento.

12. Revisar la terminología en el documento.
13. Revisar de fondo el objetivo de la iniciativa y delimitar cual será el alcance de esta.

III. División de Ciencias Naturales y Exactas, campus Guanajuato



1. Es de importancia que las acciones inicien desde el primer nivel de atención, en la población a temprana edad, inculcando buenos hábitos de alimentación e higiénicos.
2. La capacitación del personal debe incluir a todo el grupo multidisciplinario que atiende a estos pacientes, como son médicos nefrólogos, enfermeras, psicólogos, odontólogos y químicos para garantizar una atención integral de los pacientes y mantenerlos en las mejores condiciones para sus tratamientos sustitutivos y trasplante renal.
3. Se sugiere que las campañas vayan encaminadas a la población en general además a las empresas que siguen generando desechos que se mezclan con el entorno (suelos, aguas, flora y fauna).
4. Además de implementar acciones de promoción de la cultura de donación de órganos y tejidos, destinar recursos humanos, económicos y de infraestructura a los comités hospitalarios de trasplante y donación de órganos, así como al Centro Estatal de Trasplantes.

IV. Red Médica.

CAPÍTULO XI

Atención integral de la enfermedad renal

Artículo 76. *El programa de atención integral de enfermedad renal comprende acciones de orientación, prevención, detección, diagnóstico oportuno, tratamiento, control y vigilancia de enfermedad renal aguda y crónica.*

Opinión: En los que se refiere a tratamiento, seguimiento vigilancia y control.

Guanajuato después de la Ciudad de México es el estado donde desde hace varios años se efectúa una mayor cantidad de trasplantes renales tanto de donador vivo como de cadáver. Por todos es conocido el esfuerzo en todos los ámbitos para concretar un trasplante renal, como es del conocimiento del área médica estos pacientes requieren el manejo de medicamentos inmunosupresores para evitar el rechazo del órgano trasplantado. Las instituciones como IMSS e ISSSTE proporcionan permanentemente estos medicamentos, no así el caso de la Secretaría de Salud ya que solamente lo otorga gratuitamente durante un año posterior a la fecha del trasplante, luego el paciente tiene que cubrirlo, lo anterior puede en personas de escasos recursos echara a perder por falta del inmunosupresor el éxito en el seguimiento del paciente trasplantado.

La propuesta es que se efectúen convenios con los dos proveedores de medicamentos inmunosupresores para que mediante estudio económico que demuestre la imposibilidad para poderlos obtener después del año de gratuidad, se otorguen gratuitamente a quienes los necesite.



Aportaciones a la iniciativa de Ley de Protección al Parto Humanizado y a la Maternidad Digna del Estado de Guanajuato

I. División de Ciencias de la Salud, campus León

Consideraciones generales

Se sugiere quitar toda alusión a la mujer como vehículo del producto, la iniciativa debería estar centrada en los derechos de las mujeres. Bajo este contexto la cita del proemio de la iniciativa no tiene coherencia y resulta inapropiado equiparar el parto a la conquista, como acto violento y de sometimiento. La redacción del primer párrafo debería indicar solamente que es el parto humanizado sin hacer alegorías y centrarse en los derechos de las mujeres. Mismas consideraciones aplican para la expresión “la permite que la mujer se sienta empoderada como protagonista, incentiva a confiar en su cuerpo y la capacidad natural de dar a luz.”

Existen en nuestro país antecedentes de iniciativas de reformas a la Ley General de Salud en el año 2016 y 2020, para establecer disposiciones sobre el parto humanizado y maternidad digna.

Por otra parte, se deberá establecer una definición médica de parto sin aludir al término “bebés”, así como también se sugiere el cambio de término “natural” por “biológica”. Actualmente el concepto de parto humanizado ha cambiado por parto amigable para la madre de acuerdo con la Coalición para Mejorar los Servicios para la Maternidad (CIMS por sus siglas en inglés “*Coalition For Improving Maternity Services*”).

Se considera discriminatorio hablar de la pareja, excluye a las madres autónomas (solteras) señalando que su bienestar no es suficiente para proponer una iniciativa. Se niega de facto la

posibilidad de familias lesbomaternales y otras diversidades. Por ello, el artículo 21 fracción III quitar la referencia a de la pareja

El término de “hacerla protagonista” resulta inapropiado por lo que se sugiere “reconocer y respetar las decisiones acerca de su parto”, ya que emplear el primer término se lee como una concesión y se coloca a las mujeres como sujetas pasivas.

Se sugiere modificar la definición del término de maternidad como la función reproductiva de las mujeres que comprende desde la gestación, embarazo, parto y puerperio, pues la maternidad es más compleja que está definición y deja fuera a las personas adoptantes y quiénes ejercen esta función como abuelas y otros cuidadores.

También se sugiere en las referencias bibliográficas actualizarlas, consultar bibliografía con más evidencia científica y unificar las referencias bibliografía de acuerdo a los formatos (APA, Vancouver etc.)

Por otra parte, se advierte una dificultad operativa en la asistencia en el parto del personaje denominado DOULA (falta de personaje sobre todo en instituciones públicas). Aunque históricamente las Doulas generalmente son mujeres, en la actualidad también existen hombres como acompañantes que fungen como Doulas y que no necesariamente son sus parejas.

Dado que evidentemente existe un abuso en la prescripción de cesárea y los riesgos que esta presenta, pese a que se han habilitado diversas estrategias para sostener el indicador de 30% quizá la de mayor peso sea someterlo a una segunda opinión proporcionada por el personal médico de jerarquía superior al que atiende a la paciente obstétrica. Es importante incluir y describir los beneficios del parto vertical y Fundamentar las complicaciones de la Cesárea

Consideraciones particulares

Dentro de los principios rectores es importante incluir la etapa post natal.

Artículo 2, debe considerarse la preconcepción como se señaló en la exposición de motivos en la página 5 de la iniciativa, numeral 6. Asimismo, resaltar la importancia de las citas.

Sugerencias en artículo 5 relativo al glosario incluir los siguientes conceptos:

- Acompañante.
- Conducción.
- Centro de nacimiento o maternidad.
- Morbilidad.
- Mortalidad Materna.
- Etapa perinatal.
- En mi opinión es mejor el termino de concepto que *conceptus*.

En este mismo artículo fracción XVI, analizar el término de Embarazo previsto en pues inicia en la fertilización del óvulo por un espermatozoide, se debe de revisar la legislación de fertilidad asistida.

En la fracción XIX relativo a la hora dorada, omitir palabra exclusiva.

En la fracción XXXV eliminar las porciones normativas de “política, educativa”.

En el artículo 8, relativo a la coordinación con Secretaría de Educación, no se están tomando en cuenta las instituciones de educación básica como lo mencioné al inicio.

Artículo 9 que refiere la difusión, eso corresponde a educación básica.

Artículo 11 fracción I, relativo a las atribuciones de la Secretaría de Salud, por qué solo embarazadas, si debe considerarse la política pública desde la etapa preconcepcional.

Artículo 18 sustituir el término prenatal por preconcepcional para dar congruencia.

Artículo 19 se debe precisar que es estimulación prenatal.

Artículo 20, tercer párrafo sea medianamente la lactancia eso es imposible por cuestiones clínicas.

Artículo 29, fracción I, en intervención quirúrgica, sería la cesaría electiva sin justificación, médica implica contradecir el parto humanizado y la sobre medicación además de conllevar un gasto de recursos humanos económicos mayor.

Artículo 34, fracción V, relativa a las bombas de leche, es importante que sean grados médicos para observar limpieza y buen funcionamiento.

El artículo 38 tiene un enunciado que médicamente es difícil de interpretar, a la letra dice: “Cuando las condiciones del embarazo no presenten riesgo y la mujer decida tener parto por cesárea, su voluntad finalmente se deberá respetar”. Pues si no es medicamento justificado esto pone en mayor riesgo el binomio madre-hijo, así como a los futuros embarazos, en el sector salud --- mayor costo de recursos humanos 4 lineamientos los cuales podrían aprovechar para procedimiento que si sean médicamente indicados a casos de emergencia.

Se entiende que a la mujer embarazada no se le debe obligar a tener un parto vaginal, solo sería pertinente aclarar que esta interrupción por demanda de la propia mujer embarazada debe cubrir aspectos esenciales en favor de la persona recién nacida, como son la edad gestacional de interrupción de embarazo.

En el artículo 41, fracción V, es lo correcto, sino podría incurrirse en violencia obstétrica.

En el artículo 48 incluir la parte académica de educación básica.

En el artículo 51, fracción III, relativo al programa Integral de apoyo a la maternidad, se sugiere omitir la porción normativa “motivarles”.

En el tema de las sanciones que refiere el artículo 56, se desconoce si habrá algún reglamento adicional, ya se menciona en el artículo 4 la supletoriedad, porque en lo que respecta al acto médico ya que hay legislación que sanciona la mala práctica y en lo particular, será difícil definir



el número de tactos vaginales, o si la dosis de oxitocina fue mayor que lo necesario, es decir, la intrusión de la legislación en el acto médico puede llevar a lo contrario, a un abandono de la vigilancia médica, por ejemplo, y por otra parte, ya hay prácticas abandonadas, como son la tricotomía vulvar o enemas evacuantes, por citar un par de maniobras totalmente inútiles y molestas en la atención de la mujer embarazada, aunque no está de más citarlas

Por otra parte, existe personal de apoyo, como en el caso de las *Doulas*, que debe exigirse la certificación en su función, en mi experiencia personal, puede ser un elemento de confusión en la atención derivado de la falta de conocimiento de sus atribuciones, interviniendo en el acto médico y propiciando un ambiente adverso para la mujer embarazada y su familia.

La iniciativa se apega a la práctica moderna de la obstetricia y a los compromisos internacionales de la materia, así como a la GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA: VIGILANCIA Y ATENCIÓN AMIGABLE EN EL TRABAJO DE PARTO EN EMBARAZO DE BAJO RIESGO. CENETEC; 2019 que es un instrumento maestro para estandarizar el proceso.

II. División de Ciencias de la Salud, campus Celaya-Salvatierra

Observaciones generales

1. Revisar aspectos formales como la ortografía y acentuación.
2. Describir las abreviaturas, cuando son citadas por primera ocasión.
3. Es preciso de antemano la revisión de fuentes documentales fidedignas que otorguen una clara noción de los conceptos analizados, las referencias de la 1 a la 6 corresponden a páginas de internet sin prestigio académico y científico, por el contrario son conceptos de un "blog", para ser una iniciativa es preciso sustentar con un enfoque técnico de los conceptos analizados, por lo que sugiero las siguientes fuentes:

Biurrun Garrido, A., & Goberna Tricas, J. (2013). La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía. *Matronas Profesión*, 2013, vol. 14, num. 2, p. 62-66.

Damas, L. B., Machado, R. S., Hernández, R. D., & Pérez, A. S. (2018). El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer. *Revista cubana de obstetricia y ginecología*, 44(3), 1-12.

Intriago, M. G. M., Alvarado, J. I. H., Gómez, F. E. P., Soledispa, G. L. G., Molina, M. D. C. Q., & Vera, B. N. T. (2018). Importancia y beneficios del parto humanizado. *Dominio de las Ciencias*, 4(3), 392-415.

Intriago, M. G. M., Acurio, I. J. T., Saltos, L. A. G., Guerrero, W. M. Q., Reyes, M. L. C., & Lara, M. M. Á. (2018). Parto humanizado como estrategia de salud pública en atención primaria de salud. *RECIMUNDO: Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento*, 2(3), 730-745.



4. Independientemente de la temática de sugiere utilizar la terminología médica apropiada. Ejemplo dar a luz (parir).
5. Clarificar o modificar la redacción que dice “sus deseos y expectativas para concluir el embarazo” dicha redacción da pie a cumplir con la expectativa de interrumpir en el momento que lo desee y/o solicitar la atención instrumentada (Cesárea)
6. Existe en México un MODELO DE ATENCIÓN A LAS MUJERES DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO. ENFOQUE HUMANIZADO, INTERCULTURAL Y SEGURO, en Guanajuato algunos hospitales se implementa el programa hospital amigo del niño y de la madre, que incluye el parto humanizado. Citado en párrafo subsecuentes. Por tal motivo se debe de cuestionar si es conducente o no una propuesta de ley sobre algo que ya existe e incluso se está aplicando.

Observaciones particulares

Es imperante establecer la figura y papel de la Doula en México, no sólo desde la descripción de sus competencias, formación académica, sino desde una clara figura laboral y competente en función de la labor que debe desempeñar, pues es claro que al figurar en la iniciativa desde sus bases conceptuales y desde las competencias que citadas en el documento son demasiado generales no es claro su rol en sentido operativo. Pues su figura en el país no suele ser clara y su función de “acompañamiento” es muy ambigua.

Es preciso destacar el papel de la enfermera dentro del equipo de salud en la atención de parto humanizado y no sólo de las parteras que no siempre son o tienen formación enfermera. Se sugiere considerar los perfiles de enfermería existentes de obstetricia y partería certificada para realizar la actividad; evitar crear otros perfiles como citan la *Doula*, además de que muchas de las mujeres prefieren el acompañamiento de un cuidador informal (cuidador familiar).

La Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud establece varias pautas que pueden ser consideradas, en los artículo 16 y 17 sobre la Promoción de la salud y la Educación en atención prenatal en torno a la función docente citada en la norma y los cuidados de enfermería de baja y mediana complejidad, pues es claro que la función docente de la enfermera además de la subdivisión de los cuidados en torno a si es enfermera general o especialista en ginecoobstetricia podría delimitar la promoción de salud y favorecer el seguimiento prenatal de la mujer, además de promoverse la capacitación en torno al Parto humanizado al profesional, técnico y auxiliar de enfermería que pudiera adaptar estos cuidados de baja y mediana complejidad en la atención prenatal favoreciendo el acompañamiento a la mujer gestante.

La figura de la Doula podría incluso ser sustentada como un acompañamiento que el personal de enfermería podría tomar y organizar, en función de que en sus cuidados puede prescribir cuidados de alta complejidad basada en los juicios clínicos derivados del proceso de enfermería. Convendría revisar las funciones citadas en la NOM-019-SSA3-2013, en el punto 6. De la prestación de servicios de enfermería, aspectos particulares. Revisando claramente la delimitación si es que podría ser orientada en los puntos 6.1 a 6.7.



No es aplicable el término de *hora dorada*, ya se usa en salud como: hora dorada (*Golden Hour*) al momento principal donde se pueden salvar las vidas de los pacientes lesionados y en donde se debe recibir atención rápida, oportuna, eficaz dentro de la primera hora de la lesión.

En el artículo 5 falta incluir la definición de maternidad digna.

En el artículo 7 relativo a la Secretaría de Salud y las garantías, se sugiere realizar campañas de prevención de los derechos de las menores de 15 años en situación de embarazo que incluyan ... abstención del uso de sustancias ... etc.

En el artículo 9 se observan imprecisiones en la redacción como cuáles instancias y qué tipos de conflictos.

En el artículo 10 referente a las atribuciones del Poder Ejecutivo, se insiste que ya existe un programa.

En el artículo 11 relativo a las atribuciones de la Secretaría de Salud, la mayor parte de ellas ya se aplican, inclusive existen los grupos de apoyo a jóvenes.

En el artículo 12, de las atribuciones de la Secretaría de Educación, para que se cumpla lo que se propone inicialmente se debería de contar con un área de salud, con mínimo una enfermera para que se realicen las acciones que se plantean.

En el artículo 29 se sugiere agregar el derecho que se realicen procedimientos libres de riesgos, realizados por profesionales.

En el artículo 40 delimitar que la discriminación no debe ser ejercida hacia la mujer por cualquier condición: origen étnico, orientación sexual, edad, discapacidad, condición social o económica, religiosa, multiparidad, de opinión o incluso por su estado civil.

En el artículo 41 considerar como presunción de violencia todo acto que intimidación o comentarios ofensivos respecto a las expresiones de la mujer a causa del dolor de parto, sobre su vida íntima o sobre su condición de ser mujer.

En el mismo artículo 41 citar en una fracción como presunción de violencia el acto de proveer un método de planificación familiar sin haber informado a la mujer sobre sus posibilidades y obstaculizar la libre elección.

En el documento se aborda toma de decisiones en la atención del parto humanizado desde una visión reduccionista y limitada a la madre y en algunos casos considerando al binomio (madre-hijo), dejando de lado y de forma limitada la participación del padre.
Se sugiere ampliar el cuidado del binomio durante el puerperio inmediato.

III. División de Ciencias Naturales y Exactas, campus Guanajuato

La Iniciativa de Ley de Protección al Parto Humanizado y a la Maternidad Digna del Estado de Guanajuato, cuyo objeto es garantizar y proteger los derechos de la mujer durante el

embarazo, parto y puerperio, los derechos de las niñas y niños desde la gestación, durante el nacimiento y la primera infancia. Es sumar esfuerzos de todas las instituciones de salud para que se logre una adecuada protección y cabe mencionar que el Instituto Mexicano del Seguro Social tiene una Guía de Práctica Clínica para VIGILANCIA Y ATENCIÓN AMIGABLE EN EL TRABAJO DE PARTO EN EMBARAZO DE BAJO RIESGO.

- Crear la Ley de Protección al Parto Humanizado y a la Maternidad Digna del Estado de Guanajuato, marca el referente para que las instituciones de salud, tanto públicas como privadas otorguen una atención adecuada en todos los ámbitos Bio - Psico - sociales de la mujer embarazada.
- El acompañamiento de la mujer embarazada, se debe dar por personal altamente calificado como es el caso de licenciados en Enfermería y Obstetricia, ya que su perfil de egreso es justamente el cuidado humanizado a la mujer embarazada.
- El acompañamiento de la mujer y la participación del padre, en trabajo de parto, debe ser decisión de la mujer si está acepta el acompañamiento del padre de su hijo. En algunas ocasiones el padre no está presente en la vida de la mujer y otras ocasiones prefieren a otro familiar o amiga.
- Además, este acompañamiento debe continuar en el proceso de Lactancia Materna, esto es por qué estudios han demostrado que el abandono de la lactancia materna exclusiva es del 70% de la población, por que presentan complicaciones y falta de apoyo, esto no pasaría si la mujer lactando, tiene apoyo de asesoras en lactancia para ayudarla.
- Se sugiere que la Red de Apoyo a la Maternidad, este integrada por personal calificado y con experiencia clínica, además de personas de la población que tengan experiencia en maternidad.

IV. Defensoría de Derechos Humanos en el Entorno Universitario

Una vez analizada la iniciativa en comento se considera que la misma es ambigua pues no señala como tal el concepto de la violencia obstétrica siendo este tipo específico de violencia contra la mujer es la que se contrapone directamente al concepto de parto humanizado, de igual manera no se le da la suficiente relevancia al derecho al acceso a la salud condicionando la atención médica a las mujeres embarazadas a que “no cuenten con ningún tipo de seguridad social previo estudio socioeconómico”, de igual manera dentro de los derechos de las mujeres durante el embarazo no se establece el de “recibir un trato digno y respetuoso”, finalmente es ambigua en el “capítulo VIII infracciones y sanciones” puesto que no establecen con claridad cuáles son las infracciones y cuál es la sanción que le corresponde a cada una de ellas; por lo que a efecto de ejemplificar lo anterior se enlistan las siguientes observaciones:

- **“Artículo 3.** Son principios rectores de la presente Ley:

I. *El interés superior del niño;(...)"*

Se considera que el término adecuado en la fracción primera sería: "El interés superior de la niñez".

- **"Glosario"**

Artículo 5. *Para los efectos de esta Ley, se entenderá por: (...)"*

Dentro del glosario contenido en el artículo 5, a la vista de esta Defensoría resulta importante que el mismo contenga el concepto de "violencia obstétrica".

- **"Artículo 11. Atribuciones de la Secretaría de Salud del Estado:**

I. *Brindar atención médica a la mujer que no cuente con ningún tipo de seguridad social previo estudio socioeconómico, promoviendo su afiliación a los sistemas de salud federal y estatal vigentes, durante:*

a) *El embarazo, consistente en revisiones periódicas con el objetivo de verificar el desarrollo de este, así como el estado de salud tanto de la mujer gestante como del concepto;*

b) *El parto, brindar atención médica necesaria y atender cualquier emergencia obstétrica que se presente; y*

c) *El puerperio, brindar atención médica a la madre en caso de ser necesario, así como el seguimiento al desarrollo de la persona recién nacida y la detección oportuna de enfermedades neonatales aplicando los esquemas de prevención necesarios (...)"*

Se considera que la fracción primera de este artículo podría ser violatoria de derechos humanos, puesto que no se puede condicionar el otorgamiento de atención médica a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio a que las mismas no cuenten con ningún tipo de seguridad social o al resultado de un estudio socioeconómico, puesto que el Estado está obligado a garantizar el derecho al acceso a la salud, siendo esta obligación de especial importancia cuando se presentan emergencias obstétricas y, por circunstancias ajenas a las mujeres, el lugar más cercano o idóneo para recibir atención médica lo es una institución de la Secretaría de Salud del Estado.

- **"Artículo 21. La mujer embarazada tiene derecho a:**

I. *Consultas médicas previo estudio de trabajo social, a consultas médicas, exámenes de laboratorio, ultrasonidos, atención ginecológica, orientación psicológica y psiquiátrica hasta el puerperio, así como orientación y vigilancia en materia de nutrición, a través de los sistemas estatal y federal de salud públicos o privados;(...)"*

Respecto de la fracción primera de este artículo, se realiza la misma precisión respecto a que no se puede condicionar la prestación de la atención médica por parte del sector público a la elaboración de un estudio socioeconómico.

- **"Derechos de mujeres embarazadas sujetas a prisión preventiva**



Responsabilidades

Artículo 54. *Las violaciones a los preceptos de esta Ley serán sancionadas administrativamente por las autoridades sanitarias y educativas correspondientes, en los términos que al efecto establezca la Ley General de Salud, la Ley de Salud del Estado de Guanajuato, la Ley de Educación para el Estado de Guanajuato, según corresponda, sin perjuicio de las penas que implique cuando sean constitutivas de delitos.”*

Por lo que hace a este capítulo no se establece con claridad cuáles son las infracciones en las que se pueden incurrir y cuál es la sanción que le corresponde a cada una de ellas, por lo que no existe certeza jurídica respecto de la aplicación de dichas sanciones.

Aportaciones a la iniciativa de Ley para la Atención y Tratamiento Integral de las Adicciones para el Estado y los Municipios de Guanajuato

I. División de Ciencias de la Salud e Ingenierías, campus Celaya-Salvatierra

Reconocemos el grado de responsabilidad que conlleva y en atención a ello nos permitimos enunciar en la presente algunas consideraciones con respecto a ella, esperando coadyuvar en las instancias y finalidades que enmarcan con la sinergia requerida para afrontar tales problemáticas de orden de salud.

Como parte de la labor que hacemos en el aula y aprovechando la oportunidad que se nos otorga, resaltamos algunos puntos que nos parecen relevantes antes de iniciar con las observaciones más concretas resultantes del análisis de la iniciativa.

Aplaudimos el hecho de que se busque procurar la atención integral del fenómeno de consumo de sustancias y regular los establecimientos conocidos como anexos, ya que esto vela por los derechos humanos del consumidor y comprende dicha condición como un problema de salud pública. Reconocemos además la encomienda de fortalecer factores de protección, así como promover estrategias de reducción de daños, ya que dichas estrategias han mostrado resultados favorables.

Sería muy importante aumentar esfuerzos para brindar información a la ciudadanía sobre las distintas modalidades de tratamiento y las instituciones que brindan dichos servicios, ya que no siempre ubican las instituciones que ofrecen atención especializada (como CAPA o CIJ) y, por otro lado, es muy común escuchar que la primera alternativa que ubican para “tratar a su adicto” (discurso cargado de estigma) son los anexos, lugares que, como se menciona en la iniciativa, no cuentan con la regulación necesaria para ofrecer una abordaje integral y multidisciplinario al fenómeno de consumo de sustancias.

El acceso al sistema de salud también es algo en lo que debemos trabajar. Igual de relevante también desarrollar programas de reinserción social más completos, sobre todo en el sector laboral, ya que aún es muy común que la primera acción que toman las empresas cuando tienen conocimiento de un empleado con consumo es la represalia o, en su caso, el despido, en lugar de ofrecerle la oportunidad de atender dicha problemática, así como sucede con cualquier otro padecimiento.

Creemos que esto se puede resumir en la necesidad de tener un proceso de desestigmatización del consumidor, ya que, al asignarle atribuciones negativas en función del consumo, se le margina y excluye en lugar de tenderle la mano. La mayoría de los consumidores no se animan a asistir a tratamiento por el miedo a la sanción.

Es innegable la necesidad de que se comprenda al consumidor en todas sus esferas, como un ser bio-psico-social y todo lo que conllevan estas dimensiones, para así comprender la amplitud y transversalidad del fenómeno del consumo. Por eso, el abordaje de las adicciones debe ser a partir de un trabajo multi-inter-transdisciplinario, donde el objetivo no sea tener muchos profesionistas en el equipo, sino que articulen entre ellos sus disciplinas para comprender el fenómeno del consumo, que cada uno aporte algo que en conjunto con los demás se vuelva útil para el programa y la resolución del problema.



Para que esto funcione, se debe promover el trabajo en Red, cuya interacción esté cimentada en la horizontalidad y descentralización del poder, reticulando la información y las funciones de manera equitativa resignificando el valor del individuo mismo. Esto se debe reflejar no solo a nivel equipo, también a nivel organizaciones, debemos procurar la interacción entre sectores público, político, de salud y económico, pues es la única manera en que el fenómeno de las adicciones no rebase los dispositivos sociales. Red significa mayor alcance de las acciones preventivas.

Los cambios en el marco legal o de regulación deben ir acompañados de acciones en el marco de la prevención y la educación, así como en la reducción de daños y la mejora de los programas de tratamiento existentes, ofreciendo un abordaje integral y no estrategias aisladas o parciales, como la iniciativa lo pretende.

Algo que revisamos en la iniciativa y en lo que nos permitimos puntualizar, es en compromiso de incrementar las acciones orientadas hacia informar a la población en general pero también a los profesionales de la salud en el tema de las adicciones, el proceso adictivo, la estigmatización, los servicios de salud, así como recomendaciones para padres de familia para prevenir el consumo en adolescentes e identificarlo oportunamente si ya está presente.

Deconstruir los prejuicios y estigmas que envuelven a las drogas y al consumidor de igual forma es importante, deshaciendo las etiquetas de delincuente, marihuano, drogo, marginado, basura, etc., con las que se sigue señalando a los consumidores.

La labor comunitaria también se vuelve imprescindible, pues debemos comprender el contexto actual por el que estamos atravesando, ya que los cambios de paradigmas repercuten en todas las esferas de la sociedad. Muchas veces la prevención se da de manera unidireccional, el preventor supone lo que necesita la comunidad o población y va y realiza su intervención, cuando esta labor debería ser bidireccional, reconociendo primero el entorno y sus necesidades y con base en esto, diseñar un plan de intervención con las acciones que solventen dichas necesidades. Esto está sucediendo con el proyecto "Planet Youth Guanajuato" y recomendamos el trabajo colaborativo con este tipo de programas.

Apostarle a la promoción de la salud como la principal estrategia preventiva en lugar de "infundir temor" en la población, proveerle a la ciudadanía herramientas para afrontar situaciones de riesgo, resolución de problemas, tolerancia a la frustración, manejo de emociones y desarrollo de habilidades socioafectivas, que funjan como factores de protección, ya que la insuficiencia en estas habilidades es una constante en las problemáticas de consumo de drogas.

Ahora bien, de forma más concreta, nos permitimos enunciar las siguientes observaciones:

1. En la página número 12, dentro del glosario, se define convenientemente el concepto de Adicción. Sin embargo, se pretende emplear como sinónimo el concepto dependencia, siendo esta última un síntoma de la primera, por ello resulta inapropiado técnicamente considerarlas sinónimos.
2. En la página 12, dentro del glosario, se define convenientemente los términos de Centros de tratamiento, sin embargo, para fines de evitar polisemias interpretativas convenga precisar que éstos por su tipo de atención se pueden clasificar en

ambulatorios y residenciales, ya que ofrecen diferentes servicios y se incluye al usuario en función de la evaluación de su consumo.

3. En la página 14, dentro del apartado VII para evitar polisemias interpretativas convenga precisar a qué tipo de establecimientos se refiere (ambulatorios, residenciales o ambos).
4. En la página 17, dentro del artículo 10, convenga para fines de inclusión de información científica innovadora en temas de adicciones, la inclusión de Académicos de la UG, o en su caso un Cuerpo de investigadores consolidados en el tema, ya que esto enriquecería la labor del Consejo, abordando el fenómeno de forma integral y objetiva. Además, procurar la participación activa de todos aquellos profesionales que se dedican al trabajo con adicciones.
5. En la página 24, el artículo 23 sobre la parte final intenta especificar criterios sobre la ubicación, sin embargo, se señala que se basarán en un estudio epidemiológico de alcoholismo, condición que habría que corroborar su concordancia con algún estudio epidemiológico de algunas otras sustancias. Para ello convenga esclarecer los mecanismos, así como los sujetos encargados de dichos estudios.
6. En la página 25, el artículo 24 en su apartado IX señala convenientemente la expedición de reportes que como recomendación podrían ser unificados u homologados a la información que se solicita de manera formal a las instituciones que actualmente rinden informes federales de ello.
7. Sería importante expresar de forma detallada los requerimientos, por ejemplo, el establecimiento debe contar con un equipo multidisciplinario que ofrezca una atención integral, el cupo debe ser regulado, ya que es muy común la sobrepoblación en los anexos.

En el capítulo 4 no quedan claras las tres secciones del programa, supongo es cuestión de redacción para separar programa de tabaquismo y programa de farmacodependencias. Una de las obligaciones de los establecimientos debería ser incorporar algún programa de registro o de seguimiento a los pacientes y a sus familiares después del alta, sistematizar estos datos ayudará a entender la problemática de consumo, dado la enorme cifra de recaídas.

Sobre los derechos de los pacientes hablan de respeto a sus derechos humanos, se entiende el derecho a no ser violentados, pero solo se especifica la discriminación y no se especifica la "no violencia" tema común en anexos. Por lo que una estrategia puede ser, no solo contar con el reporte de los establecimientos, sino también con un registro y evaluación del trato que les dé voz a los pacientes rehabilitados durante y después de su alta. Sistematizar un registro, y que quizá este registro no tenga que pasar por el establecimiento mismo. Al hablar de atención integral, se menciona contar con médicos, psiquiatras y psicólogos en cada establecimiento, pero es importante la consideración de otras disciplinas y profesionales involucrados como nutriólogos, etc.

II. División de Ciencias Naturales y Exactas, campus Guanajuato

La iniciativa de Ley para la Atención y Tratamiento Integral de las Adicciones para el Estado y los Municipios de Guanajuato es de suma importancia, por el problema real, potencial y creciente que se vive en el Estado, actualmente el consumo de drogas lícitas y no lícitas se está iniciando en la población infantil a muy tempranas entre 8 y 10 años.

- En el Artículo 1 dicta ser de orden público y de interés general por regular la atención y tramonto integral de las personas con adicciones, es de suma importancia que se regulen los centros de atención tanto públicos como privados. Exigir que sea establecimientos regulados por la Secretaría de Salud, que cuenten con un responsable del ámbito medico con experiencia en el tema, registro y cedula profesional, los establecimientos contar con personal médico, enfermería, psicología, nutrición, psicología, trabajo social para abordar al paciente con el grupo multidisciplinario y de manera integral. Además, contar con personal en materia de derecho, para salvaguardar los derechos y obligaciones de la población atendida.
- La implementación de estrategias, acciones y medidas deben estar enfocadas en la población infantil, ofreciendo alternativas para planear y enfocarse en su proyecto de vida a corto y largo plazo.
- Al diseñar y evaluar los procedimientos y criterios de los servicios, que estos sean elaborados por personal altamente capacitado y actualizado en materia de adicciones y población infantil.
- Al promover la participación social, debe estar ampliamente organizado y reglamentado el apoyo de la población en general.

III. División de Ciencias de la Salud, Departamento de Psicología, campus León

Capítulo I – Disposiciones generales

Artículo 2:

- II. Las acciones de prevención deben ser focalizadas, considerando que la prevención universal sirve para poco más que alertar a la población sobre un problema de consumo. Importa referir, que para una prevención focalizada es necesario que se realicen evaluaciones psicosociales para que se piensen las estrategias desde las necesidades de la población.
- III. Las adicciones son una enfermedad – DSM V, Trastornos Relacionados con Sustancias, creo que aquí la idea sería enfatizar que la enfermedad existe, o sea, considerar las adicciones como un problema grave y continuado con afectaciones en la Salud y en el Gasto Público.
- IV. Este proceso debe ser asegurado por un grupo multidisciplinario y cada especialista, en su área de intervención, podría aportar datos relevantes y complementarios a la demás información. Creo que los aspectos asociados al trato son muy importantes para que el tratamiento funcione, así los profesionales deben trabajar con base en una comunicación asertiva, gestión de tiempo, priorización de tareas, saber decir que no (de manera correcta), entre otros



aspectos. De igual forma, estos espacios carecen de motivación para la adherencia terapéutica, siendo que con algunos cambios se puede generar mayor adhesión, por ejemplo, la disposición del espacio o del mobiliario, los colores, etc. No son sugerencias exageradas, si pensamos que, en su gran mayoría, estos jóvenes o adultos no tienen red de apoyo o proyecto de vida que les haga querer salir de la adicción.

Capítulo II – Autoridades competentes

Artículo 7:

- I. Apenas incidir en que la libre decisión siempre estará asociada al estado de la persona en tratamiento. En general, mucho de los aspirantes a tratamiento son adictos crónicos y como tal, pueden presentar importantes alteraciones en las funciones cognitivas o incluso, enfermedades mentales asociadas, de tal manera que no sean capaces de decidir de forma asertiva para su propio bienestar. En estos casos, creo que el apoyo de la familia es indispensable, pero por desgracia, los familiares no siempre están disponibles para ayudar.

Una vez realizada la lectura del documento en su totalidad, me he tomado la libertad de expresar algunos aspectos que me parecen importante para colmar los procesos que se desarrollan en la iniciativa de ley, o sea, que en lo posible, pudieran ser más objetivos.

GENERAL

Sistematización y monitoreo – aunque se refieran con frecuencia a la sistematización y monitoreo de los procesos, creo que importa especificar, siendo que la información se encuentra sistematizada en lo que concierne a los expedientes; sin embargo, la falta de adherencia terapéutica hace con que los pacientes con trastorno adictivo pasen por más de una institución residencial o ambulatoria durante su proceso. Algunos pacientes han estado hasta en 11 centros de desintoxicación. Esto amerita un sistema único de intervención y validación de los expedientes:

- a) Que sean expedientes generalizados para todo el Estado, evitando la constante repetición de preguntas y procesos en situaciones recurrentes;
- b) Que los datos personales, sociodemográficos, médicos y psicológicos sean los mismos en cualquier expediente del Estado;
- c) Que las pruebas aplicadas por psicólogos sean compatibles con los programas, es decir, que sigan una teoría coherente. Si la orientación para intervenir psicológicamente con estos pacientes es cognitivo-conductual, las evaluaciones y estrategias deben igualmente basarse en la misma orientación, evitando prácticas que no tienen evidencia científica;
- d) Que los intervinientes sean psicólogos especializados, las adicciones son un fenómeno complejo que requieren de conocimiento y experiencia;
- e) Que existan al menos, en cada institución, especialistas o subcontratación de psicólogos, médicos y trabajadores sociales;
- f) Que exista una base de datos común desde Secretaría de Salud, para que cuando un paciente cambie de institución, no se tengan que repetir procesos y evaluaciones.

- g) Crear un manual de procedimiento único para los procesos de intervención y prevención en el Estado de Guanajuato.

Asistencia – que los profesionales de la salud sean especializados y que el trabajo realizado por pasantes y practicantes sea supervisado por dichos profesionales especializados. Que el número de pacientes por persona cuidadora, psicólogo, médico y trabajador social, sean realista. Un psicólogo no debe ver a más de 8 pacientes diario, como máximo. Cada residente debe tener un expediente único y multidisciplinario, y que únicamente pueda ser consultado por los profesionales que están a cargo de su atención.

Actividades diversas, alimentación y ejercicio físico – son necesarios espacios propios para que se desarrollen actividades culturales, profesionales, educativas y por supuesto, de diversión, espacios que permitan el ejercicio físico monitoreado, y una alimentación de acorde con la energía que necesitan para realizar sus actividades diarias.

Transición – el proceso de salida de la residencia es importante, debe tomarse en cuenta que las personas recuperadas de su adicción regresan inevitablemente al mismo entorno, y en este sentido, la transición, que no se refiere a la integración social, implica la capacidad de entreayuda entre organismos públicos, con el propósito de proporcionarles, siempre que necesario, una alternativa a su entorno. Se ha podido verificar que las estrategias de afrontamiento son insuficientes cuando las personas rehabilitadas regresan a entornos con demasiados estímulos para la recaída.

Canalización – si los protocolos de evaluación son objetivos y estandarizados permitirán que se diferencien personas con un Trastorno Relacionado con Sustancias de personas que presenten patología dual, es decir, que tienen un diagnóstico de Trastorno Relacionado con Sustancias y otro diagnóstico psiquiátrico, y que, como tal, deberían ser atendidos en espacios específicos, como sea un Hospital de Salud Mental.

Adicciones no químicas - igualmente, sugiero que la ley contemple toda la adicción, las sustancias psicoactivas son evidentemente las que más piden atención, pero las adicciones no químicas son también muy importantes, adicción al internet, al juego, al sexo, etc.

Interculturalidad - Guanajuato es un Estado que recibe muchas personas, tanto del extranjero como nacionales que estuvieron muchos años migrados, y que necesitan de procesos de prevención y actuación específicos.

Existen muchas otras sugerencias en el ámbito clínico, sin embargo, sería importante conocer las limitaciones legales y socioculturales. Sabemos que la teoría abarca una parte importante de todos los procesos que implican un cambio conductual, pero no todas las propuestas son factibles, estas dependen de las directivas políticas (políticas públicas), sociales, económicas y culturales. En este sentido, sugiero la creación de un comité que pueda apoyar en la producción de modelos de intervención, prevención y procesos de acciones en lo que concierne a las adicciones.

Comité Multidisciplinario de Expertos en Adicciones

Desde mi experiencia, creo que sería importante que se considerará un comité de expertos, pensando, por supuesto, en investigadores con evidencia de trabajo en esta área y en tópicos de interés para la población del Estado de Guanajuato. Este comité podría apoyar en la creación de programas y de estrategias tanto de intervención como de prevención. Los programas existen, pero pienso que en su mayoría no están indicados para las características de la población, los programas deben ser contruidos desde el respeto por las peculiaridades sociales y culturales de cada región.

Finalmente, no me gustaría dejar pasar esta oportunidad para proponer la única forma efectiva de disminuir o extinguir conductas indeseables:

Combate a la conducta adictiva – invertir en programas psicoeducativos, sobre todo talleres, creados y validados con la población de nuestro Estado, para la inducción del pensamiento crítico y la capacidad emocional, para saber decir que no. Estos programas son muy efectivos, pero tienen un procedimiento muy riguroso, deben iniciarse en el Kinder y deben mantener la continuidad generacional en primaria, secundaria y preparatoria. Por fortuna existen ejemplos y modelos que podían servir de base, esencialmente, desde la neuropsicología.

Aportaciones a la iniciativa de Ley de Prevención y Atención del Suicidio para el Estado y los Municipios de Guanajuato y de adición al artículo 27, fracción I, inciso h de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado de Guanajuato

I. División de Ciencias Naturales y Exactas, campus Guanajuato

La creación de la Ley de Prevención y Atención del Suicidio para el Estado y los Municipios de Guanajuato, con el objeto de disminuir la incidencia y prevalencia del suicidio en el Estado, a través de la prevención, asistencia y posvención de las víctimas y sus familiares.

- Es imperante esta iniciativa, por el problema grave y creciente que se está presentando en Guanajuato en la población infantil, adolescente y adultos jóvenes, cabe mencionar que este problema ya tiene mucha incidencia, que la pandemia del Covid y las medidas de no asistir a las instituciones educativas y permanecer en casa y en aislamiento, aumento estos comportamientos y además agravo los problemas familiares y con ello la salud mental de la población, el maltrato, agresiones en la familia que desencadenen y terminen en intentos de suicidio y en otras en la muerte.
- La coordinación entre instituciones debe estar presente siempre, entre las instituciones educativas y las instituciones de salud, para realizar trabajo conjunto de prevención y de detección oportuna y con ello tratamientos e intervenciones oportunas en temas de salud mental.
- Que las instituciones de salud cuenten con protocolos de atención a estos pacientes, que incluyan intervenciones, tratamientos, seguimientos y establecer planes de alta para la vigilancia continua del personal de salud, familia, maestros y población en general.



- Que las instituciones de salud garanticen y otorguen una atención, a cargo de un grupo multidisciplinario para una atención integral Biopsicosocial al paciente y la familia.
- Las redes de apoyo están coordinadas por personal de salud, docentes, gobierno y sociedad civil.

II. División de Ciencias de la Salud, campus Celaya-Salvatierra

La situación de pandemia que vivimos actualmente, derivada de la propagación del virus SARS-CoV-2 que origina la enfermedad de COVID-19, ha impactado a la humanidad de manera impresionante, las cifras que se reportan de pérdidas humanas a causa de esta enfermedad han rebasado por mucho cualquier predicción al respecto.

Desde la OMS se ha puesto énfasis en la atención a la Salud Mental, como un recurso que brinde cierto soporte emocional y psicológico a las personas más vulnerables a sufrir los efectos de dicha contingencia sanitaria.

Identificar y atender conductas relacionadas con el intento suicida como en la prevención del acto en sí, son acciones en las que los profesionales de la salud se han visto involucrados en los últimos meses.

Los factores de riesgo suicida, como la aparición de desórdenes en el estado de ánimo, pérdida de la seguridad económica, dificultades en las relaciones familiares propiciadas por el aislamiento forzado, la pérdida de seres queridos, la disminución de las habilidades sociales y un menor apoyo social percibido, entre otros, deben tomarse en cuenta y atenderse de forma puntual desde una perspectiva de atención integral.

Establecer protocolos que guíen la intervención puede solucionar en gran medida la problemática del suicidio, partiendo de la promoción del cuidado de la salud mental, se puede desmitificar la atención a los desórdenes psicológicos que pueden presentar las personas más vulnerables que están sufriendo los estragos de la pandemia.

Cabe mencionar que la Secretaría de Salud, a nivel nacional, brinda atención puntual a esta problemática, a través de la página DINAMICAMENTE:

<http://www.dinamicamente.mx/programa-de-prevencion-y-atencion-a-la-conducta-suicida/>

Desde nuestra perspectiva como profesionales de la salud, la iniciativa de Ley de Prevención y Atención del Suicidio para el Estado y los Municipios de Guanajuato puede y debe marcar un importante referente que permita dar seguimiento a la creación, divulgación y aplicación de Protocolos de Intervención en la problemática de la Conducta Suicida.

RECOMENDACIONES

Página 9 con referencia a la edad del “hijo” cambiar 23 por 21

Página 11 cambiar “ss” por “es”

PROPUESTAS

Página 16

- “Desarrollar las disposiciones y programas de carácter general para la prevención y atención del suicidio posvención;”
- Refiriéndose a posvención según el glosario como: “**Posvención:** acciones e intervenciones posteriores a un acto o conducta autodestructiva, destinadas a trabajar con las personas, familia o instituciones vinculadas a la persona que se privó la vida;”, por lo que no queda claro si esta atención por parte de secretaria se dará también a la persona que su acto suicida fue fallido.
- En el párrafo “Difundir las instituciones que brindan apoyo, orientación y atención a las personas con depresión, tendientes a la conducta suicida”, no solo la depresión sino también ansiedad y otros tipos de trastornos dan como consecuencias conductas suicidas.
- Podría apoyar viendo desde el DSM5 cuales son los TRS con mayor prevalencia al suicidio.

Página 19

- En el párrafo “Desarrollar campañas de concientización sobre el suicidio y sobre sus factores de riesgo, a través de los medios de comunicación;”
 - Concientizar no es un objetivo que se pueda evaluar.
 - En esta parte se podría incluir lo de la línea de emergencia como parte de esta difusión con los medios.

Página 20

- En el párrafo “No publicar de la víctima: fotografías, videos, descripción del medio que utilizó para quitarse la vida, ni imágenes de la escena del suceso;” están dejando fuera a las redes sociales, estas son los medios que más utilizan los jóvenes y adultos jóvenes (no tenemos fuente de referencia, pero si bastantes estudiantes), la tv, radio, etc... están en segundo plano.

Página 21

- Párrafo “Informar en relación con factores de riesgo y señales de alarma;” sería importante especificar los tipos de factores de riesgo: genéticos, fisiológicos, ambientales, temperamentales.
- Nuevamente en el párrafo “Transmitir la frecuente asociación entre depresión y conducta suicida, y que la depresión es un trastorno tratable”, excluyen a la ansiedad.

Página 22

- “Se deberá priorizar la asistencia de los niños, niñas y adolescentes sin ningún tipo de menoscabo o discriminación.”, y qué pasa con los padres de familia.

Página 23

- “Artículo 19. La secretaría deberá implementar los procedimientos posteriores a conductas suicidas, para asistir y acompañar a las personas, familia o instituciones

vinculadas a la persona que se privó de la vida.”, en este caso qué sucede con los que sobreviven.

Página 24

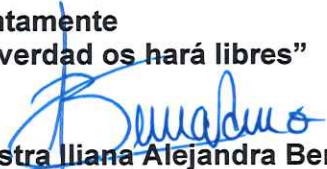
- “Además, dentro de sus actividades prevalecerá un intercambio de experiencias por la pérdida de un familiar o intento de suicidio.”, en esta norma sería importante especificar quién estaría a cargo de estos grupos, un perfil, ya que podría pasar que dejen a personas sin la preparación de llevar grupos de este tipo.
- En el glosario, es necesario diferenciar idea suicida, tentativa suicida conducta suicida y riesgo suicida, ya que se están expresando como sinónimos.
- Evitar el uso de inferencias donde se determina que la persona con depresión tiende al suicidio. No se puede generalizar.

Sin más por el momento, le reitero el compromiso que la Universidad de Guanajuato siempre ha tenido en los trabajos de colaboración con el H. Congreso de nuestro Estado.

Reciba un cordial saludo.

Atentamente

“La verdad os hará libres”



Maestra Iliana Alejandra Bernardino Cruz
Abogada General
Universidad de Guanajuato

C.c.p. Dra. Cecilia Ramos Estrada. Secretaria General de la Universidad de Guanajuato. Presente.