

Que reforma y adiciona el artículo 17 Bis de la Ley General de Salud, a cargo de la diputada Claudia Sofía Corichi García, del Grupo Parlamentario de Movimiento Ciudadano

La suscrita, Claudia Sofía Corichi García, diputada federal integrante del Grupo Parlamentario de Movimiento Ciudadano en esta LXIII Legislatura del honorable Congreso de la Unión, con fundamento en los artículos 71, fracción II, y 78 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; y 55, 176, 179 y demás aplicables del Reglamento para el Gobierno Interior del Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos, somete a consideración de esta asamblea iniciativa con proyecto de decreto por el que se reforma la fracción XIII, y se adiciona la fracción XIV al artículo 17 Bis de la Ley General de Salud, al tenor de lo siguiente

Exposición de Motivos

I. Diariamente el avance científico y tecnológico aporta nuevos beneficios a la vida humana y en particular a la salud. El diagnóstico como parte esencial de la práctica médica y científica, se halla por lo tanto en constante mejora y perfeccionamiento. Sin embargo a pesar de estos avances, subsisten problemas derivados de las limitaciones que en la práctica presentan, tanto instituciones, médicos y usuarios, para llegar a diagnósticos correctos y oportunos, que en muchas ocasiones son la diferencia entre la vida y la muerte.

II. Diversos estudios han reflejado que en México, la mayoría de las quejas presentadas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, son relativas a las intervenciones quirúrgicas y al proceso de diagnóstico¹. Dicha situación se torna aún más compleja si se considera que de las casi 1700 quejas anuales presentadas ante esta entidad, sólo el 10 por ciento culminan con un laudo en favor de los afectados, y sólo un 5 por ciento emite sanciones a las instituciones o médicos responsables de dichos agravios, ya sea por acción y omisión.

De los 245 casos que revisó la Conamed en 2014 por ejemplo, en 155 se documentaron errores en la elaboración del diagnóstico, es decir, que el 63% de los diagnósticos en los que se presentaron quejas por cualquier motivo, hubo “evidencia de mala práctica”.

III. Una tesis aislada del Séptimo Tribunal Colegiado en materia civil del Primer Circuito, con el identificador: I.7o.C.73 C; señala que:

“Existen tres tipos de error de diagnóstico: a) Por insuficiencia de conocimientos o ignorancia, en el que el médico elabora un diagnóstico errado como consecuencia de la falta de conocimientos; b) Por negligencia,

en el que el médico, por inexcusable falta de cuidado, no recabó la información usual y necesaria para la elaboración acertada del diagnóstico; y, c) Científico, donde el médico aun contando con los insumos necesarios se enfrenta a fallas del equipo médico, o a un cuadro clínico complejo y confuso que supone síntomas asimilables a más de una patología, por el que emite un diagnóstico incorrecto.

Esta tesis pone en relieve la importancia de reconocer las variables que intervienen en el diagnóstico de alguna patología, que van desde las técnicas, hasta las imputables al personal médico.

IV. Otra tesis aislada del Cuarto Tribunal Colegiado en Materia Administrativa del Primer Circuito con el identificador I.4o.A.64 A (10a.) señala que:

“...una interpretación errada de los hechos clínicos por parte del médico puede llevar a un diagnóstico erróneo que, aunque no exime de responsabilidad al médico que lo comete, no reviste la gravedad de la negligencia médica, por lo que se habla entonces de un error excusable, pues lo que se le pide al “buen médico” es aplicar sus conocimientos, habilidades y destrezas con diligencia, compartiendo con el paciente la información pertinente, haciéndole presente sus dudas y certezas, tomando en cuenta sus valores y creencias en la toma de decisiones y actuando con responsabilidad y prudencia”.

Ambas tesis reflejan que la acción de diagnosticar un paciente puede revestir ciertas complejidades y particularidades que deben ser minimizadas a través de la estandarización, y la vigilancia con una doble finalidad, evitar las complicaciones legales al personal médico, y prioritariamente evitar problemas o complicaciones de salud a las o los pacientes.

V. En el caso de enfermedades como el cáncer de mama por ejemplo, un mal diagnóstico puede traducirse en que las pacientes se presenten tiempo después al médico, en etapas avanzadas del padecimiento, lo que pone en grave riesgo su vida. Tipos de cáncer como el de mama y el de cuello uterino, son actualmente las dos primeras causas de muerte por neoplasias malignas en mujeres mayores de 25 años en México.

VI: En América Latina, el cáncer de mama es el más frecuente con 152,059 casos diagnosticados anualmente, y representa una cuarta parte de los casos de cáncer en mujeres. La incidencia regional es 47.2, la cual es más alta en países del cono sur, principalmente Argentina y Uruguay, donde las tasas son semejantes a la de países desarrollados (71.2 y 69.7 defunciones por 100,000 mujeres, respectivamente). Es también la principal causa de

muerte por un tumor maligno en la mujer latinoamericana, con 43,208 defunciones y tasas de mortalidad de 13, que varía de 5.0 en Guatemala a 22.6 defunciones por 100,000 mujeres en Uruguay.

VII. Un estudio transversal realizado entre 886 pacientes de diferentes países, indica que la media promedio de diagnóstico en México es de 7 meses mientras que en países como el Reino Unido o Estados Unidos, es tan sólo de mes y medio.

VIII. El cáncer de mama por ejemplo, es un padecimiento que no puede prevenirse, la detección oportuna es la única opción para poder descubrir a tiempo esta enfermedad, lo que significa que para disminuir las muertes por cáncer de mama, las mujeres deben ser correctamente diagnosticadas en etapas tempranas.

Sin embargo, para realizar el diagnóstico con oportunidad es necesario intensificar la exploración clínica, y las jornadas de mastografía con el equipo y personal adecuados para que este sea oportuno y certero.

En México se diagnostican aproximadamente 24 mil casos de cáncer mamario al año, de los cuales la mitad tiene altas probabilidades de morir por detección tardía.

IX. Uno de los problemas más graves respecto a esto, es que el cáncer de mama se ha duplicado en los últimos 10 años en nuestro país, y sólo contamos con 150 médicos especializados en imagen mamaria, 162 técnicos radiólogos y 3 mil mastógrafos, es decir, hacen falta muchos especialistas para poder efectuar diagnósticos correctos y oportunos a una enfermedad tan grave como el cáncer. En la actualidad muchos de los estudios de radiología se interpretan por personal no calificado, y no mediante pantallas médicas, lo que genera un error técnico a la hora de definir la existencia o no de cáncer.

X. Actualmente el Programa de Acción Específico Prevención y Control del Cáncer de la Mujer 2013 – 2018, establece objetivos fortalecer la salud sexual y reproductiva de las mujeres mexicanas en materia de cáncer de mama y cuello uterino. En los documentos fundamentales de dicha política pública, se reconoce a la letra que:

“La infraestructura de servicios pertinente para el tamizaje y diagnóstico de tales neoplasias se caracteriza por su complejidad y alto costo. Para el cáncer mamario se precisa de mastógrafos, salas para la interpretación de mastografías, ultrasonidos, además de sus respectivos insumos y recursos humanos (médicos radiólogos capacitados en imagenología mamaria, personal técnico, de enfermería, trabajo social y psicología, entre otros)”.

XI. Sin embargo, la disponibilidad de médicos y técnicos radiólogos es desigual por entidades federativas. El Distrito Federal (150 médicos y 457 técnicos), Estado de México (124 médicos y 214 técnicos) y Jalisco (108 médicos y 213 técnicos) son los estados más favorecidos, que representan el 30% y 31% respectivamente de los médicos, técnicos y radiólogos presente en el Sector Salud.

XII. La falta de evaluación y estandarización por parte de las autoridades sobre los procesos de diagnóstico –aun cuando existen Normas Oficiales Mexicanas al respecto-, como se ha ejemplificado con el caso del cáncer de mama, hacen evidente la urgencia porque las entidades que ofrecen servicios de salud, sean en extremo cuidadosas con el diagnóstico de las personas, y cumplan en tiempo y forma con la normatividad vigente, para ello es indispensable que las autoridades de salud cumplan también en tiempo y forma en verificar que dichas entidades cumplan con la reglamentación.

Consideraciones

I. Que la Organización Mundial de la Salud reconoce que en su Constitución que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”, y que este derecho incluye el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente.

II. Que en virtud de los tratados internacionales de Derechos Humanos, las políticas y programas de salud pueden promover o violar los derechos humanos, en particular el derecho a la salud, en función de la manera en que se formulen y se apliquen. La adopción de medidas orientadas a respetar y proteger los derechos humanos afianza la responsabilidad del sector sanitario respecto de la salud de cada persona.

III. Que la Ley General de Salud establece en sus artículos 51, 51 bis1, bis2 y bis3, que los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares; que tendrán derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna, y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen; y que los usuarios de los servicios públicos de salud en general, contarán con facilidades para acceder a una segunda opinión, por lo que es urgente se verifiquen los procedimientos de diagnóstico a través de las autoridades competentes.

IV. Que tanto el Programa Nacional de Desarrollo 2013-2018 como el PROSESA 2013-2018, sustentados en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconocen a la protección de la salud como una dimensión fundamental de los derechos humanos, elemento esencial para el bienestar de las personas y condición indispensable para mejorar la participación económica de las y los mexicanos y la construcción de un México en Paz, Incluyente y Próspero.

Por todo lo anteriormente expuesto, es que someto a consideración del pleno de esta honorable asamblea, la siguiente iniciativa con proyecto de

Decreto por el que se reforma la fracción XIII y se adiciona la fracción XIV al artículo 17 Bis de la Ley General de Salud, para quedar como sigue

Artículo 17 Bis. La Secretaría de Salud ejercerá las atribuciones de regulación, control y fomento sanitarios que conforme a la presente Ley, a la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, y los demás ordenamientos aplicables le corresponden a dicha dependencia en las materias a que se refiere el artículo 3o. de esta Ley en sus fracciones I, en lo relativo al control y vigilancia de los establecimientos de salud a los que se refieren los artículos 34 y 35 de esta Ley: XIII, XIV, XXII, XXIII, XXIV, XXV, XXVI, ésta salvo por lo que se refiere a cadáveres y XXVII, esta última salvo por lo que se refiere a personas, a través de un órgano desconcentrado que se denominará Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.

Para efectos de lo dispuesto en el párrafo anterior compete a la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios:

...

...

XIII. Evaluar anualmente los insumos, procedimientos, métodos y técnicas de las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, con la finalidad de garantizar a los usuarios diagnósticos correctos y oportunos.

XIV. Las demás facultades que otras disposiciones legales le confieren a la Secretaría de Salud en las materias que conforme a lo dispuesto en este artículo sean competencia de la Comisión .

Transitorio

Único. El presente decreto entrará en vigor el día siguiente al de su

publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Dado en el Palacio Legislativo de San Lázaro, a los 18 días del mes de octubre del 2016.

Diputada Claudia Sofía Corichi García (rúbrica)