

QUE REFORMA LOS ARTÍCULOS 6, 23, 51 BIS 1 Y 58 DE LA LEY GENERAL DE SALUD, A CARGO DE LA DIPUTADA MARÍA DEL ROCÍO CORONA NAKAMURA, DEL GRUPO PARLAMENTARIO DEL PRI

La suscrita, diputada federal María del Rocío Corona Nakamura, integrante del Grupo Parlamentario del Partido Revolucionario Institucional de la LXII Legislatura de la Cámara de Diputados del honorable Congreso de la Unión, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 71, fracción II, y 72 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y en los artículos 6, numeral 1, 77 y 78 del Reglamento de la Cámara de Diputados, somete a consideración de esta asamblea iniciativa con proyecto de decreto por el que reforma el artículo 6, 23, 51 Bis 1 y 58, de la Ley General de Salud, al tenor de la siguiente

Exposición de Motivos

1. Planteamiento del problema

En nuestro país se ha promovido la igualdad entre géneros y se ha logrado paulatinamente el acceso de la mujer a roles que anteriormente estaban reservados para los hombres; esto debido a un lento pero efectivo cambio impulsado por la lucha constante de la mujer para mejorar sus oportunidades y condiciones de vida en todos los aspectos de su interés.

Diversos factores como el avance en materia de acceso a la educación, mejor posicionamiento e incorporación de la mujer al mercado laboral y mayor participación en ámbitos como el económico, académico, educativo, cultural, científico, político y la separación de la actividad sexual y reproductiva; han ampliado la expectativa de vida, desarrollo y oportunidades para la mujer, pero de igual forma la enfrentan a una sobrecarga que resulta de asumir esos roles antiguos que sumados a los nuevos, han diversificado sus retos pero también los factores de riesgo para su salud.

En este tema, se ha comprobado que factores socio demográficos inciden directa o indirectamente de manera negativa en la salud de mujeres y hombres; sin embargo se sabe que la mujer presenta una vulnerabilidad mayor a esta incidencia, debido a situaciones como pobreza extrema, violencia, segregación educativa y precariedad en el acceso a servicios.

Por ello el utilizar el enfoque de género en el diseño, planeación y funcionamiento de las políticas públicas, representa un gran avance en la intención de mantener vigentes sus propósitos, alcances y metas respecto a las necesidades de la población y garantiza su eficiencia y eficacia.

Esta condicionante en materia de atención médica, procuración, servicios y atención de la salud lamentablemente ha sido reducida a un enfoque exclusivamente fisiológico, lo que ha motivado que la orientación de las políticas de salud que supuestamente incluyen el enfoque de género; no contengan o propongan acciones efectivas para eliminar o reducir inequidades entre hombres y mujeres.

Los temas relacionados a la salud y atención médica, deben tener un enfoque integral que considere la fisiología y el contexto social, para poder entender la necesidad de generar especificidades en la prevención, atención, tratamiento, recuperación, rehabilitación y auto-cuidado de la salud de las mujeres en nuestro territorio.

Para sustentar esta necesidad basta mencionar como ejemplo cotidiano, que hay síntomas de enfermedades cardiovasculares, en donde las diferencias derivadas al género son muy marcadas y demuestran la existencia de una diversificación en los factores de riesgo y manifestaciones clínicas, requiriendo la aplicación de distintas medidas terapéuticas, de identificación y tratamiento.

Existe otra vertiente que nos muestra la necesidad de este enfoque especializado en la atención a la salud de las mujeres; este se presenta en el ámbito laboral, específicamente con la prevención, trato, consideración y seguimiento de accidentes laborales; se ha comprobado que las mujeres son más susceptibles a padecer estrés

laboral, enfermedades infecciosas, trastornos en las extremidades superiores, enfermedades de la piel, la vista y alergias, además de los relacionados con su salud reproductiva.

La ausencia de este trato especializado hacia las mujeres en los servicios de atención de salud y médica, ha derivado en el mejor de los casos en un retraso en el diagnóstico de enfermedades y en algunos otros la pérdida de la vida.

Con este enfoque de género en los servicios de salud, se le permite a la mujer un control efectivo sobre su atención médica, cuidado y procuración integral de su salud en las diferentes etapas de su vida y ciclo vital, y un mayor acceso a servicios relacionados con la atención preventiva; que le permitan detectar a tiempo y protegerse de condiciones potencialmente graves y afecciones como el cáncer cérvico-uterino y cáncer de mama.

En el caso de estas dos enfermedades de la mujer, la aplicación de un enfoque de género en materia de salud le garantizaría a la mujer cuidados médicos y clínicos especializados, humanizados y profesionales. En México, el cáncer cérvico-uterino y el cáncer de mama son el padecimiento más frecuente y de principal mortalidad entre las mujeres; y desde el año 2005 son causantes de un elevado número de muertes en todos los grupos socioeconómicos, y ocupan los primeros lugares en las causas de la tasa de mortalidad de mujeres de entre 35 y 50 años de edad.

Aunque se reconoce que existen avances en políticas y programas públicos sobre estas 2 enfermedades graves; un enfoque de género en materia de salud en nuestro país generaría un proceso de sensibilización en los prestadores de servicios médicos, clínicos y hospitalarios, y motivaría la búsqueda y desarrollo de mejores instrumentos de diagnóstico, avanzados programas de detección temprana, tratamientos integrales mejorados y mayor conocimiento de los factores de riesgo.

Permitiría además, concientizar a la población en general sobre la gravedad de estas enfermedades, difundiendo sus causas y su sintomatología y reiterando la importancia de auto-examinarse y realizarse los exámenes correspondientes en tiempo; generando una efectiva cultura de la prevención y detección temprana de estos padecimientos.

En nuestro país se han logrado importantes avances para erradicar estas y otras desventajas en maternidad de salud, pero no han sido suficientes; basta mirar el ejemplo internacional que ha desarrollado efectivos organismos y estrategias específicas que abordan la salud de la mujer de manera integral.

Desde 1998 la Organización Mundial de la Salud, y por consiguiente los estados miembros en los que se encuentra nuestro país; estableció un compromiso por la equidad, solidaridad y justicia social y la incorporación de la perspectiva de género en sus estrategias, y consideran el enfoque de género como un condicionante clave en la atención de la salud.

Establece que todas las políticas públicas en materia de salud deben contemplar la igualdad y la equidad de género, y reconocer que la mujer y el hombre tienen necesidades diferentes y gozan de distintas oportunidades de desarrollo; como medida para corregir el desequilibrio existente.

Pero no basta con reconocer esas diferencias, es necesario que servicios médicos y de salud reconozcan en su actuar que las necesidades específicas en materia de atención y procuración de la salud que tienen las mujeres, no derivan exclusivamente de sus diferencias biológicas o fisiológicas; sino también de sus distintas condiciones de vida.

Por ello se hace imprescindible que en nuestro país se incorpore la perspectiva de género en la programación y planificación de los servicios médicos y de salud; para garantizar que la promoción de la salud, la atención y cuidados médicos y clínicos-hospitalarios, sean sensibles ante esas diferencias.

Si bien la diversidad en operación de planes y políticas públicas de salud es amplia y con una creciente cobertura y mejoras en el servicio, lamentablemente pocos planes han abordado específicamente la salud de la mujer mexicana y se ha perdido una única y valiosa oportunidad más de contribuir al desarrollo integral, físico y mental en todas las etapas de su vida.

2. Argumentos de sustento

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece en su artículo 4º que:

El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia.

Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

Es mandato constitucional; que toda ley referida a la atención, acceso y prestación de servicios médicos y de salud deberá sentar las bases y modalidades para tal efecto; y la práctica nos indica que estas bases y modalidades deben de corresponder a las necesidades y requerimientos de su población o sector objetivo.

Por ello, la actualización y el mantenimiento de la vigencia en nuestras leyes debe de ser una constante en nuestro gobierno, siempre con un enfoque de corresponsabilidad entre los poderes de la nación y los diferentes niveles de gobierno; lo que obliga a esta soberanía en atención sus facultades a asumir su compromiso correspondiente.

México tiene una población total conforme la más reciente información publicada por el Censo de Población y Vivienda del Inegi, de 112, 336, 583 millones de habitantes, de los cuales 57, 481, 307 millones de habitantes, es decir el 51.17 por ciento son mujeres que presentan una expectativa de vida de 78.1 años; 5 años más en comparación con la expectativa de vida del hombre (73.4 años).

De este total de mujeres en nuestro país, en edad fértil (es decir entre 15 y 49 años de edad) se encuentran un 27 por ciento de la población femenina. Y de la población femenina activa en el mercado laboral, un poco más de la mitad tiene derecho a la seguridad social es decir solo un 55 por ciento. Sin embargo, en algunas entidades federativas con mayores índices de rezago y marginación como Chiapas, Guerrero y Oaxaca esta condición no la tienen ni la tercera parte de las mujeres en edad fértil indefinidamente si están o no laboralmente activas.

Por ende, la mujer mexicana está demandando y requiriendo en mayor medida de servicios especializados en la previsión, tratamiento, recuperación, rehabilitación y auto-cuidado de su salud.

Por esto, es imprescindible reconocer que entre hombres y mujeres hay diversas sintomatologías, enfermedades y problemas de salud; y que en la mujer hay diferencias marcadas que corresponden a sus distintas edades y sus ciclos o etapas de vida.

Las mujeres mexicanas de todas las edades requieren la elaboración de planes, programas y políticas públicas de salud definidas, que atiendan los cambios entre cada etapa de su vida y los derivados por el ámbito social en que se desarrollan.

Por ejemplo, en la etapa del desarrollo infantil y adolescencia de las mujeres mexicanas, no se atienden o se previenen de manera especializada, aquellas patologías relacionadas y derivadas de problemas o trastornos de nutrición y alimentación, auto reconocimiento de su cuerpo y la protección a estereotipos establecidos como la delgadez extrema; a pesar de que se tiene el reconocimiento de que estos factores desencadenan problemas importantes de salud no solo en esa etapa sino también en las posteriores.

Para el caso particular de mujeres jóvenes no se atienden por parte de las autoridades en materia de salud las conductas de riesgo, la detección de situaciones de exposición al maltrato y la violencia sexual, la educación afectivo-sexual, la prevención y la información de las enfermedades de transmisión sexual y de embarazos no deseados.

En la etapa de madurez no se incluyen de manera determinante en las políticas públicas de atención a la salud, la prevención de patologías vinculadas a su sexo como por ejemplo la detección temprana y el acceso a la atención del cáncer cérvico-uterino y el cáncer de mama, las patologías emergentes o las que se relacionan con los cambios fisiológicos como el climaterio, las afecciones cardiovasculares, músculo-esqueléticas o los problemas de salud mental.

Por último, carecemos en nuestro sistema nacional de salud para las mujeres mexicanas en la etapa final de su vida, de efectivos sistemas de protección social y de los cuidados profesionales, especializados y humanizados en materia sanitaria y social para la atención de las enfermedades discapacitantes y que producen codependencia como las enfermedades crónico-degenerativas, cánceres y trastornos de la salud mental.

Cabe señalar que algunos de los problemas de salud descritos afectan a las mujeres con mayor incidencia en alguna etapa específica de su vida, pero no debe descartarse que estas enfermedades puedan presentarse en cualquier momento a lo largo de su vida. Los datos proporcionados y publicados por el Inegi disponibles y actuales corresponden al año 2000 y nos hacen referencia a este hecho, por ejemplo en nuestro país las principales causas de muerte en las mujeres son las siguientes:

1. Enfermedades del corazón con 50, 226 casos registrados.
2. Tumores malignos con 31, 222 casos registrados.
3. Diabetes Mellitus con 31, 222 casos registrados.
4. Enfermedades cerebro-vasculares con 25, 425 casos registrados.

Si tomamos como referencia la segunda causa principal de muerte en las mujeres, los datos nos confirman la necesidad de garantizar el enfoque de género en las políticas de atención a la salud y además la obligatoriedad de la profesionalización en la atención, cuidado y trato del personal facultado para brindarlos.

Estos datos son los siguientes:

- El mayor de defunciones en la mujer se da en el rubro de la población de entre 35 y 64 años, si bien se pudiese pensar que las afecciones del corazón son las que mayor inciden, no es así y mucho menos en las mujeres de entre 15 y 45 años; esto por lo siguiente:

– Las principales causas registradas de defunciones en mujeres de entre 15 a 24 años son:

1. Accidentes.
2. Tumores malignos derivados a leucemia.
3. Las derivadas al embarazo, parto y puerperio.

– Las principales causas registradas de defunciones en mujeres de entre 25 a 34 años son las siguientes:

1. Tumores malignos con 1083 casos registrados.
- Cáncer cérvico-uterino con 219 casos registrados.

Cáncer de mama con 172 casos registrados.

2. Accidentes.

3. Causas relacionadas al embarazo, parto y puerperio.

– Las principales causas registradas de defunciones en mujeres de entre 35 a 44 años son las siguientes:

1. Tumores malignos con 2,599 casos registrados.

Cáncer cérvico-uterino con 745 casos registrados.

2. Enfermedades del corazón.

3. Diabetes Mellitus.

– Las principales causas registradas de defunciones en mujeres de entre 45 a 64 años son las siguientes:

1. Tumores malignos con 9,886 casos registrados.

Cáncer cérvico-uterino con 1,952 casos registrados.

Cáncer de mama con 1,669 casos registrados.

2. Diabetes Mellitus.

3. Enfermedades del corazón.

Estos datos nos indican que las 4 principales causas de defunciones en la población femenina corresponden a patologías o enfermedades que son susceptibles a presentar diferencias entre mujeres y hombres en cuestiones sintomáticas y en los factores de riesgo que las originan; por lo tanto se requiere que la promoción de la salud, la atención y cuidados médicos y sanitarios de al menos estas enfermedades, correspondan y atiendan efectivamente a esas diferencias derivadas no únicamente de cuestiones biológicas sino también de las distintas condiciones de vida en cada uno de los casos particulares.

Para el caso de los tumores malignos derivados del cáncer cérvico-uterino y el cáncer de mama, el asunto se convierte en un problema grave porque estas dos patologías coinciden en nuestro país, con la incorporación de la mujer al ámbito laboral, con su madurez sexual-afectiva y con su etapa reproductiva; como lo muestran los siguientes cuadros:

MORTALIDAD FEMENINA POR CÁNCER CERVICOUTERINO, MÉXICO, 1955-2002

Distribución porcentual por edades* Peso relativo respecto al total de tumores malignos Tasa†‡

Año	Defunciones	<25	25-64	65 y +	<25	25-64	65 y +	25-64
1955	253	0.8	76.3	22.9	1.0	3.7	2.9	3.6
1956	393	0.8	78.6	20.6	1.2	8.3	3.7	5.7
1957	524	1.1	75.4	23.5	2.0	9.9	4.9	7.1
1958	570	0.9	77.2	21.9	1.9	10.4	4.7	7.7
1959	626	0.5	74.9	24.6	1.0	10.6	5.6	8.0
1960	640	0.8	80.2	19.1	1.5	11.3	4.4	8.6
1961	728	1.5	77.2	21.2	3.3	12.2	5.3	9.1
1962	816	2.1	75.4	22.3	4.9	13.3	5.9	9.8
1963	902	0.8	78.4	20.8	1.7	14.3	5.8	11.0
1964	1 057	0.6	77.9	21.6	1.4	15.8	6.9	12.5
1965	1 058	0.4	74.8	24.9	0.8	15.4	7.5	11.8
1966	1 040	0.4	77.3	22.3	0.8	15.3	6.4	11.7
1967	1 154	0.6	73.9	25.5	1.5	16.8	8.1	12.2
1968	1 208	0.8	75.6	23.6	2.0	17.7	7.6	12.7
1969	1 201	1.0	73.8	25.1	2.1	16.3	7.6	12.0
1970	1 478	0.3	75.2	24.5	0.8	19.3	8.3	14.3
1971	1 483	1.0	72.8	26.2	2.2	18.7	8.9	13.7
1972	1 608	1.2	70.8	28.2	2.7	19.4	10.0	14.0
1973	1 784	1.1	71.6	27.3	2.7	20.9	10.5	15.4
1974	1 803	0.7	70.9	28.4	1.8	20.4	10.0	14.9
1975	1 931	0.6	71.1	27.6	1.6	21.8	9.9	15.4
1976	2 107	0.5	69.7	29.0	1.5	22.8	11.1	16.2
1977	2 124	0.6	68.0	31.1	1.5	21.8	11.2	15.4
1978	2 218	0.6	68.4	30.6	1.6	22.3	11.6	15.7
1979	2 405	0.9	67.5	30.9	2.4	23.0	11.7	16.2
1980	2 543	0.8	66.9	31.7	2.2	23.9	12.5	16.4
1981	2 626	0.6	67.0	31.8	1.8	23.0	12.3	16.3
1982	2 960	0.8	66.4	32.0	2.4	25.0	13.1	17.6
1983	3 057	0.6	66.0	32.7	2.0	24.3	13.6	17.4
1984	3 304	0.7	65.9	32.9	2.4	25.8	14.1	18.1
1985	3 572	0.4	64.4	34.8	1.3	25.0	14.2	18.2
1986	3 621	0.7	65.3	33.4	2.5	25.1	13.6	18.3
1987	3 900	0.6	64.8	34.2	2.2	25.4	14.6	18.8
1988	4 096	0.7	64.7	34.3	2.4	25.9	14.8	19.1
1989	4 290	0.8	64.9	33.8	2.9	26.4	15.0	19.2
1990	4 280	0.7	64.8	34.1	2.7	26.5	14.7	18.3
1991	4 194	0.5	63.9	35.3	1.9	25.1	14.3	17.0
1992	4 346	0.4	63.9	35.5	1.4	24.6	14.4	16.9
1993	4 369	0.7	63.1	36.0	2.5	24.1	14.1	16.2
1994	4 365	0.4	65.0	34.3	1.7	24.2	13.2	16.1
1995	4 392	0.5	63.1	36.1	1.9	22.9	13.4	15.2
1996	4 526	0.4	64.3	35.1	1.5	23.2	12.8	15.4
1997	4 534	0.3	62.2	37.3	1.2	22.0	13.3	14.4
1998	4 545	0.3	63.7	35.9	0.9	21.9	12.6	14.3
1999	4 590	0.3	64.2	35.3	1.3	21.7	12.3	14.1
2000	4 620	0.3	63.1	36.5	1.1	21.5	12.3	13.6
2001	4 512	0.4	62.7	36.7	1.4	20.6	11.7	12.8
2002	4 330	0.5	62.3	37.0	1.7	18.8	11.1	11.9

Nota: Cáncer cervicouterino: CIE-8, CIE-9, CIE-8, CIE-9 - 10; CIE-10 - C83

* La diferencia respecto al 100% representa el peso relativo de los registros para los cuales no se especificó la edad.

† A partir de 1979 el cálculo de la tasa incluye a las defunciones de mexicanas que residían en el exterior, así como a las de extranjeras que fallecieron en el país.

‡ Tasa por 100 000 mujeres de 25 a 64 años de edad estimadas por el Consejo Nacional de Población.

Fuente: Base de datos de defunciones 1955-1978, Organización Mundial de la Salud, 2002.

Base de datos de defunciones 1979-2002, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Secretaría de Salud, México

MORTALIDAD FEMENINA POR CÁNCER DE MAMA, MÉXICO, 1955-2002

Distribución porcentual por edades*. Pesa relativo respecto al total de tumores malignos $T_{\text{total}}^{\dagger}$

Año	Definiciones	<25	25-64	65 y +	<25	25-64	65 y +	25-64
1955	260	0.8	70.0	29.2	1.0	5.4	3.8	3.4
1956	271	2.2	68.3	29.5	2.3	4.9	3.7	3.4
1957	340	0.3	71.2	28.5	0.3	6.1	3.9	4.3
1958	399	0.8	69.9	29.3	1.1	6.6	4.4	4.9
1959	381	1.3	73.0	25.7	1.7	6.3	3.6	4.8
1960	402	0.5	70.1	29.4	0.6	6.2	4.1	4.7
1961	442	1.6	69.0	29.4	2.1	6.6	4.4	5.0
1962	482	2.5	68.0	29.5	3.4	7.1	4.6	5.2
1963	509	0.2	69.2	30.5	0.2	7.1	4.8	5.5
1964	541	1.1	71.7	27.2	1.4	7.5	4.4	5.9
1965	514	1.0	68.5	30.5	1.0	6.9	4.5	5.2
1966	512	0.2	68.8	30.9	0.2	6.7	4.4	5.1
1967	577	0.7	71.1	28.2	0.9	8.1	4.5	5.8
1968	579	0.7	71.0	28.3	0.8	8.0	4.4	5.7
1969	601	0.8	65.7	33.4	0.9	7.3	5.1	5.3
1970	706	0.7	68.6	30.7	0.8	8.4	5.1	6.3
1971	786	1.3	68.6	30.2	1.5	9.3	5.4	6.8
1972	780	1.3	73.2	25.5	1.4	9.8	4.4	7.1
1973	808	0.7	70.9	28.3	0.8	9.4	5.0	6.9
1974	931	0.3	70.6	29.1	0.4	10.5	5.3	7.7
1975	913	1.2	64.3	34.0	1.5	9.4	5.8	8.7
1976	942	0.6	66.9	31.6	0.8	9.8	5.4	6.9
1977	1 088	0.8	68.5	30.3	1.1	11.0	5.6	7.9
1978	1 074	0.5	68.2	31.0	0.6	10.8	5.7	7.6
1979	1 144	0.5	66.0	32.5	0.7	10.7	5.8	7.4
1980	1 228	0.6	65.4	32.7	0.7	11.3	6.4	7.6
1981	1 333	0.5	66.2	32.5	0.6	11.5	6.4	8.1
1982	1 289	0.4	64.0	34.8	0.5	10.5	6.2	7.3
1983	1 428	0.7	68.2	30.6	1.0	11.8	5.9	8.3
1984	1 470	0.5	66.9	32.1	0.7	11.5	6.1	8.1
1985	1 672	0.5	66.0	32.7	0.8	12.0	6.3	8.8
1986	1 768	0.4	66.7	32.5	0.7	12.5	6.5	9.1
1987	1 988	0.4	67.5	31.5	0.7	13.5	6.9	9.9
1988	2 054	0.7	67.9	31.3	1.2	13.6	6.8	9.9
1989	2 165	0.6	68.7	30.4	1.2	14.1	6.8	10.1
1990	2 230	0.4	67.2	32.1	0.7	14.3	7.2	9.8
1991	2 379	0.5	67.9	31.3	1.1	15.2	7.2	10.1
1992	2 559	0.3	68.3	31.1	0.7	15.5	7.4	10.6
1993	2 718	0.3	68.7	30.9	0.7	16.3	7.5	10.9
1994	2 785	0.4	69.3	30.2	1.0	16.4	7.4	10.8
1995	3 026	0.2	69.9	29.8	0.6	17.4	7.6	11.5
1996	3 106	0.2	68.3	31.4	0.5	16.9	7.8	11.1
1997	3 220	0.4	69.8	29.8	1.1	17.5	7.5	11.4
1998	3 380	0.3	68.9	30.8	0.7	17.6	8.1	11.5
1999	3 425	0.3	70.4	29.3	0.7	17.8	7.6	11.5
2000	3 468	0.2	69.4	30.2	0.6	17.7	7.7	11.1
2001	3 603	0.2	69.0	30.7	0.7	18.0	7.9	11.2
2002	3 860	0.3	69.1	30.5	0.8	18.6	8.2	11.7

Nota: Códigos: CIE-6, CIE-7, CIE-8, CIE-9 - 174; CIE-10 - C50

* La diferencia respecto a 100% representa el peso relativo de los registros para los cuales no se especifica la edad.

† A partir de 1979 el cálculo de la tasa excluye a las definiciones de neoplasias que resultan en el exterior, así como las de extranjeros que fallecieron en el país.

‡ Tasa por 100 000 mujeres de 25 a 64 años de edad estimadas por el Consejo Nacional de Población

Fuente: Base de datos de definiciones 1955-1978. Organización Mundial de la Salud, 2002

Base de datos de definiciones 1979-2002. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Secretaría de Salud, México

En lo que se refiere al cáncer cérvico-uterino según la Organización Mundial de la Salud, es la segunda mayor causa de mortalidad femenina por cáncer en todo el mundo, con aproximadamente más de 300,000 muertes al año. Asimismo se reconoce que el 80 por ciento de los casos corresponden a los países en vías de desarrollo.

En México, esta enfermedad como se mencionó anteriormente y se pudo verificar en los cuadros anexos, fue la primera causa de muerte entre las mujeres mexicanas con cáncer, ocupando un 16.6 por ciento respecto a otros cánceres, causando anualmente la muerte prematura de 4,500 mujeres aproximadamente al año. Cabe señalar, que la mayoría de las mujeres que desarrollan este cáncer tienen entre 40 y 50 años de edad, sin embargo, cada vez es más común la presencia de esta enfermedad en mujeres jóvenes de edades entre 20 y 30 años.

Asimismo, en nuestro país lamentablemente más de la mitad de los casos de cáncer cérvico-uterino que se detectan en una etapa avanzada, se encuentran en mujeres que no acceden a revisiones regulares y de detección oportuna, esto debido a que esta patología tiene un proceso asintomático en las primeras etapas de desarrollo.

Entre los factores de riesgo conocidos para el desarrollo de esta enfermedad se encuentran el inicio de las relaciones sexuales antes de los 18 años, tener algún parto antes de los 18 años, tener múltiples parejas sexuales o que la pareja sexual tenga relaciones sexuales con otras mujeres; asimismo la multiparidad, el tabaquismo, la inmunodepresión y la deficiencia vitamínica.

La incidencia de esta enfermedad es más común en mujeres jóvenes sexualmente activas, de entre 18 y 30 años de edad, después de los 30 años disminuye la incidencia, pero se vuelve a presentar después de los 45 años lo que sugiere que la infección fue a una temprana edad.

Afortunadamente el cáncer cérvico-uterino se diagnostica fácilmente a través de estudios de laboratorio como el papanicolaou y la colposcopia, siempre y cuando se realicen periódicamente; pero esto no se hace.

Respecto al cáncer de mama se tiene el mismo problema; se le considera de igual manera como una grave amenaza para la salud de la mujer a nivel mundial y en México desde el año 2006 este tipo de cáncer ha aumentado considerablemente el número de muertes.

Esta grave enfermedad es la segunda causa de muerte en mujeres de entre 30 y 54 años de edad; y representa una amenaza latente en todos los niveles socioeconómicos con una tendencia creciente alarmante; ya que de 6,000 nuevos casos detectados en el año 1990, se proyecta un incremento cercano a 16,500 nuevos casos anuales para el año 2020.

Desafortunadamente y debido a la falta de una cultura de la prevención y a políticas públicas en materia de salud con un enfoque de género; la mayoría de los casos se auto-detecta y sólo un 10% de todos los casos se identifican en una etapa temprana.

Su detección oportuna es de igual forma sencilla y se realiza por medio de auto-revisión periódica o la realización de estudios de laboratorio denominados mamografías. A pesar de estos datos y por las carencias anteriormente mencionadas; los servicios y el acceso a medidas de detección temprana escasean o son muy limitados, en particular la mamografía. Cabe mencionar que en nuestro país, desde el año 2006, sólo un 22 por ciento de las mujeres de 40 a 69 años se sometió a una mamografía.

El cáncer cérvico-uterino y el cáncer de mama son de los tipos de cáncer más fáciles de detectar, diagnosticar y prevenir debido a que su desarrollo es gradual pero indicativo; la prevención es la herramienta más importante en la lucha contra el cáncer cérvico-uterino y de mama; sin embargo, la falta de información adecuada y la carencia de un enfoque de género en la elaboración de políticas públicas en materia de salud, deja en desventaja no solo a las mujeres frente a estas enfermedades graves, sino también a la sociedad en su conjunto.

Por esto en esa etapa es donde mayormente requiere la mujer mexicana de información de calidad en cuestión de acceso a servicios de salud integral, salud sexual y reproductiva; con una atención integral especializada, humanizada y más incluyente y participativa.

Finalmente se concluye que el integrar en México una visión específica de atención a la salud de las mujeres en las distintas etapas de su ciclo vital, implica dar respuesta real a las demandas en materia de salud que presentan; ya sea tratándose de niñas, adolescentes, mujeres en edad adulta o edad avanzada; y erradicar o evitar la inequidad por condicionante de género.

3. Fundamento legal

La presente iniciativa con proyecto de decreto se fundamenta en lo dispuesto en los artículos 71, fracción II, y 72 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en los artículos 6 numeral 1, 77 y 78 del Reglamento de la Cámara de Diputados.

4. Denominación del proyecto de decreto

La iniciativa reforma el artículo 6, 23, 51 Bis 1 y 58 de la Ley General de Salud.

5. Texto normativo propuesto

Por todo ello, se somete a la consideración del pleno de esta honorable Cámara de Diputados la siguiente iniciativa con proyecto de

Decreto por el que se **reforma el artículo 6, 23, 51 Bis 1 y 58 de la Ley General de Salud**

Artículo Primero. Se reforma la fracción I y III del artículo 6 de la Ley General de Salud, para quedar como sigue:

Artículo 6o. El sistema nacional de salud tiene los siguientes objetivos:

I. Proporcionar servicios de salud a toda la población **sin discriminación alguna** y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas; **incorporando el enfoque de género y el acceso en igualdad de condiciones y oportunidades entre mujeres y hombres bajo un esquema de universalidad, eficiencia, confidencialidad, privacidad y solidaridad.**

II. ...

III. Colaborar al bienestar social de la población mediante servicios de asistencia social, principalmente a menores en estado de abandono, ancianos desamparados, **mujeres en condición de vulnerabilidad y discapacitados**, para fomentar su bienestar y propiciar su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y social;

IV. a **IX.** ...

Artículo Segundo. Se reforma el artículo 23 de la Ley General de Salud, para quedar como sigue:

Artículo 23. Para los efectos de esta Ley, se entiende por servicios de salud todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo **sin distinción de género con respeto y tolerancia a sus preferencias** y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad.

Artículo Tercero. Se adiciona una fracción XII al artículo 27 de la Ley General de Salud, para quedar como sigue:

Artículo 27. Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a:

I. a XI. ...

XII. La salud sexual y reproductiva.

Artículo Cuarto. Se reforma el primer párrafo del artículo 51 Bis 1 de la Ley General de Salud, para quedar como sigue:

Artículo 51 Bis 1. Los usuarios tendrán derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna, y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de su salud, **incluyendo la salud sexual y salud reproductiva, así como** sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen.

Artículo Quinto. Se adiciona una fracción VIII al artículo 58 de la Ley General de Salud, para quedar como sigue:

Artículo 58. La comunidad podrá participar en los servicios de salud de los sectores público, social y privado a través de las siguientes acciones:

I. a VII. ...

VIII. En la incorporación de la transversalidad del enfoque integral de la igualdad de género, para erradicar todas las inequidades que se presenten en la atención a la salud.

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 salón de sesiones del Palacio Legislativo de San Lázaro, a 28 de febrero del 2013.

Diputada María del Rocío Corona Nakamura (rúbrica)