La suscrita, **Sylvana Beltrones Sánchez**, Senadora de la República, integrante del Grupo Parlamentario del Partido Revolucionario Institucional en la LXIV Legislatura de la Cámara de Senadores 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, así como por los artículos 8° fracción I; 164 numerales 1 y 2; 169 y demás disposiciones aplicables del Reglamento del Senado de la República y demás disposiciones jurídicas aplicables someto a consideración de esta Soberanía la **Iniciativa con Proyecto de Decreto por el que se reforma la Ley General de Salud,** en materia de prevención, detección y atención de trastornos mentales durante el embarazo y después del parto, con base en la siguiente.

## Exposición de Motivos

La depresión posparto es reconocida mundialmente como un problema importante de salud pública por su frecuencia y consecuencias negativas sobre la salud y bienestar de la madre y de las y los infantes. Desde hace más de tres décadas en que se inició su estudio, las investigaciones han aumentado exponencialmente, de manera particular, en los países desarrollados. Asimismo, muchos países han incluido dentro de sus políticas de salud, la atención a la salud mental de las madres durante el embarazo y el puerperio. Se reconoce que, entre 13% y 15% de las madres padece de depresión posparto.

Nuestro país ha quedado a la saga en cuanto a investigación y atención a la salud mental perinatal (embarazo y posparto)[1].

### Organización Mundial de la Salud (OMS)[2]

La depresión es un trastorno mental frecuente y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas en el mundo. Es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad. Esta afecta más a la mujer que al hombre y en el peor de los casos puede llevar al suicidio, hay tratamientos eficaces para la depresión.

Aunque hay tratamientos eficaces para la depresión, más de la mitad de los afectados en todo el mundo (y más del 90% en muchos países) no recibe esos tratamientos. Entre los obstáculos a una atención eficaz se encuentran la falta de recursos y de personal sanitario capacitados, además de la estigmatización de los trastornos mentales y la evaluación clínica inexacta. Otra barrera para la atención eficaz es la evaluación errónea.

Según la OMS[3], la depresión es uno de los trastornos que ocasiona mayor discapacidad en el mundo y se estima que, para el año 2020, será la principal causa de discapacidad en las mujeres. En México, al igual que en otros países, la depresión es más frecuente en las mujeres que en los

[1] Depresión posparto, un problema de salud pública que requiere de mayor atención en México publicado por Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/280078/2-depresionpostparto.pdf
[2] Depresión. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression
[3] Organización Mundial de la Salud (OMS). Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas: informe compendiado, informe de la Organización Mundial en colaboración con el Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht. 2004 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78545/924159215X_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

hombres, con cifras de 10.4% y 5.4%, respectivamente[4]. Esta brecha es más amplia en el periodo reproductivo.

Con relación a la atención médica durante el embarazo, parto y puerperio, la OMS ha destacado la importancia de que los Estados garanticen personal médico y de salud suficiente, con capacitación adecuada; igualmente, ha establecido estándares sobre los cuidados que se deben de tener y recomendaciones concretas sobre el parto y nacimiento[5].

En países de todo tipo de ingresos, las personas con depresión a menudo no son correctamente diagnosticadas, mientras que otras que en realidad no la padecen son a menudo diagnosticadas erróneamente y tratadas con antidepresivos.

La carga mundial de depresión y de otros trastornos mentales está en aumento. En una resolución de la Asamblea Mundial de la Salud adoptada en mayo de 2013 se abogó por una respuesta integral y coordinada de los países al problema de los trastornos mentales.

La depresión postparto puede tratarse con ayuda profesional. Las terapias de conversación y los medicamentos pueden ayudar; algunos medicamentos son seguros durante la lactancia materna. Sin tratamiento, puede durar meses o incluso años. Puede afectar a su salud y al desarrollo del recién nacido.

Según el estudio *"Depresión posparto, un problema de salud pública que requiere de mayor atención en México"* publicado por la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, la depresión posparto (DPP) es común y tiene diversas consecuencias, pero la más sobresaliente es el sufrimiento que provoca a la madre. Cuando padece este trastorno, por lo general, se siente confundida, culpable e incapaz de atender las demandas de las o los recién nacidos, quienes pueden sufrir afectaciones en su desarrollo físico y emocional.

Uno de los predictores más importantes de la DPP es la depresión en el embarazo, la cual también se presenta con frecuencia, incrementa el estrés normal que acompaña el proceso del embarazo, derivado de los cambios y transformaciones biológicas y psicológicas que conlleva el nacimiento de una persona. Asimismo, es causa probable de que la madre descuide su salud y no asista a revisiones prenatales, lo cual afecta el desarrollo del feto.

El embarazo y el puerperio son procesos fisiológicamente similares para todas las mujeres, pero la experiencia psicológica varía de acuerdo a cómo son conceptualizados y representados por las mujeres. A esta experiencia contribuyen, además de su historia personal, la cultura, educación y modelos establecidos en su entorno respecto a los ideales maternos y representación de la paternidad.

De manera similar, la experiencia de la depresión variará de acuerdo a esas representaciones básicas de lo que significa ser una "buena madre". No obstante la importancia de la depresión

[4] Rafful C, Medina-Mora ME, Borges G, Benjet C, Orozco R. Depression, gender and the treatment gap in Mexico. J Affect Disord 2012; 138 (1-2): 165–169.

[5] Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), Recomendación General No. 31/2017, 31 de julio de 2017, pág. 11 https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Recomendaciones/generales/RecGral_031.pdf

perinatal, son escasos los estudios sobre este tema en México y los resultados no se ven reflejados en mayor consciencia por parte de profesionales de la salud y población general; tampoco en la puesta en marcha de programas prioritarios que atiendan la salud mental materna.

En 2011 la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS publicó la investigación "Salud Mental Perinatal"[6] donde de manera detallada se refiere la ***Depresión en la etapa perinatal***, haciendo mención de que todo profesional de la salud debe tener en cuenta la posibilidad de depresión perinatal debido a su frecuencia relativamente alta y por el sufrimiento que causa a la mujer y a quienes la rodean; además, se trata de un trastorno que responde bien al tratamiento.

La mayoría de las mujeres con depresión perinatal no buscan ni reciben una intervención específica. Es necesario que el clínico esté familiarizado con su fenomenología, aprenda a reconocerla, entienda los factores causales y las estrategias de tratamiento, así como la importancia de la intervención temprana.

**Manifestaciones clínicas:**

**Tristeza postparto (*blues*)**
La tristeza postparto no es realmente un trastorno *per se*. Es un problema pasajero que se estima ocurre en hasta 50 a 60% de mujeres y consiste en labilidad emocional, tristeza, sentimientos de temor hacia el futuro, dudas sobre su competencia como madre y llanto fácil. No es un trastorno grave y cede por sí solo en unas cuantas semanas.

**Depresión durante el embarazo o período postparto**

La depresión es relativamente fácil de diagnosticar si el clínico hace preguntas a la persona deprimida y está dispuesto a escuchar sus respuestas. Por supuesto que debe haber un clima mínimo de confianza entre la mujer y el entrevistador, aunque la mayoría de las personas deprimidas expresan abiertamente sus sentimientos y hablan de su estado de ánimo si se les pregunta.

Una de las barreras para detectar la depresión está en la opinión generalizada de que el embarazo y el puerperio deben ser etapas llenas de felicidad y que no debe haber lugar para la tristeza, lo que puede hacer que el clínico sólo "quiera oír" pensamientos optimistas y, sin darse cuenta, transmita este mensaje a la paciente.

Otra barrera está en la misma mujer, quien puede sentir culpa por no estar enteramente feliz ante la situación actual, pues "debería estar contenta". La familia también puede ejercer presión para que no verbalice los sentimientos negativos que de hecho tiene. No obstante, todo esto, si el clínico observa a una mujer que parece intensamente triste, exhausta, abrumada por la responsabilidad futura o presente del bebé, excesivamente tensa y preocupada, debe preguntar invariablemente cómo se siente. El clínico también puede explicar a la mujer que durante el embarazo y después del parto puede haber otros sentimientos como el temor, la tristeza, la incertidumbre, entre otros, a pesar de que se trata de una etapa de felicidad, lo que puede abrir la puerta para que exprese sus sentimientos de manera más franca.

[6] Salud Mental Perinatal, Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS Washington, D. C., 2011, págs. 155 y sigs.https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51594/9789275332498_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Las manifestaciones clínicas más comunes de la depresión son:

- Tristeza la mayor parte del tiempo.
- Pensamientos pesimistas sobre el futuro (todo irá mal, tengo mala suerte, seguramente habrá complicaciones, no seré una buena madre, etcétera).
- Pensamientos de autorreproche (debería ser mejor madre, trabajar más duro, hacerlo todo en la casa, no sentirme cansada, atender mejor al marido, etcétera).
- La paciente puede sentirse abrumada por su situación presente, por ejemplo, no poder llevar a cabo el embarazo, no poder cuidar al bebé o sentirse aterrada de estar sola con el niño en la casa por temor a no poder satisfacer sus necesidades (amamantarlo, bañarlo, cambiarlo).
- La paciente puede informar que siempre está triste, sin animarse para nada, sin deseos de salir ni de arreglarse, dificultad para moverse y salir de la cama, cansancio permanente o dormir muchas horas.
- En ocasiones, en vez de tristeza y llanto fácil, hay marcada irritabilidad hacia el marido, el bebé y otros parientes. Puede sentirse fácilmente exasperada y al borde de perder la paciencia ante las más pequeñas frustraciones. Puede tener deseos intensos de comer más de lo normal o de comer chocolates u otros dulces. El caso contrario también es frecuente: que pierda el apetito y no pueda dormir al irse a acostar (insomnio) o que se despierte muy temprano en la mañana sin poderse volverse a dormir. Puede también tener pensamientos negativos sobre el bebé que la aterran, como temer dañarlo, tirarlo, sofocarlo u olvidarse de él.

Además suelen presentar varios de los siguientes síntomas: pérdida de energía; ansiedad; disminución de la concentración; indecisión; inquietud; sentimiento de inutilidad, culpabilidad o desesperanza; y pensamientos de autolesión o suicidio[7].

**Intervención clínica y tratamiento**

Por desgracia la mayoría de las mujeres deprimidas no reciben tratamiento. Estudios realizados en los Estados Unidos de América demuestran que menos de 10% de las mujeres que sufren depresión en la etapa perinatal buscan o reciben tratamiento (Bonari y cols., 2004; Marcus y cols., 2003). El primer paso para el tratamiento de la depresión en el embarazo o postparto es su detección e identificación. El personal de salud primaria (el médico familiar, el personal de enfermería, el gineco-obstetra o el pediatra del niño) está en condiciones de detectarla, ya sea en forma sistemática o cuando observan “signos de alarma” (múltiples quejas psicosomáticas, cansancio, dolores inexplicados, llamadas recurrentes en busca de ayuda, llanto intenso o semblante muy triste).

Existen varios instrumentos de detección o tamizaje de la depresión; breves cuestionarios, fáciles de leer y que se contestan en unos cuantos minutos, como la escala de Edimburgo, la de Beck o la de Hamilton. Es importante considerar que, aunque se identifique a una mujer como deprimida, en muchos casos sorprende que reconozcan que no aceptarían ser entrevistadas por un psiquiatra o un profesional de salud mental, sino que prefieren hablar con una enfermera u otro profesional de salud primaria.

[7] OMS.- ¿Se pregunta por qué no está contenta tras el nacimiento de su hijo? https://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/handouts-depression/postnatal/es/

**Intervenciones psicosociales**

Las principales formas de intervención psicológica son:

1. Apoyo psicosocial a la mujer y/o familia.
2. Alguna forma de psicoterapia, por ejemplo, la psicoterapia interpersonal o la cognoscitivo conductual, que han sido las más estudiadas.
3. Terapias complementarias o alternativas, y
4. Uso de medicamentos en casos de suficiente gravedad.

La depresión posparto afecta hasta al 56% de las mujeres latinas residentes en México y Estados Unidos durante los primeros 4 meses tras el nacimiento de su bebé. Su incidencia mundial es del 15%, y está incluida en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5) bajo la denominación de "trastorno depresivo durante el período perinatal". Se asocia a suicidio y filicidio, y el primero es una de las causas más importantes de muerte materna durante el período perinatal[8].

Durante la maternidad es muy importante dar a la madre todo el apoyo emocional, la orientación y los cuidados físicos que se requieran, ya que durante este proceso se desarrollan conductas psicológicas que conllevan a una adaptación física y a la creación de lazos afectivos con la o el recién nacido[9].

El puerperio es uno de los períodos de mayor riesgo en la presentación de trastornos del estado de ánimo. Cerca de 85% de las mujeres presentan algún tipo de alteración del estado de ánimo durante el posparto. Algunas mujeres experimentan síntomas transitorios y leves. Sin embargo, entre 8 y 25% de las mujeres manifiestan algún tipo de trastorno incapacitante y persistente. En este último grupo, permanecen sin diagnosticar el 50% de los casos[10].

La DPP que no es atendida oportunamente es un obstáculo para que la madre pueda satisfacer las necesidades de las y los hijos, lo cual impacta, a su vez, en el desarrollo cognitivo, conductual y emocional de ellos y ellas[11]. La DPP se ha relacionado con un mayor uso de los servicios de emergencias, problemas de nutrición, interacción madre-hija/o de baja calidad, lo cual provoca apego inseguro y mayor riesgo de padecer trastornos psiquiátricos en infantes, así como problemas respiratorios y diarreas, en países de bajos ingresos. [12]

En Latino América, en los últimos 5 años se han realizado los siguientes estudios: En el año 2006, se llevó a cabo un estudio en Santiago de Chile, aplicando la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo. La muestra estuvo constituida por 159 mujeres que acudieron a los consultorios entre la semana 4 y la 44 del período posparto. En las últimas dos semanas, 90,6% de las mujeres estaba deprimida la mayor parte del día, casi todos los días[13].

---

[8] Depresión posparto, un problema de salud pública mundial https://iris.paho.org/handle/10665.2/49117

[9] Cunningham F. Gary, Leveno Kenneth L., Bloom Steven L., Hauth John C., Gilstrap Larry C., Wenstrom Katharine D. *The Puerperium*. Williams Obstetrics, 22a Ed. 2005

[10] Regier DA, Farmer Raes DS, Lock BZ, Keith SJ, Judo LL and Godwin FK, *Comorbility of mental disorders with alcohol an other drug abuse: Results from Epidemiologic catchment area (ECA) study.* JAMA 1993; 264: 2511- 18.

[11] Surkan PJ, Kennedy CE, Hurley KM, Black M. Maternal depression and early childhood growth in developing countries: systematic review and meta-analysis. Bull World Health Organ 2011;287:607-615.

[12] Stein A, Pearson RM, Goodman SH, Rapa E, Rahman A, McCallum M, Howard LM, Pariante CM. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. Lancet. 2014;384 (9956):1800-19.

[13] Rojas G, Fritsch R, Solís J, González M, Guajardo V, Araya R. *Calidad de vida de mujeres deprimidas en el postparto.* Rev Méd de Chile 2006; 134: 713-720.

En nuestro país se han realizado pocos estudios acerca de la DPP. Uno de ellos es el estudio realizado en la Unidad de Medicina Familiar número 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el año 2003, con una muestra de 38 mujeres embarazadas que acuden a control prenatal durante mayo a noviembre del año 2002, reportó que la prevalencia de depresión durante el embarazo fue de 47.7%, los factores de riesgo encontrados fueron hacinamiento, abortos previos, violencia psicológica y sexual por parte de sus parejas y el tipo de personalidad materna. En este estudio, aproximadamente la mitad de las mujeres embarazadas presentan depresión por lo que esto puede estar relacionado al tamaño de la muestra[14].

En las mujeres mexicanas se ha demostrado que la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo es un instrumento confiable y válido para ser utilizado como prueba en la detección de trastornos depresivos posparto según un estudio realizado en el año 2004 en 264 mujeres que acudieron a la consulta externa en el Instituto Nacional de Perinatología. Señalando también que la prevalencia de DPP en nuestro país es de 21.5%[15].

En el mismo año, en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, se realizó un estudio en neonatos, hijos de madres con algún trastorno del estado de ánimo el cual mostro que los bebes con antecedente de madres con alguna psicopatología tuvieron menor maduración en el sistema motor[16].

En el 2006 se realizó de forma simultánea un estudio Frecuencia de DPP en 2 Unidades de Medicina Familiar tanto del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) como del IMSS, aplicándose 130 cuestionarios, se detectaron 32 pacientes (24.6%) y con el Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, 22 pacientes(16.9%) sospechosas de DPP respectivamente siendo la edad promedio de las madres de 29.4 años, casadas un 70.8%, la mayoría amas de casa 47.7% y profesionistas 23.1%, edad promedio de los bebes tres meses, el 71% vivían con su pareja e hijos[17].

En población rural solo existen dos estudios publicados, los cuales estiman la prevalencia entre 11% y 12.9%. En mujeres indígenas, solo una investigación ha estudiado este trastorno en un pequeño grupo, encontrando presencia de DPP en 7% de la muestra. Estas prevalencias no distinguen entre casos de inicio en el posparto de aquellos que se presentaban desde la gestación[18].

La existencia de depresión en la madre tiene repercusiones en el desarrollo de la o el niño, las cuales van a depender de la duración de la misma. Las consecuencias más frecuentes son:

1. Alteración en la relación madre-hija/hijo: rechazo, hostilidad, crítica e indiferencia afectiva.
2. Alteraciones en el desarrollo cognitivo.

---

[14] Cantoral W. *Factores asociados a la Depresión durante el embarazo*. México. Rev Fac Med UNAM. 2003; 25 (3): 22-25.
[15] Espindola J, Morales F. Mota C, Díaz E, Meza P, Rodríguez L. *Calibración del Apunto de corte para la Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo en pacientes obstetras del Instituto Nacional de Perinatología*. Perinatol Reprod Hum. 2004; 18 (3): 179-186
[16] Vázquez M, Lartigue T, Cortes J. *Organización conductual en neonatos hijos de madres con un trastorno de estado de ánimo.* Salud Mental 2005; 28 (5): 11-19
[17] Álvarez A, Ponce R, Irigoyen C. *Frecuencia de depresión posparto en pacientes de dos clínicas de medicina familiar en México.* Arch en Med Fam. 2008. Vol.9 (4) 133-136.
[18] Lara Ma. Asunción, Patiño Pamela, Navarrete Laura, Nieto Lourdes. *Depresión posparto, un problema de salud pública que requiere de mayor atención en México.* Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñíz.
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/280078/2-depresionpostparto.pdf

3. Socialización deficiente. Las y los hijos de madres deprimidas presentan una menor sociabilidad lo cual se le atribuye a la falta de estimulación y al poco contacto materno que tienen durante el primer año de vida.
4. Alteraciones en la educación de los hijos.
5. Alteraciones en la dinámica familiar. La depresión es una enfermedad crónica que afecta la vida familiar y reduce la capacidad de adaptación social tanto de la madre como de la familia[19].

El diagnóstico de la DPP se hace clínicamente, mediante entrevistas y cuestionarios, para lograr definir si la madre padece de algún trastorno depresivo que pueda afectar la maternidad. El objetivo es mantener o mejorar la salud mental de la mujer, minimizando los riesgos para el embrión/feto en desarrollo. Se debe recomendar interrumpir el consumo de cafeína, nicotina y alcohol. Al mismo tiempo, debe intentarse maximizar el descanso.

Muchas pacientes con depresiones leves a moderadas pueden ser tratadas exclusivamente con psicoterapia. Tanto las técnicas de relajación, la terapia cognitivo- conductual, como la psicoterapia de apoyo pueden ser muy útiles para tratar la ansiedad que frecuentemente acompaña a la depresión[20].

Es necesario fortalecer la formación y preparación en este campo de todos los trabajadores de la salud (médicos generales, médicos familiares, ginecólogos, psiquiatras, enfermeras, trabajadores de atención primaria, trabajadoras sociales) para mejorar las tasas de detección precoz de dicha patología y, con ello, garantizar que estas pacientes puedan recibir un buen manejo terapéutico temprano.

Al respecto, la Ley General de Salud establece:

> ***"****Artículo 61.- El objeto del presente Capítulo es la protección materno-infantil y la promoción de la salud materna, que abarca el período que va del embarazo, parto, post-parto y puerperio, en razón de la condición de vulnerabilidad en que se encuentra la mujer y el producto.*
>
> *La atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende, entre otras, las siguientes acciones:*
>
> *I. La atención integral de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, incluyendo la* ***atención psicológica que requiera****".*

En 2014, se elaboró la guía "Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Depresión Prenatal y Posparto en el Primero y Segundo Niveles de Atención[21]," en la cual se establecen recomendaciones para atender problemas de salud mental en el periodo perinatal, similar a las de otros países.

---

[19] Jadresic M. *Depresión en el embarazo y el puerperio*. Rev Chil de NeuroPsiquiat 2010; 48 (4): 269-278.
[20] Moreno Z, Domingues C, Franca P. *Depresión postparto: Prevalencia de test de rastreo positivo en puérperas del Hospital Universitario de Brasilia, Brasil.* Rev Chil de Obstet y Ginecol. 2004; 69 (3):209-213.
[21] Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Depresión Prenatal y Posparto en el Primero y Segundo niveles de atención. México: Secretaria de Salud, 2014.
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-666-14-Depre-postparto/GER_INTEGRACION_DPP_DEFINITIVA.pdf

Pero no es sino hasta el 7 de abril de 2016 que se actualiza el proyecto de Norma Oficial Mexicana de 2010 "Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida," para incluir la identificación de síntomas depresivos o cualquier trastorno en relación a la salud mental, durante las consultas y revisiones médicas en este periodo:

> *"…5.2 Atención del embarazo.*
> *5.2.1 Las actividades a realizar por parte del personal de salud en la primera consulta de atención prenatal deben ser:*
> *(…)*
> *5.2.1.**8 Identificar datos de depresión o cualquier otro trastorno en relación a la salud mental durante el embarazo, parto y puerperio**"[22].*

Sin embargo, la Norma no especifica los mecanismos para su implementación, de manera que se destinen de forma generalizada recursos materiales y humanos para este propósito. Estas medidas representan avances, pero hay aún mucho por hacer.

La DPP es reconocida mundialmente como un problema importante de salud pública por su frecuencia y consecuencias negativas sobre la salud y bienestar de la madre y de las y los infantes. Nuestro país no se puede quedar atrás en cuanto a investigación y atención a la salud mental perinatal (embarazo y posparto).

**Depresión postparto en tiempos de COVID-19[23]**

La Dra. Xotchyl de Jesús, psicóloga clínica de la organización sin fines de lucro Familias CAPACES, Inc en Puerto Rico, entiende que por protegerse del COVID-19 se está perdiendo mucho la calidad en el proceso de embarazo, especialmente el parto.

"Los hospitales se han olvidado que el parto es algo que es muy delicado y que necesita la madre tener un espacio de calidad y de valor", expresó la psicóloga clínica.

Según explicó, con los protocolos de COVID-19 en los hospitales se les priva a la madre del acompañamiento de doulas[24] y en el parto se les limita a un solo acompañante y si es cesárea puede que no se le permita ninguno.

La psicóloga clínica advirtió que la depresión postparto -durante la pandemia- puede ser particularmente diferente porque las recomendaciones para tratarla cambian, ya que por lo general se le recomienda a la paciente hablar de sus sentimientos con otras personas, compartir el cuido de su bebé, salir y distraerse en actividades fuera de la casa, etc. Todas son recomendaciones que durante tiempos de COVID-19 no parecen las más apropiadas por su riesgo.

---

[22] NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Diario Oficial de la Federación: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016

[23] Depresión postparto en tiempos de COVID-19 publicado en La Perla del Sur, Puerto Rico, 15 de enero de 2021 https://www.periodicolaperla.com/depresion-postparto-en-tiempos-de-covid-19/

[24] Las doulas son madres experimentadas que acompañan física y emocionalmente a las mujeres embarazadas durante todo el proceso previo y posterior al parto. https://www.webconsultas.com/embarazo/control-prenatal/que-es-una-doula

En virtud de lo anterior, es que propongo reformar y adicionar diversos artículos de la Ley General de Salud, con el objeto de prevenir, detectar y atender este importante problema en nuestro país: los trastornos mentales durante el embarazo y después del parto. Se debe armonizar nuestra legislación con los instrumentos y recomendaciones internacionales de derechos humanos, así como atender la Recomendación General No. 31/2017, Sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud, emitida por la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), el 31 de julio de 2017.

En virtud de lo anterior se propone reformar la Ley General de Salud para establecer la atención médica **integral** de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, por lo que se propone que la atención materno-infantil comprenda la salud emocional y mental[25] para la prevención, detección y atención de trastornos mentales durante el embarazo y el periodo postparto.

Modificaciones que presento en el siguiente cuadro comparativo para darle claridad a las mismas:

| **LEY GENERAL DE SALUD** | |
|---|---|
| **Texto vigente** | **Texto propuesto** |
| **Artículo 3o.-** En los términos de esta Ley, es materia de salubridad general:<br>I. a III. (…)<br>**IV.** La atención materno-infantil;<br><br>V. a XXVIII. (…) | **Artículo 3o.-** (…)<br><br>I. a III. (…)<br>**IV.** La atención materno-infantil, **que comprende la salud emocional y mental para la prevención, detección y atención de trastornos mentales durante el embarazo y el periodo postparto.**<br><br>V. a XXVIII. (…) |
| **Artículo 27.** Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a:<br>I. a III. (…)<br>**IV.** La atención materno-infantil;<br><br>V. a XI. (…) | **Artículo 27.** (…)<br><br>I. a III. (…)<br>**IV.** La atención materno-infantil; **que comprende la salud emocional y mental para la prevención, detección y atención de trastornos mentales durante el embarazo y el periodo postparto.**<br><br>V. a XI. (…) |
| **Artículo 37**.- Son servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social los prestados por éstas a las personas que cotizan o a las que hubieren cotizado en las mismas conforme a sus leyes y a sus beneficiarios, los que con sus propios recursos o por encargo del Ejecutivo Federal presten tales instituciones a otros grupos de usuarios.<br><br>Estos servicios se regirán por lo establecido en las disposiciones legales que regulan la organización y funcionamiento de las instituciones prestadoras y por las contenidas en esta Ley, en sus respectivos ámbitos de | **Artículo 37**.- (…)<br><br>(…) |

[25] Plan de Acción sobre Salud Mental 2013 – 2020 OMS. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=10B12C0D129CD9478747BAE6005F7596?sequence=1

| | |
|---|---|
| aplicación. Tratándose de las instituciones de seguridad social de la Administración Pública Federal, éstas deberán, por cuanto hace a la prestación de servicios de salud, mantener una coordinación permanente con la Secretaría de Salud, a efecto de implementar de manera efectiva la política nacional a que hace referencia la fracción I del artículo 7o. de esta Ley.<br><br>Dichos servicios, en los términos de esta Ley y sin perjuicio de lo que prevengan las leyes a las que se refiere el párrafo anterior, comprenderán la atención médica, la atención materno-infantil, la planificación familiar, la salud mental, la promoción de la formación de recursos humanos, la salud ocupacional y la prevención y control de enfermedades no transmisibles y accidentes. | Dichos servicios, en los términos de esta Ley y sin perjuicio de lo que prevengan las leyes a las que se refiere el párrafo anterior, comprenderán la atención médica, la atención materno-infantil, **que comprende la salud emocional y mental para la prevención, detección y atención de trastornos mentales durante el embarazo y el periodo postparto;** la planificación familiar, la salud mental, la promoción de la formación de recursos humanos, la salud ocupacional y la prevención y control de enfermedades no transmisibles y accidentes. |
| **Artículo 64.-** En la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, las autoridades sanitarias competentes establecerán:<br>I. (…)<br><br>II. a IV. (…) | **Artículo 64.-** (…)<br><br>I. (…)<br><br>**I bis. Programas y acciones de detección y tratamiento de síntomas depresivos durante el embarazo y en el periodo postparto, en términos del Capítulo Sétimo del Título Tercero de esta ley.**<br><br>II. a IV. (…) |
| **Artículo 65**.- Las autoridades sanitarias, educativas y laborales, en sus respectivos ámbitos de competencia, apoyarán y fomentarán:<br>**I.** Los programas para padres destinados a promover la atención materno-infantil;<br><br>**ADICIÓN**<br><br>II. a IV. (…) | **Artículo 65**.- (…)<br><br>I. (…)<br><br>**I bis. Los programas y acciones de detección y tratamiento de síntomas depresivos durante el embarazo el periodo postparto, en términos del Capítulo Sétimo del Título Tercero de esta ley.**<br><br>II. a IV. (…) |

Por lo anterior, someto a la consideración de esta Honorable Asamblea, la siguiente Iniciativa con

**PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE REFORMAN Y ADICIONAN DIVERSOS ARTÍCULOS DE LA LEY GENERAL DE SALUD**

**Único.-** Se reforman la fracción IV del artículo 3º, fracción IV del artículo 27 y el tercer párrafo del artículo 37; se adicionan la fracción I bis al artículo 64, fracción I bis al artículo 65, de la Ley General de Salud, para quedar como sigue:

**Artículo 3o.-** (…)
I. a III. (…)

**IV.** La atención materno-infantil, **que comprende la salud emocional y mental para la prevención, detección y atención de trastornos mentales durante el embarazo y el periodo postparto.**

V. a XXVIII. (…)

**Artículo 27.** (…)
I. a III. (…)

**IV.** La atención materno-infantil; **que comprende la salud emocional y mental para la prevención, detección y atención de trastornos mentales durante el embarazo y el periodo postparto.**

V. a XI. (…)

**Artículo 37**.- (…)
(…)

Dichos servicios, en los términos de esta Ley y sin perjuicio de lo que prevengan las leyes a las que se refiere el párrafo anterior, comprenderán la atención médica, la atención materno-infantil, **que comprende la salud emocional y mental para la prevención, detección y atención de trastornos mentales durante el embarazo y el periodo postparto;** la planificación familiar, la salud mental, la promoción de la formación de recursos humanos, la salud ocupacional y la prevención y control de enfermedades no transmisibles y accidentes.

**Artículo 64.-** (…)
I. (…)

**I bis. Programas y acciones de detección y tratamiento de síntomas depresivos durante el embarazo y en el periodo postparto, en términos del Capítulo Sétimo del Título Tercero de esta ley.**

II. a IV. (…)

**Artículo 65**.- (…)
I. (…)

**I bis. Los programas y acciones de detección y tratamiento de síntomas depresivos durante el embarazo el periodo postparto, en términos del Capítulo Sétimo del Título Tercero de esta ley.**

II. a IV. (…)

**TRANSITORIO**

**ÚNICO.** El presente Decreto entrará en vigor al día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

*Dado en el Salón de Sesiones del Senado de la República, a los 2 días del mes de marzo de 2021*

**SENADORA SYLVANA BELTRONES SÁNCHEZ**