

## SECRETARIA DE SALUD

### **RESPUESTAS a los comentarios recibidos respecto del Proyecto de Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, publicado el 31 de julio de 2006.**

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.

RESPUESTA A LOS COMENTARIOS RECIBIDOS RESPECTO DEL PROYECTO DE MODIFICACION A LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-028-SSA2-1999, PARA LA PREVENCION, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LAS ADICCIONES.

CARLOS JOSE RODRIGUEZ AJENJO, Secretario Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones, con fundamento en los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 47, fracciones I, II y III de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, y 33, fracción IV del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, se ordena la publicación de las respuestas a los comentarios recibidos al Proyecto de Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 31 de julio de 2006.

Como resultado del análisis que realizó el Subcomité de Vigilancia Epidemiológica; de los comentarios recibidos por los diferentes promoventes, se ha considerado dar respuesta a los mismos en los siguientes términos:

PROMOVENTE	RESPUESTA
<p><b>Licenciado Benjamín Carrera Hernández</b></p> <p><b>Responsable de la Coordinación de Salud Mental y Adicciones del Instituto de Salud del Estado de Chiapas</b></p> <p>2. Referencias</p> <p>Mencionar la Norma Oficial Mexicana NOM-076-SSA1-1993, "Que establece los requisitos sanitarios del proceso y uso del etanol (alcohol etílico)"</p> <p>4. Símbolos y abreviaturas</p> <p>COMCA's Comité Municipal contra las Adicciones</p> <p>5. Generalidades</p> <p>5.2.1.1 Registro como institución en oficinas de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), Comité Municipal contra las Adicciones (COMCA) y el Consejo Estatal contra las Adicciones (CECA).</p> <p>5.2.1.2 Certificado por alguna institución de educación superior.</p>	<p><b>No se acepta</b> ya que, si bien es un riesgo sanitario, dicha Norma tiene como objetivo establecer los requisitos sanitarios que debe cumplir el proceso de etanol (Alcohol Etílico) para uso industrial (no potable), así como lo referente a la protección a la salud de la población ocupacionalmente expuesta.</p> <p><b>Se acepta</b>, se realiza la inclusión de esta figura en varios numerales donde aplica su intervención. Queda como sigue:</p> <p>CIE-10 Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión</p> <p><b><u>COMCA Comité Municipal contra las Adicciones</u></b></p> <p>CONADIC Consejo Nacional contra las Adicciones</p> <p><b>Se acepta parcialmente</b>, ya que no en todos los Municipios se cuenta con un COMCA, y queda como sigue:</p> <p>5.2.1.1 <b><u>Contar con el aviso de funcionamiento respectivo, así como el registro como institución especializada ante el CECA, o el COMCA, cuando aquel considere oportuno delegar esta función en la representación municipal.</u></b></p> <p><b>No se acepta</b>, ya que tanto el CONADIC como los CECA son las autoridades sanitarias competentes para determinar si un programa de trabajo se apega a los principios médicos éticos o no. <b>Se acepta</b> incluir al COMCA, y queda como sigue:</p> <p>5.2.1.2 Programa general de trabajo aprobado por el CONADIC o el CECA, según sea el caso, <b><u>este último pudiendo delegar al COMCA correspondiente,</u></b> en el que se contemple el tratamiento médico y/o psicosocial basado en principios científicos, sociales y éticos,</p>

<p>5.2.4.15 Por CONADIC, CECA, COMCA</p>	<p><b>Se acepta parcialmente</b>, por lo que respecta la inclusión de los COMCA, pero no del CONADIC, ya que a nivel regional y/o local, estas dos primeras instancias (CECA y COMCA) son las que conocen perfectamente la red de atención médica con que se cuenta, y ya que existe la representación de los CECA en las 32 entidades federativas, no queda región descubierta. Queda:</p> <p>5.2.4.15 El establecimiento debe contar con un directorio de instituciones y servicios para la referencia o canalización de los usuarios en situaciones de urgencia, avalado por el CECA, pudiendo <b>delegar esta función en el COMCA respectivo</b>, y</p>
<p>5.3 CONADIC, CECA, COMCA</p>	<p><b>Se acepta parcialmente</b>, los reconocimientos serán otorgados por los CECA, y en caso extraordinario por el CONADIC. Queda:</p> <p>5.3 El ingreso de los usuarios a los establecimientos especializados en adicciones con modelos profesional y mixto podrá ser voluntario, involuntario u obligatorio, y en el de ayuda mutua será estrictamente voluntario, pudiendo darse el ingreso obligatorio en los establecimientos que operen bajo este modelo que estén reconocidos por el CECA, <b>y en casos extraordinarios por el CONADIC</b>, debiéndose ajustar a los procedimientos siguientes:</p>
<p>6. Prevención</p> <p>d) De la Secretaría de Educación o de una institución de educación superior</p>	<p><b>No se acepta</b>. Igual que en el punto anterior, establecemos que el CONADIC y los CECA son las autoridades competentes para avalar técnicamente los programas específicos en la materia.</p>
<p>7. Detección temprana y derivación</p> <p>La Secretaría de Educación, el Instituto Nacional de Psiquiatría, el Instituto Nacional de Salud Pública y la institución de educación superior.</p>	<p><b>No se acepta</b>, no es una propuesta concreta.</p>
<p>9. Tratamiento</p>	
<p>9.1.2.7.1 Llenado del formato SISVEA</p>	<p><b>No se acepta</b>, ya se encuentra contemplado en el punto 5.2.5 y en el apartado 11. Vigilancia epidemiológica.</p>
<p>9.2.1.1.3.1 Llenado del formato SISVEA</p>	<p><b>No se acepta</b>, ya se encuentra contemplado en el punto 5.2.5 y en el apartado 11. Vigilancia epidemiológica.</p>
<p>9.2.2.1.1. Contar con Aviso de Funcionamiento y de Responsable Médico</p>	<p><b>Se acepta parcialmente</b>, ya se encuentra definido médico responsable, y queda como sigue:</p> <p>9.2.2.1 Disposiciones generales:</p> <p>Todo establecimiento de ayuda mutua debe:</p> <p><b>9.2.2.1.1 Contar con aviso de funcionamiento.</b></p>
<p>9.3 Registrados en COFEPRIS</p>	<p>9.2.2.1.2 Contar con responsable legal y encargado,</p> <p><b>Se acepta parcialmente</b>, para quedar como sigue:</p>
<p>9.3.1.1. En caso de U.D.I. que esté infectado por VIH-SIDA, con el consentimiento informado de la persona, se deberá notificar al Instituto de Salud para su tratamiento.</p>	<p>9.3 Los establecimientos que practiquen tratamientos alternativos y/o complementarios, deberán cubrir los requisitos establecidos en los numerales del 9.1.2.1 al 9.1.2.9, así como estar registrados y avalados por el CECA correspondiente, <b>y contar con el aviso de funcionamiento respectivo.</b></p> <p>En relación a esta propuesta se adiciona en el apartado 3. Definiciones, como punto 3.7 al <b>Aviso de funcionamiento</b>, recorriéndose los numerales posteriores, para quedar como sigue:</p> <p><b>3.7 Aviso de funcionamiento, a lo establecido en los artículos 47 y 200 Bis de la Ley General de Salud.</b></p>
<p>9.3.1.1. Aval técnico del Instituto de Salud de la Entidad Federativa</p>	<p><b>No se acepta</b>, ya que en la <i>Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana</i>, ya se contemplan los criterios para la notificación obligatoria en casos de VIH-SIDA, en los términos de confidencialidad que la misma establece. Dicha NOM se considera de referencia.</p>
<p>9.3.1.2.1. Registrado en el Instituto de Salud</p>	<p><b>No se acepta</b>, ya que el aval lo proporciona el CECA, por ser la autoridad técnica en la materia.</p> <p><b>No se acepta</b>, ya que, como en el punto anterior, consideramos que la autoridad técnica en la materia es el CECA.</p>

<p><b>Mtra. Alba Margarita Sarmiento Castellanos</b>  <b>Directora General del Instituto de Desarrollo Humano del Estado de Chiapas</b></p>	<p>Se agradece el comentario aprobatorio.</p>
<p><b>Lic. Rodolfo Carlos Consuegra Gamón</b>  <b>Director de Normalización de la Dirección General de Normas de la Secretaría de Economía</b></p> <p>2. Referencias</p> <p>Proporcionar una relación completa de todas las Normas Oficiales Mexicanas (NOM's) y Normas Mexicanas (NMX's) cuya consulta sea indispensable para la correcta aplicación de la misma, debiendo señalarse además expresamente su aplicación dentro de alguno de los incisos o secciones de la norma de cuestión.</p> <p>En esta norma no se encuentran identificadas las normas citadas en el capítulo de "Referencias" dentro del texto, razón por la cual deberán eliminar estas referencias o bien identificarlas de forma expresa.</p> <p>15. Concordancia con normas internacionales y normas mexicanas</p> <p>Sugerimos eliminar del título las palabras "y normas mexicanas"</p> <p>Reubicar en la parte de "Bibliografía" todas las leyes y normativas incorporadas en el capítulo de "Concordancia con Normas Internacionales", toda vez que éstas no son consideradas normas internacionales en términos de nuestra legislación.</p>	<p><b>Se acepta</b>, para quedar como sigue:</p> <p>2. Referencias</p> <p>Para la correcta aplicación de esta Norma, es necesario atender a lo dispuesto en las siguientes Normas Oficiales Mexicanas:</p> <p>2.1 NOM-009-SSA2-1993, Para el fomento de la salud del escolar.</p> <p>2.2 NOM-010-SSA2-1993, Para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.</p> <p>2.3 NOM-017-SSA2-1994, Para la vigilancia epidemiológica.</p> <p>2.4 NOM-025-SSA2-1994, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.</p> <p>2.5 NOM-039-SSA2-2002, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.</p> <p>2.6 NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico.</p> <p>2.7 NOM-178-SSA1-1998, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.</p> <p>2.8 NOM-197-SSA1-2000, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.</p> <p><b>Se acepta</b>, para quedar como sigue:</p> <p>15. Concordancia con normas internacionales</p> <p><b>Se acepta</b>, se eliminan las normas internacionales.</p>
<p><b>Dra. Luz Myriam Reynales Shigematsu</b>  <b>Jefa del Departamento de Investigación sobre Tabaco</b>  <b>Instituto Nacional de Salud Pública</b></p> <p>0. Introducción</p> <p>Es importante referir los daños agudos y crónicos causados por el tabaquismo activo (Surgeon General 2004), así como los daños a la salud de los no fumadores causados por la exposición a humo de tabaco de segunda mano (HSM) (Surgeon General 2006), refiriendo los dos documentos torales que compilan información basada en la evidencia reciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• "El más reciente Reporte del General Cirujano de los Estados Unidos (2004) agrega a la lista de causas conocidas el cáncer de estómago, cérvico uterino, páncreas, riñón y leucemia mieloide aguda; el aneurisma aórtico abdominal, y otras de ocurrencia más frecuente como neumonías, cataratas y periodontitis entre otras.</li> </ul>	<p><b>No se acepta</b> ya que, si bien sabemos que todo lo expuesto es de suma importancia, se considera que es excesiva la información para incluirla en la introducción, además que ya se contempla, que <i>"es innegable la asociación directa e indirecta del consumo del tabaco y sus productos, así como la exposición involuntaria al humo de tabaco, con graves padecimientos de alta letalidad, además del impacto familiar, laboral, social y económico."</i></p>

<p>• “Hay evidencia epidemiológica y toxicológica que demuestra que la exposición al humo de tabaco de segunda mano (HSM) causa daños graves a la salud de los no fumadores. Los individuos expuestos al HSM respiran aproximadamente 4,000 sustancias tóxicas, irritantes y carcinógenas que causan efectos nocivos agudos, crónicos para la salud y mortales como el cáncer de pulmón. Se ha estimado que los no fumadores casados con fumadores tienen un 24% de exceso de riesgo de padecer cáncer de pulmón y un 30% de enfermedad coronaria; en los infantes afecta principalmente el sistema respiratorio provocando infecciones más severas, otitis media, síntomas respiratorios crónicos y asma bronquial.”</p> <p>3. Definiciones</p> <p>Incorporar la terminología de humo de tabaco de segunda mano (HSM) (Surgeon General 2006), reemplazando el término antiguo de humo de tabaco ambiental, principalmente utilizado en el lenguaje de la industria tabacalera.</p> <p>Humo de tabaco de segunda mano (HSM): Es una mezcla compleja de gases y partículas que contiene una gran variedad de componentes químicos entre los que se destacan al menos 40 carcinógenos reconocidos y cantidades importantes de monóxido de carbono, que originan efectos nocivos agudos y crónicos. La Agencia de Protección Ambiental de EUA (EPA) clasifica el HSM como carcinógeno del grupo A, y el cual es causa de cáncer de pulmón.</p> <p>5. Generalidades</p> <p>5.2.4.15. Directorio de instituciones y servicios para la referencia y canalización de los usuarios en situaciones de urgencias, avalado CECA.</p> <p>Se sugiere implementar un sistema de registro único a nivel nacional de tal manera que garantice un listado oficial actualizado.</p> <p>Se sugiere implementar un sistema de evaluación de las clínicas de ayuda para dejar de fumar (indicadores, tasas de mejoría, tasas de recaída). Esto puede ayudar a evaluar el cumplimiento de los requisitos especificados en la norma referente al reglamento interno, las características de las instalaciones, los recursos físicos y el reglamento interno.</p> <p>6. Prevención</p> <p>Marco filosófico, teórico, diagnóstico</p> <p>Monitoreo y evaluación de los programas de control (Nacional, Federal, poblacional, grupo específico) del tabaquismo. Definición de indicadores y metas. No hay que olvidar que la prevención se realiza sobre los fumadores y activos como los expuestos a HSM.</p> <p>Promoción de la salud</p> <p>Se sugiere gestionar una propuesta conjunta de modificación de la currícula y textos escolares que incluyan unidades didácticas con estrategias de promoción de la salud y prevención del tabaquismo y las adicciones.</p> <p>7. Detección temprana y derivación</p> <p>Trabajar un programa de ayuda para detección temprana y derivación dejar de fumar para adolescentes, a través de una búsqueda activa en las escuelas y con una perspectiva de trabajo grupal. A menos que estén en serios problemas los adolescentes acudirán a una clínica de ayuda.</p>	<p><b>Se acepta</b> parcialmente, se cambia el término de <i>Humo de tabaco en el ambiente</i> por <i>Humo de tabaco de segunda mano</i>, respetando la definición contemplada originalmente, para quedar como sigue:</p> <p>3.29 <b>Humo de tabaco de segunda mano</b>, es el que se forma directamente por la combustión del tabaco o corriente principal, además del que sale del extremo opuesto a la brasa o corriente secundaria al cual se agrega al que exhalan las personas que fuman.</p> <p><b>No se acepta</b>, ya que si bien es importante su existencia, no es materia de la Norma.</p> <p><b>No se acepta</b>, puesto que el seguimiento y la evaluación ya están considerados en el apartado 12 de la propia Norma.</p> <p><b>No se acepta</b>, puesto que ya está considerado en los incisos del a) al d) del apartado 6. Prevención.</p> <p><b>No se acepta</b>, ya que no es materia de la Norma.</p> <p><b>No se acepta</b>, ya que no es materia de la Norma</p>
--	--

<p>9. Tratamiento</p> <p>A través de un criterio unificado de los expertos considerar:</p> <p>Historia de consumo de tabaco: Reportar información clave, como edad de inicio, frecuencia de consumo, duración, tipo de cigarrillos.</p> <p>Evaluación de la adicción: Es importante valorar la adicción no solo utilizando el test de Fagerström, sino la medición de la adicción utilizando los niveles de cotinina.</p> <p>Elaborar una guía de tratamiento de la adicción que incluya los diagramas de flujo de atención médica, tratamientos de primera y segunda elección. Teniendo en cuenta la revisión basada en la evidencia y estudios de costo-efectividad.</p> <p>De igual manera trabajar una guía integral que evalúe y detecte en forma temprana o confirme los daños a la salud causados por el tabaquismo activo como son patologías cardiovasculares, respiratorias y cáncer de pulmón.</p> <p>10. Investigación</p> <p>Esto debe considerarse una prioridad en la medida que proporciona información científica en diferentes niveles:</p> <p>Clínico: Realizar ensayos clínicos y estudios de costo-efectividad de las terapias de reemplazo.</p> <p>Poblacional: Realizar la evaluación de los programas a nivel nacional y estatal haciendo uso de las encuestas públicas (Encuesta Nacional de Salud, ENSA, Encuesta Nacional de Adicciones, ENA, Encuesta de Tabaquismo y Juventud, ETJ, Encuestas de Escolares de Educación Media y Superior de la Ciudad de México, entre otras).</p> <p>Local: Realizar monitoreo y evaluación de programas específicos a nivel local.</p> <p>Si bien es cierto es importante este apartado se debe garantizar el presupuesto para la realización, análisis y publicación de los documentos de la ENA.</p> <p>11. Vigilancia epidemiológica</p> <p>Fortalecer el sistema de información del SISVEA apoyándose en herramientas de Internet y sistemas de Referenciación Geográfica.</p> <p>13. Capacitación y enseñanza</p> <p>Capacitación del recurso humano, incluye el entrenamiento y postgrado, involucrando a las instituciones educativas (nivel técnico y universitario) en la modificación de la currícula.</p> <p>Error gramatical, Reemplazar "de acuerdo a" por "de acuerdo con"</p>	<p><b>No se acepta</b>, ya se encuentra contemplado en la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico.</p> <p><b>No se acepta</b>, ya que no es materia de la Norma, además de que incluir el Cuestionario Fagerström no significa que sea el único instrumento para aplicarse.</p> <p><b>No se acepta</b>, consideramos que no es tema de la Norma. Es documento que se deberá derivar de esta.</p> <p><b>No se acepta</b>, consideramos que no es tema de la Norma. Es un documento que se deberá derivar de esta.</p> <p><b>No se acepta</b>, ya que no es materia de la Norma</p> <p><b>No se acepta</b>, la NOM-028 no regula los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica.</p> <p><b>No se acepta</b>, no es tema de la Norma. Una Norma de salud no puede establecer obligaciones a instituciones educativas.</p> <p><b>Se acepta</b>, y se hacen las correcciones correspondientes en el texto de la Norma para quedar como sigue:</p> <p><b>5.2.1.5.</b> ...de acuerdo <b>con</b> el cuadro clínico.</p> <p><b>5.2.2.1.</b> ...de acuerdo <b>con</b> el tipo de modelo de atención...</p> <p><b>5.2.2.2.</b> ...de acuerdo <b>con</b> su grupo de edad y sexo.</p> <p><b>5.2.4.3.</b> ...y servida en utensilios higiénicos, de acuerdo <b>con</b> el estado de salud del usuario;</p> <p><b>5.3.4.</b> ...espacios adecuados e independientes, de acuerdo <b>con</b> la edad y sexo,</p>
---	--

<p>14. Bibliografía</p> <p>Evaluar y considerar las referencias presentadas, en especial Surgeon General de 2004 y 2006.</p>	<p>6. Prevención</p> <p>...</p> <p>c) Incluir poblaciones vulnerables y de muy alto riesgo, de acuerdo <b>con</b> la estratificación...</p> <p>6.2.2.4. ...realización de actividad física sistemática de acuerdo <b>con</b> la población objetivo; ...</p> <p>9.1.2. ...se llevará de acuerdo <b>con</b> los siguientes criterios:</p> <p>...</p> <p>9.2.1.2.1. ...en caso de existir, serán de acuerdo <b>con</b> su severidad,</p> <p>9.2.1.3. ...La interconsulta se llevará a cabo de acuerdo <b>con</b> los siguientes criterios:</p> <p>...</p> <p>9.2.1.5.2. Ratificar o rectificar el diagnóstico final de acuerdo <b>con</b> la CIE 10 y/o DSM IV-TR</p> <p>9.2.2.3. ...(literas, hamacas o de acuerdo <b>con</b> los usos y costumbres de la población...)</p> <p>10.3.1. ...debiendo informárseles de acuerdo <b>con</b> sus condiciones individuales, ...</p> <p><b>Se acepta</b> incluir estos dos documentos, recorriendo los numerales respectivos, para quedar como sigue:</p> <p>14.46 US Department of Health and Human Services (USDHHS). The Health consequences of smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA): US Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004.</p> <p>14.47 U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke; A Report of the Surgeon General Executive Summary. US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006. Disponible en ingles: <a href="http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/">http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/</a></p>
<p><b>Dr. Ernesto Ortiz Maldonado</b>  <b>Secretario Técnico del Consejo Estatal contra las Adicciones de Tabasco</b></p> <p>6. Prevención</p> <p>Se propone que en alguna parte del punto 6.2.3. se mencione que el Consejo Nacional contra las Adicciones realizará las gestiones pertinentes ante la Secretaría de Gobernación para que se apliquen las sanciones correspondientes a los medios que violen las disposiciones establecidas en este punto.</p> <p>De igual forma, que las Secretarías de Salud de los Estados gestionarán ante las delegaciones correspondientes de la Secretaría de Gobernación las sanciones que ameriten las violaciones de la NOM-028 por los medios de comunicación.</p>	<p><b>Se acepta parcialmente</b>, y se incluye el numeral 6.2.3.7. para quedar como sigue:</p> <p><b><u>6.2.3.7 El CONADIC o el CECA, según sea el caso, ante el incumplimiento de las disposiciones contenidas en el punto 6.2.3, lo harán del conocimiento de las autoridades competentes, para que estas lleven a cabo el procedimiento respectivo.</u></b></p>

<p><b>Dr. Luis Enrique Dorantes Marínez</b>  <b>Director General del Instituto de Psiquiatría de Baja California y Secretario Técnico del CECA en Baja California</b></p> <p>En la prestación del servicio en el proceso de tratamiento residencial, no deben ser combinados usuarios por el tipo de sexo, ni mucho menos por la edad, ya que es bien sabido y concebido que la actitud o comportamiento de una persona con este padecimiento flaquea su estado de responsabilidad respecto de los deberes o estatutos internos de todo establecimiento, poniendo en riesgo el éxito del proceso rehabilitatorio, aumentando los peligros de contagio de enfermedades de transmisión sexual en el caso de combinar a hombres con mujeres en un solo establecimiento. Y, por lo que respecta a la inclusión de menores en establecimientos de adultos, aumentarían los factores de riesgo del menor por existir la posibilidad de malos tratos a estos por parte de otros usuarios mayores en tratamiento.</p>	<p><b>Se acepta parcialmente</b>, ya que en algunas regiones de difícil acceso, donde muchas de las veces un único establecimiento es solo la opción para la atención de este tipo de enfermedades, es improcedente, por el momento, pedirles que se especialicen en sólo un tipo de usuario (determinado por su sexo y edad); por otra parte, lo que propone el proyecto de Norma es precisamente que el establecimiento, “según sea el caso y considerando sus características –cuenta- con las instalaciones específicas necesarias para la atención a los usuarios de acuerdo a su grupo de edad y sexo”, sin querer decir con ello que deberán coexistir los usuarios en un mismo lugar. Sin embargo, acordes con el espíritu de la propuesta realizada, consideramos pertinente modificar la redacción para hacerla más clara:</p> <p><b>5.2</b> Los establecimientos especializados en adicciones que brinden atención residencial deben contar con:</p> <p>...</p> <p><b>5.2.2.2</b> Instalaciones específicas necesarias para dar atención a los usuarios, <b>estableciendo perfectamente la división</b> de acuerdo con su grupo de edad y sexo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Niños/as</li> <li>• Adolescentes</li> <li>• Adultos/as</li> <li>• Personas Adultas Mayores</li> <li>• Personas con capacidades diferentes</li> </ul>
<p><b>Jorge A. Ruiz Saavedra</b>  <b>Asesor de la Secretaría Técnica</b>  <b>Secretaría de Gobierno de Michoacán</b></p> <p>Si bien la Norma tiene por objeto establecer los procedimientos y criterios para la atención integral de las adicciones y considera su aplicación en todos “los establecimientos de los sectores público, social y privado que realicen actividades preventivas, de tratamiento, (...) o de control de las adicciones”, me parece que falta una definición de los aspectos referentes a los controles que llevan a cabo organizaciones públicas y privadas conocidos como “anti-doping”, en cuanto a la obligatoriedad de los mismos y las cuestiones de protección a la privacidad de quienes someten a dichos controles</p>	<p><b>No se acepta</b> ya que, si bien consideramos que es un tema de suma importancia, no es materia de una Norma Oficial Mexicana, sino de un ordenamiento jurídico de mayor jerarquía.</p>
<p><b>Fundación de Investigaciones Sociales, A.C. (FISAC)</b>  0. Introducción  Propone la siguiente redacción:</p> <p><b>En el caso de bebidas alcohólicas, alcohol etílico y otro tipo de alcoholes, tanto potables como no potables</b>, la población juvenil inicia el consumo a edades cada vez más tempranas además de que el porcentaje de consumo entre mujeres ha aumentado, repercutiendo ello en los índices de morbilidad y mortalidad con un alto costo social, laboral y familiar...”</p> <p>3. Definiciones</p> <p>3.51 <b>Sustancia psicoactiva</b> o psicotrópica, es la sustancia que altera algunas funciones mentales y a veces físicas, que al ser consumida reiteradamente tiene la posibilidad de dar origen a una adicción. Esos productos incluyen las sustancias, estupefacientes y psicotrópicos clasificados en la Ley General de Salud, aquellos de uso médico, los de uso industrial, los derivados de elementos de origen natural, los de diseño, así como el tabaco y <b>el alcohol etílico o etanol</b>.</p>	<p><b>No se acepta</b>, ya que los datos epidemiológicos con que se cuentan, establecen de manera genérica al alcohol, sin poder con ello aseverar especificidades de consumo en las distintas poblaciones.</p> <p><b>Se acepta parcialmente</b>, para quedar como sigue:</p> <p>3.54 <b>Sustancia psicoactiva o</b> psicotrópica, es la sustancia que altera algunas funciones mentales y a veces físicas, que al ser consumida reiteradamente tiene la posibilidad de dar origen a una adicción. Esos productos incluyen las sustancias, estupefacientes y psicotrópicos clasificados en la Ley General de Salud, aquellos de uso médico, los de uso industrial, los derivados de elementos de origen natural, los de diseño, así como el tabaco y <b>el alcohol</b>.</p>

<p>Se propone se incluya la definición de <i>alcohol etílico y etanol</i></p> <p>Se propone se Incluya la definición de <i>droga</i></p> <p><b>DROGA:</b> Toda sustancia que altera algunas funciones mentales y a veces físicas, y que al ser consumida reiteradamente tiene la potencialidad de dar origen a una adicción; cuya producción, acopio, posesión, transportación, comercialización, inducción al consumo, suministro y consumo, son ilegales por contravenir diversos ordenamientos jurídicos y no formar parte de los cuadros de medicamentos, alimentos o productos que expresamente señala la Ley General de Salud.</p>	<p>Se acepta para quedar como sigue:</p> <p><b>3.23 <u>Etanol: (alcohol etílico): Aquel de contenido alcohólico mayor de 55°GL, de uso industrial y no potable.</u></b></p> <p><b>Se acepta parcialmente</b>, ya que se adiciona la definición establecida por el Lexicón de la OMS. Y queda:</p> <p>3.17 <b>Droga</b>, se refiere a cualquier sustancia que previene o cura alguna enfermedad o aumenta el bienestar físico o mental. En farmacología se refiere a cualquier agente químico que altera la bioquímica o algún proceso fisiológico de algún tejido u organismo.</p>
<p><b>Consejo Estatal contra las Adicciones Tamaulipas</b></p> <p><b>2. Referencias</b></p> <p>2.3 Agregar las legislaciones vigentes en el Estado.</p> <p>Que las empresas distribuidoras de sustancias adictivas destinen 20% de sus recursos a la elaboración y difusión en medios masivos de comunicación</p> <p>5. Generalidades</p> <p>5.2 Para la creación de nuevos centros, clínicas, establecimientos que atienden adicciones y grupos de autoayuda deberán tramitar su registro ante la Secretaría de Salud, quien otorgará la licencia correspondiente después de revisar que haya cubierto los requisitos establecidos por la NOM-028-SSA-1999. En el caso de establecimientos asistenciales el registro deberá hacerse ante el DIF Estatal, y:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Fomentar la promoción y difusión de la NOM-028-SSA-1999, entre todas las instituciones y la comunidad en general.</li> <li>➤ Generar la difusión de la NOM-028-SSA-1999, a través de medios masivos de comunicación.</li> <li>➤ Difundir la o las Instituciones de orientación y administrativas a la población en general.</li> </ul> <p>5.2.3 Evaluación permanente del personal que brinda atención.</p> <p>5.2.4.15 Contar con un directorio de Instituciones no solo para el servicio de urgencias sino también para tratamiento, rehabilitación y orientación.</p> <p>5.2.16 Alternativas de canalización en otras Instituciones o Estados en caso de clausura</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La Asociaciones Civiles de rehabilitación a nivel nacional e internacional estén debidamente registrados de acuerdo a la legislatura local-Estatal</li> <li>➤ Contar la revisión y autorización del CONADIC para la regularización de los mensajes en medios de comunicación sobre sustancias adictivas. Sanciones más severas.</li> </ul>	<p><b>No se acepta</b>, ya que de acuerdo a lo establecido en la Norma Mexicana NMX-Z-013-1-1977, este elemento está destinado a proporcionar una relación completa de otras Normas que sea indispensable consultar para la aplicación de la Norma.</p> <p><b>No se acepta</b>, ya que no es materia de la Norma.</p> <p><b>Se acepta parcialmente</b>, ya que en el punto 5.2.1.1 se contemplará lo referente al aviso de funcionamiento. Por lo que se refiere a establecimientos asistenciales, no es materia de la Norma, por lo tanto no lo puede regular.</p> <p><b>No se acepta</b>, consideramos que lo propuesto es de fundamental importancia, pero no es materia de la Norma.</p> <p><b>Se acepta parcialmente</b>, ya que se establece la obligatoriedad para la evaluación del responsable y encargado de acuerdo a los criterios establecidos en la propia Norma.</p> <p><b>5.2.4.15</b> El establecimiento debe contar con un directorio de instituciones y servicios para la referencia o canalización de los usuarios en situaciones de urgencia, <b><u>tratamiento y rehabilitación</u></b>, avalado por el CECA, pudiendo <b><u>delegar esta función en el COMCA respectivo</u></b>, y</p> <p><b>No se acepta</b>, ya que no es una propuesta concreta</p> <p><b>No se acepta</b>, porque no es una propuesta concreta</p> <p><b>No se acepta</b>, ya que el apartado 6. Prevención, contempla lo relacionado a Comunicación Social. Por otra parte, el CONADIC no aplica sanciones, sino es la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) quien ejerce esta facultad.</p>



<p>5.3 Obligatoriedad de los servicios de atención a las adicciones hacia el interior de los CERESOS.</p> <p>5.3.1.1 Se deberá crear establecimientos especializados en adicciones en los centros de readaptación social que se requiera, para la atención de usuarios y el ingreso de estos se considera obligatorio toda vez que estos representen un peligro grave para si mismos o para la población penitenciaria.</p> <p>Se analice la inserción de un punto para que los infractores, sean conductores, peatones cualquier individuo que viole la ley sea canalizado a grupos de autoayuda o centros de tratamientos (cuando este bajo los efectos de alguna sustancia adictiva, alcohol, droga, etc.)</p> <p>Incluir Instituciones de seguridad pública dentro de las dependencias participantes en su elaboración</p> <p>6. Prevención</p> <p>6.1 Aplicación de la prevención desde la educación inicial y madres embarazadas (consecuencias en el bebe)</p> <p>6.2.3.4 La Norma no toca lo concerniente a la publicidad subliminal en los medios masivos de comunicación.</p> <p>Incluir en la norma un capítulo de sanciones concernientes a la no observancia y violaciones en su aplicación.</p> <p>9. Tratamiento</p> <p>9.2.2 Agregar que debe hacer un responsable médico en las Instituciones de rehabilitación</p> <p>13. Capacitación y enseñanza</p> <p>13.2.2 La capacitación debe incluir todos los participantes de la NOM-028-SSA-1999</p>	<p><b>No se acepta</b>, ya que no es tema de la Norma, además de ya estar contemplado en la legislación penal nacional.</p> <p><b>No se acepta</b>, ya que no es tema de la Norma, además de ya estar contemplado en la legislación penal nacional.</p> <p><b>No se acepta</b>, ya que no es materia de la Norma.</p> <p><b>No se acepta</b>, ya que las instancias de seguridad pública se encuentran contempladas dentro de los trabajos que realizaron los Consejos Estatales contra las Adicciones, y no se tendría que hacer la mención en específico de ellas.</p> <p><b>No se acepta</b>, son menciones muy específicas, además de ya estar contemplado dentro de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico.</p> <p><b>No se acepta</b>, son menciones muy específicas.</p> <p><b>No se acepta</b>, ya que la <i>Norma Mexicana NMX-Z-013/1-1977, Guía para la redacción, estructuración y presentación de las Normas Mexicanas</i>, no lo establece como apartado de las mismas.</p> <p><b>No se acepta</b>, se especifican a través del documento las figuras de responsable y encargado.</p> <p><b>No se acepta</b>, no existe una propuesta concreta.</p>
<p><b>Amece, A.C.</b></p> <p>3. Definiciones</p> <p>3.1 En lugar de decir organismo vivo, que diga "persona"</p> <p>3.7 Bebida Alcohólica, debería decir: toda la que contenga alcohol etílico.</p> <p>3.10 Comunidad Terapéutica, en esta definición se sostiene que la misma debe encerrar una modificación en el estilo de vida y cambio de identidad personal. Se sugiere cambiar el término <i>cambio de identidad personal</i> por el de <i>cambio de personalidad</i>.</p> <p>3.17 Encargado es la persona que teniendo una preparación especializada en el tratamiento de las adicciones... y es designada a cargo del establecimiento en ausencia del responsable del mismo.</p> <p>3.33 Cambiar años incompletos por incumplidos.</p> <p>3.39 Sobra la última coma porque tiene una o.</p>	<p><b>No se acepta</b>, es la definición establecida por la Organización Mundial de la Salud.</p> <p><b>No se acepta</b>, es la definición establecida en la Ley General de Salud.</p> <p><b>No se acepta</b>, es la definición oficial de la Federación Mexicana de Comunidades Terapéuticas.</p> <p><b>No se acepta</b>, ya que esta figura se refiere a los establecimientos de ayuda mutua principalmente, donde no existe la especialización.</p> <p><b>No se acepta</b>, es la definición que establece la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.</p> <p><b>Se acepta</b> para quedar como sigue:</p> <p>3.42 <b>Prácticas sexuales de riesgo</b>, representan actividades, en las que, sin el correcto uso de algún medio que evite el intercambio de secreciones o sangre, exista penetración: peneano, pene-vagina, pene-boca o boca-genitales externos.</p>

<p>3.40 Incluir familiares después de económicas.</p> <p>3.45 Debería decir abstinencia más la práctica de un programa y psicoterapia, lo que lleva al mejoramiento de la vida.</p> <p>3.47 Rehabilitación del adicto. Consideramos que la rehabilitación del adicto o del paciente que se presenta en esta definición no es algo estático, no es un estado final, sino que la recuperación del paciente debe ser dinámica, pues se debe de incluir la práctica de un programa permanente.</p> <p>3.49 Responsable del establecimiento especializado en adicciones. Se sugiere cambiar el término <i>ex adicto en recuperación por adicto en recuperación</i>, ya que la literatura internacional de los Alcohólicos Anónimos y los Narcóticos Anónimos.</p> <p>3.54 Tratamiento. En la definición que se otorga en esta regla sobre lo que se considera tratamiento, no se tiene orden o lógica, pues si se observa al final de la misma, se entiende que la familia es parte de la adicción o del problema del paciente.</p> <p>5. Generalidades</p> <p>5.2.4.8 Debiera hacerse más comprometida la participación de la familia en este proceso, por lo que sugerimos que se eliminen las palabras <i>de ser posible</i> y se deje simplemente promover la participación de la familia.</p>	<p><b>Se acepta</b>, para quedar como sigue:</p> <p>3.43 <b>Prevención</b>, es el conjunto de acciones dirigidas a identificar, evitar, reducir, regular o eliminar el consumo no terapéutico de sustancias psicoactivas, como riesgo sanitario, así como sus consecuencias físicas, psíquicas, económicas, familiares y sociales.</p> <p><b>No se acepta</b> ya que, aunque es importante, no es indispensable el que se cuente con un programa de psicoterapia.</p> <p><b>No se acepta</b>, no hay una propuesta concreta.</p> <p><b>Se acepta</b>, para quedar como sigue:</p> <p>3.52 <b>Responsable del establecimiento especializado en adicciones</b>, para el efecto se estará a lo dispuesto en la Ley General de Salud y en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Por lo que se refiere a los grupos de ayuda mutua, éste podrá ser un <b>adicto</b> en recuperación, que tenga dos años como mínimo de abstinencia en el consumo de sustancias psicoactivas y en su proceso de rehabilitación.</p> <p><b>No se acepta</b>, no hay una propuesta concreta.</p> <p><b>No se acepta</b>, ya que dentro del proceso terapéutico se debe respetar la decisión del usuario de incluir o no a su familia; y, por otra parte, en algunos casos las personas se encuentran en estado de abandono.</p>
<p><b>Clínicas de Tabaco Mexicanas</b></p> <p>Agregar la imposibilidad de fumar en centros de diversión como antros o bares; ya que estos son factores de gran incidencia al tabaco, donde no se respeta el derecho del no fumador. Es de gran importancia su cumplimiento y la aplicación de alguna sanción eficaz para lograrlo.</p> <p>Mayor cumplimiento de la ley para el vendedor de cigarros sueltos y a menores de edad.</p>	<p><b>No se acepta</b>, ya que no es competencia de la Norma regular establecimientos comerciales.</p> <p><b>No se acepta</b>, ya que no es competencia de la Norma regular el producto y su venta.</p>
<p><b>Dr. Octavio Campollo Rivas</b> <b>Director de "Piensa y Trabaja"</b></p> <p>3. Definiciones</p> <p>3.7 En la practica existen sujetos, habitualmente alcohólicos, que ingieren bebidas alcohólicas con un porcentaje mayor de contenido de alcohol como por ejemplo aquellos alcohólicos que ingieren o mezclan alcohol "puro", pensamos que debería mencionarse que existen bebidas de contenido alcohólico mayor a los 55% para denotar a este tipo de individuos o ese tipo de bebida o mezcla que ingieren.</p> <p>3.10 Con la finalidad de orientar al publico usuario, a los pacientes, a las autoridades de salud y a la comunidad profesional, consideramos necesario anotar que las comunidades terapéuticas pueden ser: Comunidad Terapéutica de tipo profesional, Comunidad terapéutica de tipo ayuda mutua y Comunidad terapéutica de tipo mixto.</p>	<p><b>No se acepta</b>, la Ley General de Salud define a las bebidas alcohólicas como aquellas que contienen alcohol etílico en una porción de 2% y hasta 55% en volumen, así es que, rebasando este volumen ya no se considera bebida alcohólica. Sin embargo, estamos contemplando la definición del Etanol (alcohol etílico).</p> <p><b>No se acepta</b>, ya que la Norma define en general los modelos bajo los cuales pueden operar los establecimientos especializados en la atención de las adicciones, que son: modelo profesional, modelo de ayuda mutua y modelo mixto.</p>

<p>3.19 La redacción debería modificarse como sigue: “...., operan bajo un modelo (de atención) profesional, de ayuda mutua o mixto.</p> <p>3.29 En este punto consideramos que debe corregirse lo referente al servicio de atención que brindan los profesionales que pueden ser de varias maneras o escenarios diferentes y no necesariamente uno o más juntos: (Actual) “...a través de consulta externa, urgencias y hospitalización, entre otros” (Nuevo) “.....a través de consulta externa, de consulta de urgencia (o servicios de urgencias) y de hospitalización, entre otros.”</p> <p>3.49 En lo que respecta al “Responsable del establecimiento especializado en adicciones” en lo que se refiere a los grupos de ayuda mutua, debería incluirse el aspecto relativo a que dicho responsable deberá contar con o estar “capacitado” para la atención y servicio a los adictos o que dicho responsable, en caso de no ser médico, sea autorizado por el CONADIC, el CECA correspondiente o la autoridad competente.</p> <p>5. Generalidades Punto 5.2 y subsiguientes: En establecimientos de atención residencial debe hacerse la distinción de aquellos que ofrezcan la modalidad de comunidad terapéutica los cuales deberán de “contemplar” <b>las actividades y las interacciones personales propias del trabajo en comunidad terapéutica para adicciones</b> aparte del tratamiento médico y/o psicosocial basado en principios científicos, sociales y éticos.</p> <p>5.2.3 Debería ser más específico el punto sobre la “capacitación” del personal. Ya que es muy variada y va desde la simple experiencia de haber vivido el proceso de rehabilitación, hasta cursos y diplomados ofrecidos por diversos tipos de grupos y sociedades. Por ello sugerimos que se agregue al término de capacitación la característica de la misma en base a cumplimiento de objetivos y competencias profesionales o del aval del Colegio de profesionales respectivo según el caso o con base en el reconocimiento de los cursos, talleres, seminarios, etc. Por parte de una Institución de educación superior, respectivo o simplemente, el reconocimiento de la actividad de capacitación por el CECA correspondiente.</p> <p>9. Tratamiento 9.3 u otra adicional Consideramos que debe incluirse un párrafo nuevo con base en la evidencia obtenida en relación a la elevada prevalencia del virus de la hepatitis C, aparte del VIH-SIDA y del virus de la hepatitis B, en pacientes adictos donde se recomiende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Realización de pruebas de detección de virus de la hepatitis B y C (VHB y VHC) y VIH en pacientes adictos.</li> <li>● Vacunación contra el virus de la hepatitis B</li> <li>● Vacunación contra hepatitis C y contra VIH, cuando ya se encuentren disponibles.</li> </ul>	<p><b>Se acepta</b>, para quedar como sigue: 3.21 <b>Establecimientos especializados en adicciones</b>, son los establecimientos de carácter público, privado o social, fijos o móviles, cualquiera que sea su denominación, que proporcionan servicios para la atención específica de personas con consumo perjudicial o adicción a sustancias psicoactivas, y que, en cualquier caso, operan bajo un modelo <b>de atención</b> profesional, de ayuda mutua o mixto.</p> <p><b>Se acepta</b> para quedar como sigue: 3.34 <b>Modelo profesional</b>, es el servicio de atención que brindan los profesionales de la salud, a través de consulta externa, <b>consulta de urgencias (servicio de urgencias)</b> y hospitalización, entre otros.</p> <p><b>Se acepta parcialmente</b>, ya que a través de la Norma se establecen las funciones y características relacionadas a las figuras de responsable y encargado.</p> <p><b>No se acepta</b>, no es una propuesta concreta, además ya se encuentra contemplado en tratamiento psicosocial.</p> <p><b>No se acepta</b>, no hay una propuesta concreta.</p> <p><b>No se acepta</b>, ya que a partir de la publicación de la Norma se derivarán los documentos técnicos que tendrán que contemplar estos aspectos tan específicos. Por otro lado, la detección de estas infecciones de transmisión sexual, se encuentran ya contempladas en otros ordenamientos.</p>
--	---

<p><b>Dr. Octavio Arredondo Cato</b>  <b>Director General de Protección contra Riesgos Sanitarios</b>  <b>Guanajuato</b></p> <p>3. Definiciones</p> <p>3.19 La característica de movilidad que previene la disposición que se analiza, no es compatible con la seguridad, seguimiento y certeza que debe prevalecer en un establecimiento de esta naturaleza, aún cuando se trate de aquellos que no tienen internamiento.</p> <p>3.49. El perfil de responsable que propone el proyecto es insuficiente para garantizar los servicios de atención medica requeridos por la NOM vigente, habida cuenta que en esta Entidad Federativa el perfil de responsable sanitario para estos establecimientos es el de medico cirujano, a falta de lineamiento especifico en la norma vigente, por lo que en nuestro concepto la propuesta en análisis va en detrimento a la protección de la salud de los usuarios.</p> <p>5. Generalidades</p> <p>5.3. Se establece que en los mencionados establecimientos especializados bajo el modelo de ayuda mutua, en principio se determina que el ingreso es "estrictamente voluntario", para luego contemplar el ingreso obligatorio bajo ciertas condiciones, lo que equivale a establecer la regla, para luego dejarla sin efecto.</p> <p>5.3.4 Consideramos desafortunada la redacción del dispositivo legal en cita, toda vez que la edad limite señalada no coincide con la mayoría de edad, señalada constitucionalmente a partir de los 18 años, lo que deja en estado de indefensión en su tratamiento legal a los menores de 18 años y mayores de 16, además de que los usuarios en este rango de edad, recibirán el mismo tipo de rehabilitación que las personas adultas.</p> <p>9. Tratamiento</p> <p>9.2.2.2 Sanitarios y regaderas independientes para hombres y mujeres.</p> <p>9.2.2.3.5 En la Norma Oficial Mexicana cuya modificación se propone, la valoración es al momento del ingreso de los usuarios y la lleva a cabo el médico responsable sanitario del establecimiento, reduciendo así, situaciones que pongan o puedan poner en riesgo su salud o la propia vida, si media un margen de tiempo tan amplio entre el ingreso y el examen médico como el señalado en la Norma en estudio, para realizar su valoración.</p> <p>9.2.2.3.8 La redacción empleada se presta a equívocos en la interpretación del aparatado en cuestión, pues por parte dispone que no deben ser admitidas personas distintas a las que requieren rehabilitación en adicciones y por otra, previene la posibilidad de que ingresen usuarios con alguna comorbilidad o con condiciones médicas o psiquiátricas controladas. Consideramos que en estos últimos supuestos las personas requieren de atención médica especializada y no de un grupo de ayuda mutua, el cual tiene como base el asumirse como adicto para de ahí partir en el proceso de rehabilitación, condiciones estas que dificultarían en un paciente con trastornos psiquiátricos.</p>	<p><b>No se acepta.</b> Existen servicios de tratamiento móvil, algunos de ellos profesionales, un ejemplo de lo anterior son los servicios itinerantes para la atención del tabaquismo de los Centros de Integración Juvenil y requieren cumplir con la normatividad.</p> <p><b>No se acepta.</b> Ya que por definición los grupos de ayuda mutua no cuentan con personal profesional. Sin embargo se protege a los usuarios con la obligatoriedad de ser evaluados siempre al ingreso por un médico.</p> <p><b>Se acepta,</b> y se elimina la posibilidad de ingreso obligatorio para estos establecimientos.</p> <p><b>No se acepta.</b> La propuesta obedece a la necesidad de proteger a los menores de 16 años; ya que en la Norma actual existe la posibilidad de su internamiento en estos establecimientos. Sin embargo se establece la obligatoriedad de contar con espacios físicos independientes para la población comprendida entre los 16 y los 18 años.</p> <p><b>Se acepta</b> y queda como sigue:  9.2.2.2 Sanitarios y regaderas independientes para hombres y mujeres,</p> <p><b>Se acepta parcialmente.</b> En la Norma Oficial actual, no se establece un tiempo perentorio para la evaluación médica.  Queda como sigue:  9.2.2.3.5 Todo usuario que ingrese al establecimiento debe ser valorado por un médico en un periodo no mayor de <b>48 horas.</b></p> <p><b>No se acepta.</b> La mayoría de las personas con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, presentan trastornos de comorbilidad física o psiquiátrica. Sin embargo estas patologías deben estar bajo control para el ingreso a estos establecimientos. En caso de alguna exacerbación de la comorbilidad, el paciente debe ser trasladado de manera inmediata para su atención.</p>
---	--

<p> <b>Lic. María Elena Juárez Allende</b>  <b>Presidenta de la Junta de Asistencia Privada</b>  <b>Dra. Garé Fabila de Zaldo</b>  <b>Consejera del Rubro</b>  <b>Lic. Mónica Cantú de Ainslie</b>  <b>Fundación Ama la Vida, I.A.P.</b>  <b>Arq. Eduardo Torres Contreras</b>  <b>Juventud Luz y Esperanza, I.A.P.</b>  <b>Sr. Martín Aguilera Ramírez</b>  <b>La Cumbre de la Montaña, I.A.P.</b>  <b>Sr. Trinidad Morales González</b>  <b>Grupo Compañeros Uno, I.A.P.</b>  <b>Sr. José Bruno Pioquinto Pérez Sánchez</b>  <b>Centro de Rehabilitación de Alcoholismo y</b>  <b>Drogadicción Dr. Sergio Berumen Torres, I.A.P.</b>  <b>Sr. Francisco Javier Vega Ortiz</b>  <b>Fundación Reencuentro, I.A.P.</b>  <b>Sr. Joaquín del Bosque Cortazar</b>  <b>Hogar Integral de Juventud, I.A.P.</b>  <b>Sr. Alberto Banck Muñoz</b>  <b>Fundación para la Salud y la Vida, I.A.P.</b>  <b>Sr. Gamaliel Cerda Elías</b>  <b>Reto a la Juventud, I.A.P.</b>  Agrupar a las instituciones de Asistencia Privada y a la Junta de Asistencia Privada del Distrito Federal </p>	<p> <b>Se acepta</b> para quedar como sigue:  Centros de Integración Juvenil, A.C.-CIJ  Alianza Contra el Tabaco, A.C.-ACTA  Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C.-APM  Fundación de Investigaciones Sociales, A.C.-FISAC  Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos, A.C.-INEPAR  Instituto Vida Saludable, A.C.  Centros Toxicológicos "Jóvenes por la Salud" Venustiano Carranza  Centros Toxicológicos "Jóvenes por la Salud" Xochimilco  Centro de Estudios sobre Alcohol y Alcoholismo, A.C.-CESAAL  Centro de Integración para Adictos y Familiares, A.C. "Monte Fénix"  Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A.C.  Junta de Servicios Generales de AA, A.C., Sección México  Oficina Central de Servicios de Grupos 24 horas de AA y Terapia Intensiva A.C.  Drogadictos Anónimos, A.C.-DA  Grupo AL-ANON  OCIUM Tiempo Libre con Imaginación, A.C.  Centro de Prevención y Tratamiento de Adicciones y Codependencia "La Joya"  Centro de Rehabilitación para Adictos Proyecto "Ave Fénix 2000", A.C.  Consultoría en Salud Pública y Gestión Sanitaria, A.C.  Centro "Cáritas" de Formación para la Atención de las Farmacodependencias y Situaciones  Críticas Asociadas, A.C.  Casa Nueva, Comunidad Terapéutica  Centro de Atención Especializado en Drogodependencias, A.C.-CAEDRO  Federación Nacional de Asociaciones de Padres de Familia, A.C.-FENA PAF  Centro de Respuestas Educativas y Comunitarias, A.C.-CRECE  Clínica Integral de Tratamiento Contra las Adicciones, S.A. de C.V. </p>
---	--

<p>3. Definiciones</p> <p>Incluir las definiciones de joven, adulto, Es importante definir el tipo de población a atender ya que en el numeral 5.2.2.2 se determinan las características de población a atender y esta población no está definida. Aunado a ello, este proyecto de Norma indica que los programas de atención deben contar con características específicas dependiendo a la población que se atiende.</p> <p><b>Adulto</b>, son las personas que tienen entre 29 años cumplidos y 60 incumplidos.</p> <p><b>Joven</b>, son las personas que tienen entre 18 años cumplidos y 29 incumplidos.</p> <p>3.17 Definir la palabra discapacidad, ya que la NOM-173-SSA1-1998, Para la atención integral a personas con discapacidad no habla de personas con capacidades diferentes.</p> <p><b>Discapacidad</b>, ausencia, restricción o pérdida de la habilidad, para desarrollar una actividad en la forma o dentro del margen, considerado como normal para un ser humano.</p> <p>3.21 Establecimientos especializados en adicciones. Es importante incluir el modelo alternativo en todos los reactivos y definiciones donde se nombren los demás modelos de atención. Se propone se establezca:</p> <p><b>3.21 Establecimientos especializados en adicciones</b>, son los establecimientos de carácter público, privado o social, fijos o móviles, cualquiera que sea su denominación, que proporcionan servicios para la atención específica de personas con consumo perjudicial o adicción a sustancias psicoactivas, y que, en cualquier caso, operan bajo un modelo profesional, de ayuda mutua, mixto <b>o alternativo</b>.</p> <p>3.43 Prevención. Es importante continuar señalando la importancia de la familia en la prevención y tratamiento de las adicciones, por lo cual se considera señalarla de manera específica.</p>	<p>Junta de Asistencia Privada en el Distrito Federal-JAPDF  Fundación "Ama la Vida" I.A.P.  Juventud, Luz y Esperanza, I.A.P.  Hogar Integral de la Juventud I.A.P.  Grupo "Compañeros Uno", I.A.P.  Centro de Rehabilitación de Alcoholismo y Drogadicción "Dr. Sergio Berúmen" I.A.P.  Centro de Rehabilitación y Farmacodependencia Libertad I.A.P.  Fundación Reencuentro I.A.P.  La Cumbre de la Montaña I.A.P.  Reto a la Juventud México I.A.P.  Fundación Para la Salud y la Vida, I.A.P.  Centro Comunitario San Lorenzo de la Fundación Bringas Hagenbeck, I.A.P.  Fundación Pro Niños de la Calle, I.A.P.  Fundación Francisco de Asís para Enfermos del Alcoholismo, I.A.P.</p> <p><b>No se acepta.</b> Las definiciones han sido tomadas de diversos ordenamientos como la Ley para la Protección de los Derechos de niñas, niños y adolescentes y la Ley de los derechos de las personas adultas mayores.</p> <p><b>No se acepta</b> ya que la presente norma no emplea el término discapacidad.</p> <p><b>No se acepta.</b> El modelo alternativo se reconoce como un apoyo a algún tipo de establecimiento.</p> <p><b>Se acepta</b>, para quedar como sigue:</p> <p>3.43 <b>Prevención</b>, es el conjunto de acciones dirigidas a identificar, evitar, reducir, regular o eliminar el consumo no terapéutico de sustancias psicoactivas, como riesgo sanitario, así como sus consecuencias físicas, psíquicas, económicas, familiares y sociales.</p>
--	---

<p>3.45 Prevención selectiva. Es importante no delimitar la atención a tres grupos específicos y si dejar la opción de atender más grupos.</p> <p>3.52 Responsable del establecimiento especializado en adicciones. Debido a que es necesario que las personas encargadas de ser responsables de los establecimientos estén recuperadas, se considera que se debe de aumentar a tres años el nivel de abstinencia en los grupos de ayuda mutua, considerando que en Europa se estima que después de 5 años libres de consumo de considera que una persona está recuperada.</p> <p>5. Generalidades</p> <p>En los puntos 5.2.1.1 y 5.2.1.2 consideramos que es necesario que el CONADIC continúe siendo el organismo rector de los establecimientos encargados del tratamiento y la prevención de las adicciones a nivel Nacional por lo que es necesario que se concentre la información. Por lo anterior se propone:</p> <p><b>5.2.1.1</b> Registro como institución especializada ante el CECA correspondiente.</p> <p><b>5.2.1.2</b> Programa general de trabajo aprobado por el CONADIC o el CECA, según sea el caso, en el que se contemple el tratamiento médico y/o psicosocial basado en principios científicos, sociales y éticos,</p> <p>5.2.4.8 En esta punto es importante suprimir “de ser posible” ya que la incorporación de la familia en los procesos de la atención, facilitan en ocasiones la rehabilitación del usuario y es importante que los establecimientos especializados en la atención estén concientes de ello y creen un programa especial para la atención de las familias.</p> <p>5.2.4.15 En cuanto al directorio de instituciones y servicios, consideramos que es necesario que el CONADIC continúe siendo el organismo rector de los establecimientos encargados del tratamiento y la prevención de las adicciones a nivel nacional por lo que es necesario que se concentre la información.</p> <p>5.3 Respecto al ingreso de los usuarios a los establecimientos especializados en adicciones, es importante incluir el modelo alternativo en todos los reactivos y definiciones donde se nombren los demás modelos de atención.</p> <p>Consideramos que es necesario que el CONADIC continúe siendo el organismo rector de los establecimientos encargados del tratamiento y la prevención de las adicciones a nivel nacional por lo que es necesario que se concentre la información.</p> <p>6. Prevención</p> <p>d) Respecto a los programas de prevención, consideramos que es necesario que el CONADIC continúe siendo el organismo rector de los establecimientos encargados del tratamiento y la prevención de las adicciones a nivel nacional por lo que es necesario que se concentre la información.</p>	<p><b>Se acepta</b>, quedando como sigue:</p> <p>3.45 <b>Prevención selectiva</b>, es la que se enfoca a desarrollar intervenciones para grupos de riesgo específico, por ejemplo: hijos de alcohólicos, reclusos, menores infractores, víctimas de violencia doméstica y abuso sexual, niños con problemas de aprendizaje y/o de conducta, etc. Estos grupos se asocian, al consumo de drogas ya que se han identificado factores biológicos, psicológicos y ambientales que sustentan la vulnerabilidad. Asimismo, se coadyuva a la atención a grupos específicos de niños en situación de calle, indígenas y adultos mayores, <b>entre otras</b>.</p> <p><b>No se acepta</b>. De acuerdo con la OMS y con DSMIV-TR una persona se considera en remisión total sostenida después de un año de abstinencia. El término de dos años ha sido consensuado con diversas organizaciones de la sociedad civil y de gobierno.</p> <p><b>No se acepta</b>, ya que la política actual en materia de salud tiende hacia la descentralización de los servicios, para eficientarlos, de esta forma, se deben delegar las funciones a las entidades federativas, e inclusive a los municipios que estas consideren oportuno, que cuenten con Comités contra las Adicciones (COMCA). Esto no contradice la rectoría del CONADIC.</p> <p><b>No se acepta</b>, ya que dentro del proceso terapéutico se debe respetar la decisión del usuario de incluir o no a su familia; y, por otra parte, en algunos casos las personas se encuentran en estado de abandono.</p> <p><b>No se acepta</b> ya que, como dijimos anteriormente, se tiende a la descentralización de los servicios, lo que no quiere decir que la información no fluya en los tres niveles de gobierno.</p> <p><b>No se acepta</b> ya que el modelo alternativo será apoyo del establecimiento</p> <p><b>No se acepta</b> ya que, como se señaló anteriormente, los CECAS son las instancias técnicas autorizadas en la materia en cada uno de los Estados donde, inclusive, puede delegar estas funciones al COMCA correspondiente que considere apto para realizar la función.</p>
--	---

<p>6.1.2.5 Dice: "Se debe contar con personal con formación específica".</p> <p>Debe decir: "Se debe contar con personal con formación específica en adicciones"</p> <p>6.1.3.5 Dice: "Se debe contar con la intervención de personal especializado"</p> <p>Debe decir: "Se debe contar con la intervención de personal especializado en adicciones"</p> <p>6.2.1.5 Respecto a la distribución de materiales previamente evaluados, consideramos que es necesario que el CONADIC continúe siendo el organismo rector de los establecimientos encargados del tratamiento y la prevención de las adicciones a nivel nacional por lo que es necesario que se concentre la información.</p> <p>6.2.3.6 En materia de comunicación social se establece contar con el aval técnico del CECA correspondiente o del CONADIC en su caso, consideramos que es necesario que el CONADIC continúe siendo el organismo rector de los establecimientos encargados del tratamiento y la prevención de las adicciones a nivel nacional por lo que es necesario que se concentre la información.</p> <p>9. Tratamiento</p> <p>Es importante aclarar que el tratamiento no solo son el conjunto de acciones sino que hay estrategias y programas claros y establecidos. Por lo que se sugiere se establezca:</p> <p>Es el conjunto de estrategias, programas y acciones que tienen por objeto conseguir la abstinencia o, en su caso, la reducción del consumo de las sustancias psicoactivas, reducir los riesgos y daños que implican el uso o abuso de dichas sustancias, abatir los padecimientos asociados al consumo, e incrementar el grado de bienestar físico, mental y social, tanto del que usa, abusa o depende de sustancias psicoactivas, como de su familia.</p> <p>9.1 Respecto al tratamiento bajo la modalidad no residencial, es importante incluir el modelo alternativo en todos los reactivos y definiciones donde se nombren los demás modelos de atención.</p> <p>9.1.2 En la atención ambulatoria, es importante incluir el modelo alternativo en todos los reactivos y definiciones donde se nombren los demás modelos de atención.</p> <p>9.2 Respecto al tratamiento bajo la modalidad residencial, es importante incluir el modelo alternativo en todos los reactivos y definiciones donde se nombren los demás modelos de atención.</p> <p>9.2.2 Sobre el tratamiento bajo la modalidad residencial en los establecimientos de ayuda mutua, es importante incluir el modelo alternativo en todos los reactivos y definiciones donde se nombren los demás modelos de atención.</p> <p>9.3 Sobre los establecimientos que practiquen tratamientos alternativos y/o complementarios, consideramos que en su registro y aval, es necesario que el CONADIC continúe siendo el organismo rector de los establecimientos encargados del tratamiento y la prevención de las adicciones a nivel nacional por lo que es necesario que se concentre la información.</p>	<p><b>Se acepta</b>, para quedar como sigue:</p> <p>6.1.2.5 Se debe contar con personal con formación específica en adicciones.</p> <p><b>Se acepta</b>, para quedar como sigue:</p> <p>6.1.3.5 Se debe contar con la intervención de personal especializado en adicciones</p> <p><b>No se acepta</b>, por las razones ya expuestas anteriormente.</p> <p><b>No se acepta</b>, por las razones ya expuestas anteriormente.</p> <p><b>Se acepta</b> para quedar como sigue:</p> <p>Es el conjunto de <u>estrategias, programas y</u> acciones que tienen por objeto conseguir la abstinencia o, en su caso, la reducción del consumo de las sustancias psicoactivas, reducir los riesgos y daños que implican el uso o abuso de dichas sustancias, abatir los padecimientos asociados al consumo, e incrementar el grado de bienestar físico, mental y social, tanto del que usa, abusa o depende de sustancias psicoactivas, como de su familia.</p> <p><b>Se acepta</b> y se modifica para que aparezca el modelo alternativo en la atención ambulatoria.</p> <p><b>Se acepta</b> y se modifica para que aparezca el modelo alternativo en la atención ambulatoria.</p> <p><b>No se acepta</b> ya que el modelo alternativo es un apoyo para el funcionamiento de establecimientos residenciales.</p> <p><b>No se acepta</b> ya que el modelo alternativo es un apoyo para el funcionamiento de establecimientos residenciales</p> <p><b>No se acepta</b>, por lo ya expuesto.</p>
--	---



<p>9.3.1 Respecto a la reducción de daño, consideramos que el tratamiento no es solo un conjunto de acciones, sino que hay estrategias y programas claros y establecidos, por lo que se propone la siguiente redacción:</p> <p>Por reducción de daño se entiende al conjunto de estrategias, programas y acciones dirigidas a evitar o reducir situaciones de riesgo y limitar los daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas, por lo que se articula necesariamente con la prevención y el tratamiento. No pretende necesariamente la abstinencia.</p> <p>9.3.1.1 Respecto a los programas por escrito sobre reducción de daño, respecto al aval técnico, consideramos que es necesario que el CONADIC continúe siendo el organismo rector de los establecimientos encargados del tratamiento y la prevención de las adicciones a nivel nacional por lo que es necesario que se concentre la información.</p> <p>9.3.1.2 Respecto al registro y aval de los establecimientos de atención médica que lleven a cabo tratamiento con agonistas de sustitución, consideramos que es necesario que el CONADIC continúe siendo el organismo rector de los establecimientos encargados del tratamiento y la prevención de las adicciones a nivel nacional por lo que es necesario que se concentre la información.</p> <p>12. Seguimiento y evaluación</p> <p>12.3 Respecto al reporte de las actividades de los servicios, se considera que es necesario que el CONADIC continúe siendo el organismo rector de los establecimientos encargados del tratamiento y la prevención de las adicciones a nivel nacional por lo que es necesario que se concentre la información.</p>	<p><b>Se acepta</b>, para quedar como sigue:</p> <p>9.3.1 Por reducción de daño se entiende al conjunto de <b>estrategias, programas y</b> acciones dirigidas a evitar o reducir situaciones de riesgo y limitar los daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas, por lo que se articula necesariamente con la prevención y el tratamiento. No pretende necesariamente la abstinencia.</p> <p><b>No se acepta</b>, por lo ya expuesto.</p> <p><b>No se acepta</b>, por lo ya expuesto.</p> <p><b>No se acepta</b>, por lo ya expuesto.</p>
<p><b>Lic. María Cristina Santoscoy Gutiérrez</b>  <b>Secretaría Técnica del Consejo Estatal contra las Adicciones, Secretaría de Salud de Jalisco</b></p> <p>2. Referencias</p> <p>2.2 Incluir las Normas Oficiales Mexicanas siguientes: NOM-167-SSA1-1997, para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores y NOM-197-SSA1-2000, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.</p> <p>3. Definiciones</p> <p>3.19 Eliminar los establecimientos móviles.</p> <p>5. Generalidades</p> <p>Los establecimientos deberán disponer de agua corriente, en cantidad suficiente y con almacenamiento de 150 litros diarios por usuario.</p> <p>Deberán presentar aviso de funcionamiento ante la autoridad Sanitaria de su localidad.</p> <p>5.2 Sobre establecimientos especializados que brindan atención residencial, se sugiere se cambie al apartado 9 de tratamiento, específicamente al inciso 9.2</p> <p>5.2.2.1 Definir y especificar las instalaciones y equipos propios de cada modelo.</p> <p>5.2.2.2 Contar según sea el caso y considerando sus características, con las instalaciones independientes y específicas necesarias, para dar atención a los usuarios de acuerdo a su grupo de edad y sexo, incluyendo al grupo de ayuda mutua.</p>	<p><b>Se acepta parcialmente</b>, y se agrega la Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.</p> <p><b>No se acepta</b>. Existen servicios de tratamiento móvil, algunos de ellos profesionales, un ejemplo de lo anterior son los servicios itinerantes para la atención del tabaquismo de los Centros de Integración Juvenil y requieren cumplir con la normatividad.</p> <p><b>No se acepta</b>. Aspectos contemplados en otros ordenamientos.</p> <p><b>Se acepta</b>, y se modifican varios numerales del texto.</p> <p><b>No se acepta</b>. Estos requisitos deben aplicarse a todos los establecimientos, no solo a los residenciales.</p> <p><b>No se acepta</b>. Las especificaciones por cada modelo, deben ser documentos derivados de la presente Norma y no incluirse en el texto.</p> <p><b>Se acepta</b>, para quedar como sigue:</p> <p>5.2.2.2 Instalaciones específicas necesarias para dar atención a los usuarios, estableciendo perfectamente la división de acuerdo con su grupo de edad y sexo.</p>

<p>5.2.3 Definir el tipo de capacitación que requiere el personal</p> <p>5.2.4.3 La alimentación suministrada a los usuarios debe ser balanceada, de buen aspecto, en cantidad suficiente, preparados con agua que garantice su potabilidad, mediante dietas elaboradas por un nutriólogo y se servirá en utensilios higiénicos y en buen estado.</p> <p>5.2.4.6 La relación del personal con los usuarios se basará en el respeto a su persona, a sus derechos civiles y humanos, así como a sus pertenencias.</p> <p>5.2.4.9 Se debe informar sobre el costo directo o indirecto y total del tratamiento, así como su duración, en el momento de ingreso o cuando cualquier persona solicite información y se deberá colocar una lista de precios a la vista de los usuarios.</p> <p>5.2.4.13 Son autoridades competentes para conocer información sobre el proceso de tratamiento, así como de la consignada en su expediente: La Autoridad Judicial, Organos de Procuración de Justicia y las Autoridades Sanitarias.</p> <p>5.3. El ingreso de los usuarios a los establecimientos especializados en adicciones con modelos profesional y mixto podrá ser voluntario, involuntario u obligatorio; en el de ayuda mutua será estrictamente voluntario.</p> <p>5.3.4 Tratándose de <i>menores de edad</i>, solo se les ingresará cuando existan programas y espacios adecuados e independientes para ellos, de acuerdo a su edad y sexo, de lo contrario deberán ser referidos a otros establecimientos encargados para la atención de menores.</p> <p>6. Prevención</p> <p>6. (primer párrafo) Trasladar el párrafo al numeral 3.</p> <p>6.1.2.5 Definir cual es la formación específica a que se hace referencia.</p> <p>6.1.3.5 Definir cual es el personal especializado</p> <p>6.2 Trasladar el párrafo al numeral 3</p> <p>7. Detección temprana y derivación</p> <p>7. Trasladar el párrafo al numeral 3</p> <p>9. Tratamiento</p> <p>9. Trasladar el párrafo al numeral 3</p> <p>9.1 inciso 1, Atención de urgencias <b>en Hospitales</b></p> <p>9.2.2.1.2 Definir si los trastornos psiquiátricos, alteraciones y trastornos conductuales, no inherentes al consumo de sustancias psicoactivas, comorbilidades medicas y psiquiatras, pueden ser atendidos en los establecimientos que se manejen bajo el modelo profesional mixto.</p> <p>9.3.1 Párrafos primero y segundo, Trasladar los párrafos al numeral 3</p> <p>9.2.2.2.2 Sanitarios con agua corriente, accesorios (papel higiénico, jabón, toallas de papel, recipientes para la basura con bolsa y tapa,) y regaderas, ambos suficientes de acuerdo al número de usuarios, tomando en cuenta el Reglamento de Construcción vigente en la Entidad; independientes para hombres y mujeres.....</p>	<p><b>No se acepta</b>, no es una propuesta concreta.</p> <p><b>No se acepta</b>, demasiado específico para la Norma.</p> <p><b>Se acepta</b> y queda como sigue: 5.2.4.6 La relación del personal con los usuarios se basará en el respeto a su persona, a sus derechos civiles y humanos, así como a sus pertenencias.</p> <p><b>Se acepta parcialmente</b>, quedando como sigue: 5.2.4.9 Se debe informar sobre el costo directo o indirecto y total del tratamiento, <b>así como su duración</b>, en el momento de ingreso o cuando cualquier persona solicite información.</p> <p><b>No se acepta</b>. Ya previsto en otros ordenamientos.</p> <p><b>Se acepta</b> para quedar como sigue: 5.3 El ingreso de los usuarios a los establecimientos especializados en adicciones con modelos profesional y mixto podrá ser voluntario, involuntario u obligatorio, y en el de ayuda mutua será estrictamente voluntario, debiéndose ajustar a los procedimientos siguientes:</p> <p><b>Se acepta parcialmente</b>. La propuesta pretende proteger a los menores de 16 y para los mayores de 16 y menores de 18 se establece claramente la diferencia de espacios.</p> <p><b>No se acepta</b>. El grupo interinstitucional considero, que aunque repetitivo, valía la pena repetir los rubros para enmarcar el tema.</p> <p><b>Se acepta</b> y queda como sigue: 6.1.2.5 Se debe contar con personal con formación específica en adicciones.</p> <p><b>Se acepta</b> y queda como sigue: 6.1.3.5 Se debe contar con la intervención de personal especializado en adicciones.</p> <p><b>No se acepta</b> por las mismas razones planteadas para el caso de prevención.</p> <p><b>No se acepta</b> por las mismas razones planteadas para el caso de prevención.</p> <p><b>No se acepta</b> por las mismas razones planteadas para el caso de prevención.</p> <p><b>No se acepta</b>. Existen algunas urgencias que pueden ser atendidas en establecimientos mixtos o profesionales.</p> <p><b>No se acepta</b>. Si bien el paciente no se interna para su atención del problema concurrente, si su comorbilidad esta controlada no existe restricción para su internamiento.</p> <p><b>No se acepta</b> por las mismas razones planteadas para el caso de prevención.</p> <p><b>No se acepta</b>. Ya contemplado en otros ordenamientos.</p>
---	--

<p>9.2.2.2.3 Dormitorios separados por sexo, con camas independientes (literas, hamacas o de acuerdo a los usos y costumbres de la población donde se encuentre el establecimiento), evitando el hacinamiento, respetando el área tributaria de 6.48 m2 para cama de usuario y con espacios individuales para guardar objetos personales.</p> <p>9.2.2.2.11 Todas las áreas descritas deben estar siempre en perfectas condiciones de higiene, mantenimiento, iluminación y ventilación.</p>	<p><b>No se acepta.</b> Especificaciones ya contempladas en otros ordenamientos.</p> <p><b>Se acepta</b> quedando como sigue: 9.2.2.2.11 Todas las áreas descritas deben estar siempre en perfectas condiciones de higiene, <b>mantenimiento</b>, iluminación y ventilación.</p>
<p><b>Dra. Guadalupe Ponciano Rodríguez</b> <b>Responsable</b> <b>Clínica para el Tratamiento del Tabaquismo</b> <b>Facultad de Medicina</b> <b>Universidad Nacional Autónoma de México</b></p> <p>9. Tratamiento</p> <p>Se establecen las especificaciones a las que deben apegarse los establecimientos especializados para el tratamiento del tabaquismo, que operan bajo el modelo profesional o mixto. Dichas especificaciones están enfocadas básicamente a los procesos involucrados en la prestación del servicio. Consideramos que la parte relacionada con la infraestructura física y el equipo humano está ausente, por lo que nos permitimos sugerir las siguientes precisiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para poder cumplir con sus importantes responsabilidades y lograr la efectividad en el tratamiento y la calidad del servicio, las clínicas para el tratamiento del tabaquismo requieren contar con los siguientes recursos mínimos:</li> </ul> <p>I.- Recursos humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El equipo idóneo para la clínica debe estar integrado por los siguientes profesionales de la salud: psicólogos(as), médico(a) general o especialista, de preferencia neumólogo, cardiólogo, internista o psiquiatra; otros profesionales del área de la salud que demuestren sus conocimientos y experiencia en el tratamiento del tabaquismo; trabajadoras sociales, enfermera y personal administrativo. Todo este equipo deberá tener un enfoque permanente de capacitación continua y desarrollo organizacional</li> <li>• Para optimizar recursos y en virtud de la localización de las clínicas A y B en unidades de salud de segundo y tercer niveles de atención, los médicos especialistas pueden colaborar en la clínica en horarios predeterminados, estableciendo el compromiso y vinculación con ésta. También deberá haber personal de tiempo completo, de acuerdo a los recursos de cada clínica, ya que esto permite incrementar la efectividad del tratamiento y contar de manera expedita con personal capacitado para brindar informes y desarrollar de manera continua estrategias de captación de nuevos pacientes y de difusión de los servicios de la clínica.</li> </ul> <p>II.- Recursos materiales</p> <p>Ila) Infraestructura</p> <p>En principio deberán contar con consultorios para las valoraciones médica y psicológica y un espacio suficiente que sirva como sala para las sesiones de terapia grupal.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los primeros deberán ceñirse a los lineamientos establecidos en la Norma Oficial Mexicana NOM-178-SSA1-1998 que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios, cumpliendo con el rubro de características y mobiliario mínimo para el consultorio de Medicina General.</li> </ul>	<p><b>No se acepta.</b> Especificaciones que deben contemplarse en un documento derivado de la Norma en cuestión.</p> <p><b>No se acepta.</b> Ya contemplado en Norma de referencia.</p>

<p>Otros aspectos de esta Norma aplicables son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La Clínica deberá estar diseñada y construida con los elementos necesarios para lograr el confort ambiental, las áreas de espera deberán tener al menos 6 lugares por consultorio, proporcionar comodidad y seguridad y tendrán que contar con ventilación e iluminación naturales o por medios mecánicos y artificiales. Asimismo deberán contar con los servicios sanitarios indispensables en la proporción que lo requiera la demanda de pacientes y acompañantes.</li> </ul> <p>La Clínica también deberá contar con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un sistema para guardar los Expedientes Clínicos, cumpliendo con los requisitos de la NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico.</li> </ul> <p>Asimismo deberán considerarse algunas de las especificaciones contenidas en la Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000 que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los pisos deberán tener material antiderrapante, liso, lavable; para muros materiales lisos y que no acumulen polvo; para áreas húmedas materiales repelentes al agua; para plafones superficies lisas, continuas de fácil limpieza y mantenimiento.</li> <li>• El acceso y egreso a la Clínica deberá ser directo, rápido y seguro, incluyendo lo necesario para las personas con discapacidad y adultos mayores, que garantice su seguridad e integridad, de acuerdo con la NOM-001-SSA2-1993</li> </ul> <p><i>Nota.- este aspecto es muy importante en los pacientes fumadores ya que algunos de ellos, por tener bronquitis crónica y/o enfisema, pueden tener problemas para subir escaleras y su capacidad de realizar esfuerzos físicos se encuentra reducida.</i></p> <p>II b) Mobiliario y equipo</p> <p>Para operar con eficiencia, las Clínicas requieren lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo de cómputo, computadora, impresora, acceso a Internet para la consulta de directorios y para permitir el acceso al personal a páginas electrónicas relacionadas con el tratamiento del tabaquismo, tanto nacionales (Secretaría de Salud, Conadic, etc.) como internacionales (OMS, NIDA, etc.). Al menos una línea telefónica, mobiliario médico y de oficina. Elementos de apoyo para las sesiones: televisión, videocasetera, grabadora, pizarrón, rotafolios, pantalla, proyecto de diapositivas o videoprojector.</li> <li>• En el caso de las clínicas A, ubicadas en el tercer nivel de atención, también deberán tener acceso a: espirómetro, rayos X, pruebas de laboratorio clínico general y específicas (cotinina).</li> </ul> <p>La NOM 028 básicamente se enfoca, como se mencionó con anterioridad, al aspecto de tratamiento pero consideramos importante enfocar la atención también hacia la fase de pretratamiento.</p>	<p><b>No se acepta.</b> Ya contemplado en Norma de referencia</p> <p><b>Se acepta.</b> Y se agrega como Norma de referencia.</p> <p><b>Se acepta.</b> Y se agrega como Norma de referencia.</p> <p><b>No se acepta.</b> Demasiado específico, deberá ser parte de un documento derivado de la presente Norma.</p>
--	---

<p>Consideramos que en este aspecto se debería incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Pretratamiento es "el proceso encaminado a proporcionar información y orientación al paciente acerca de las características del tratamiento, así como a determinar su situación médica y psicológica, con el propósito de que su ingreso al tratamiento se dé en las mejores condiciones"</li> </ul> <p>En esta fase se deberán realizar los siguientes procedimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● I.- Registro de los usuarios de servicios- Obtener información básica (datos sociodemográficos) de todos los usuarios que acuden o llaman para pedir informes sobre el tratamiento que ofrecen las clínicas.</li> <li>● II.- Brindar al paciente información completa sobre el tratamiento:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Informarle sobre las consecuencias de fumar para su salud, enfatizando los beneficios de dejar de hacerlo</li> <li>b) El diagnóstico preliminar de su estado de salud</li> <li>c) Las opciones de tratamiento, destacando que están basadas en evidencia científica</li> <li>d) Duración del tratamiento</li> <li>e) Beneficios y riesgos del tratamiento</li> <li>f) Costos, en caso de que los tenga</li> </ol> </li> <li>● III.- Firma del contrato terapéutico</li> </ul> <p>Este apartado tiene como objetivo asegurar que los principios éticos se respeten y respaldar que el paciente comprenda la información sobre la Clínica que se le ha proporcionado y que se comprometa a tener apego al tratamiento.</p> <p>Cuando el paciente se incorpore a protocolos de investigación, siempre será necesario que firme el consentimiento informado.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● IV.- Realización de entrevista individual</li> </ul> <p>Es recomendable contar con una entrevista que permita explorar aspectos sobre la salud física y mental del paciente, además de información básica sobre las características de su hábito tabáquico: edad de inicio, cigarrillos fumados por día, intentos previos de cesación, tratamientos utilizados, etc.</p> <p>Se sugiere que en la entrevista individual se utilicen alguno o varios de los siguientes instrumentos para tener una mejor idea del estado del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Prueba de Personalidad de Eysenck</li> <li>● Inventario de Depresión de Beck</li> <li>● Inventario de Ansiedad de Beck</li> <li>● Cuestionario de Asertividad</li> <li>● Cuestionario sobre motivos de fumar</li> <li>● Prueba de Fagerström</li> </ul> <p>De preferencia se sugiere que esta entrevista sea realizada por el psicólogo, los resultados obtenidos permitirán definir si el paciente es apto para terapia grupal o sería más conveniente, de acuerdo a sus características, utilizar con él un manejo individual.</p> <p>En caso de detectar pacientes con padecimientos psiquiátricos sin manejo médico adecuado y/o con problemas relacionados con el consumo actual de otras drogas, canalizarlos al servicio respectivo. Posteriormente retomar el tratamiento de su adicción al tabaco</p> <p>Todas las Clínicas deberán disponer de un directorio de instituciones o terapeutas públicos y privados para la referencia apropiada de los pacientes</p>	<p><b>No se acepta.</b> Demasiado específico, deberá plantearse en un documento derivado de la presente Norma.</p>
---	--

<ul style="list-style-type: none"><li>● <u>Tratamiento</u> es “el conjunto de acciones que tienen por objetivo conseguir la abstinencia, reducir los riesgos y daños que implican el uso o abuso del tabaco, abatir los padecimientos asociados al consumo, e incrementar el grado de bienestar físico, mental y social, tanto del que usa, abusa o depende del tabaco, como de su familia”.</li></ul> <p>Los puntos que deberán abordarse en esta parte del proceso son:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● I.- Formación de grupos</li></ul> <p>Se sugiere la formación inmediata de grupos de tratamiento para que el paciente no deba esperar demasiado tiempo para la apertura de un grupo específico. Asimismo es conveniente contar con grupos de tratamiento en días y horarios diversos.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● II.- Modalidad del tratamiento</li></ul> <p>La Facultad de Medicina de la UNAM, el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, el Instituto Nacional de Cancerología de la Secretaría de Salud y otras instituciones han comprobado como mejores prácticas de atención el utilizar un modelo combinado y sinérgico de terapia psicológica y tratamiento médico.</p> <p>Se propone la utilización de un Programa Multicomponente del Tabaquismo (TMT) ya que se ha demostrado que son particularmente efectivos por su alta intensidad y porque al combinar una serie de técnicas permite adaptar el programa distintos tipos de fumadores. Las características de este tipo de programa son (Kottke, 1988):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Tratamiento farmacológico</li><li>- Tratamiento psicológico</li><li>- Programa intensivo</li><li>- Intervención de diferentes profesionales clínicos (multidisciplinario)</li><li>- Evaluación y asistencia personalizada</li><li>- Soporte social</li><li>- Educación para la salud</li><li>- Calendario con especificación clara del día para dejar de fumar</li><li>- Cesación abrupta</li><li>- Monitorización de parámetros biológicos</li><li>- Programa de prevención de recaídas y seguimiento</li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li>● La principal modalidad propuesta para el tratamiento psicológico es la Terapia Cognitivo Conductual, que tiene su origen en la Terapia Racional Emotiva y que pretende básicamente reducir la intensidad y la frecuencia de los impulsos de consumir la droga mediante la impugnación de las creencias subyacentes. También enseñar al paciente técnicas específicas a fin de controlar y manejar sus impulsos. Y finalmente, ayudar al paciente en la identificación de sus pensamientos “irracionales” o disfuncionales y apoyarle a reemplazar dichos pensamientos por otros más “racionales” o efectivos que le permitan lograr con más eficacia metas de tipo personal, en este caso dejar de fumar.</li></ul>	
---	--

<p>III.- Integrar el expediente médico y psicológico del paciente de acuerdo con lo establecido en al NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico. Elaborar historia clínica.</p> <p>IV.- Brindar tratamiento médico (terapias de reemplazo de nicotina o terapias no nicotínicas como clorhidrato de bupropión o tartrato de vareniclina), cuya prescripción de los fármacos debe ser realizada por personal médico.</p> <p>Este punto relacionado con el tratamiento farmacológico es muy importante especificarlo, ya que la NOM 028 únicamente se refiere a las Terapias de Reemplazo de Nicotina.</p> <p>Existen evidencias científicas que confirman que el uso de fármacos en el tratamiento del tabaquismo es una herramienta fundamental para lograr la cesación del tabaquismo y la abstinencia a largo plazo. Es pues necesario que las clínicas tengan la capacidad de brindar apoyo farmacológico a los pacientes fumadores que así lo requieran. La combinación de apoyo farmacológico y psicológico permitirá con mayor eficacia y rapidez brindar un tratamiento más exitoso a los fumadores.</p> <p>V.- En el punto 9.2.1.4 que se refiere a solicitar auxiliares de diagnóstico y tratamiento, según sea el caso, es muy ambiguo y consideramos que es conveniente especificar cuáles son los estudios clínicos y de gabinete que deberán realizarse:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Química sanguínea</li> <li>- Perfil de lípidos</li> <li>- Biometría hemática</li> <li>- Radiografía PA y Lateral de tórax</li> <li>- Electrocardiograma</li> <li>- Espirometría</li> <li>- Examen general de orina</li> </ul> <p>Utilizar estos auxiliares diagnósticos es fundamental para llevar a cabo el diagnóstico temprano de los padecimientos asociados con el consumo de tabaco.</p> <p>Algunos de estos estudios se sugiere que se repitan, como parte del tratamiento, de acuerdo a las posibilidades de la clínica a los seis o doce meses después de haber dejado de fumar con el propósito de contribuir a la abstinencia de los pacientes y que éstos continúen en contacto con la clínica, lo cual facilita el tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>Valoración de la Abstinencia</u> - En las clínicas del nivel A (tercer nivel de atención) se sugiere la utilización de pruebas bioquímicas que puedan evaluar la abstinencia, como: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinación de cotinina en orina, suero o saliva</li> <li>- Exhalación de Monóxido de Carbono</li> </ul> </li> </ul> <p>En el caso de las clínicas que no puedan realizarlas, se podría, a través de convenios de colaboración, tomar muestras representativas de los pacientes atendidos y enviarlas a las clínicas que sí cuenten con ellas.</p>	<p><b>No se acepta.</b> Ya contemplado en Norma de referencia.</p> <p><b>No se acepta.</b> Demasiado específico, documento derivado de la presente Norma.</p>
--	---