

CONTENIDO

Iniciativas

- 2** Que adiciona el artículo 200 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y adiciona un artículo 34 Bis a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, a cargo de la diputada Nayeli Arlen Fernández Cruz, del Grupo Parlamentario del PVEM
- 19** Que reforma y adiciona diversas disposiciones de la Ley General de Salud, suscrita por las diputadas Anabel Acosta Islas y Mayra Espino Suárez, del Grupo Parlamentario del PVEM
- 33** Que reforma y adiciona diversas disposiciones de la Ley General de Cultura Física y Deporte, en materia de igualdad y no discriminación entre deportistas olímpicos y paralímpicos, suscrita por las diputadas Casandra Prisilla de los Santos Flores, del Grupo Parlamentario del PVEM, y Catalina Díaz Vilchis, del Grupo Parlamentario de Morena

Anexo II-3-1

Martes 4 de noviembre

**INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO QUE ADICIONA LOS INCISOS C),
D) Y E) A LA FRACCIÓN VI DEL ARTÍCULO 200 DE LA LEY DE
INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS Y ADICIONA UN ARTÍCULO 34
BIS A LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO**

La que suscribe, diputada **Nayeli Arlen Fernández Cruz**, del Grupo Parlamentario del Partido Verde Ecologista de México en la LXVI Legislatura de la Cámara de Diputados del honorable Congreso de la Unión, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 71, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; y 6, numeral 1, fracción I; 77 y 78 del Reglamento de la Cámara de Diputados, somete a consideración de esta asamblea **INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO QUE ADICIONA LOS INCISOS C), D) Y E) A LA FRACCIÓN VI DEL ARTÍCULO 200 DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS Y ADICIONA UN ARTÍCULO 34 BIS A LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO**, al tenor de la siguiente

Exposición de Motivos

En México, desde finales de 2018 se han tomado acciones para garantizar el acceso a la salud. Con dicha labor se ha logrado aumentar el número de mexicanas y mexicanos que cuentan con dicho derecho, sin embargo, aún hay un camino por recorrer para lograr el cien por ciento de cobertura. Al respecto, las personas adultas mayores muestran un rezago en cuanto el acceso a este derecho. De acuerdo con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval), el 20 por ciento de este grupo vulnerable, es decir, 2.99 millones de personas,¹ aún se ve en dificultades para acceder a la salud. La última cifra nos obliga redoblar esfuerzos, puesto que los mexicanos, al ir envejeciendo, ven disminuidos sus ingresos, lo que agrava el hecho de que sus probabilidades de adquirir alguna enfermedad aumentan.

¹ https://inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_ADULMAY2022.pdf

En tal tenor, la situación se agrava para aquellas personas a las que se les vuelve imposible pagar un seguro de gastos médicos por llegar a cierta edad, aun cuando éstas se han esforzado toda su vida como parte de la base trabajadora mexicana para pagar alguno durante su etapa de vida productiva.

Esta situación es injusta para un grupo etario que contribuyó a la construcción de un mejor país, así como al desarrollo de las empresas aseguradoras, aportando ingresos para que estas últimas pudieran crecer en México y ampliar los servicios ofrecidos.

Por ello, resulta de vital relevancia generar políticas para evitar dicha situación. En específico, para evitar que el adulto mayor se quede sin el acceso al seguro médico que pagó toda su vida.

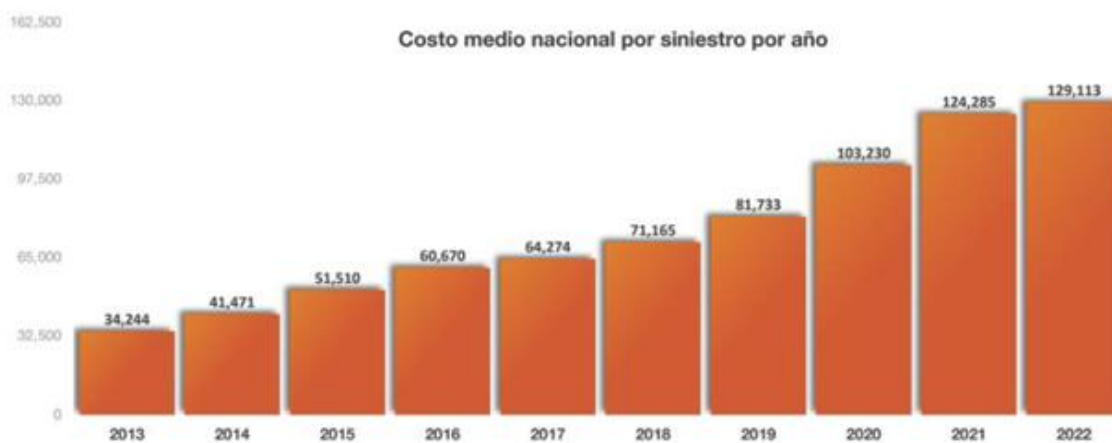
Para reflejar el contexto actual, basta consultar el simulador de gastos médicos mayores de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (Condusef). De acuerdo con éste, un seguro para una persona de 60 años, considerando un coaseguro de 10 por ciento y un deducible de 7 mil a 10 mil pesos, cuesta en promedio 54 mil 982.78 pesos al año (prima).² En comparación, el promedio de ingresos de las personas de 60 años y más según la Encuesta Nacional de Ingreso y Gastos en los Hogares (2022), es de 35 mil 62 pesos trimestralmente. Por lo tanto, un adulto mayor necesita 4.7 meses de su ingreso para poder adquirir un seguro de gastos médicos.

Cabe señalar que lo anterior no considera si el adulto mayor tiene a su cargo otras responsabilidades, como la manutención de nietos o si en el hogar de dicho adulto se encuentran otros miembros que también necesiten de un seguro de gastos médicos.

² <https://www.condusef.gob.mx/?p=contenido&idc=1243&idcat=1>

Asimismo, la presión que ejerce el costo de las enfermedades apoya la idea de contar con un seguro de gastos médicos, particularmente para los adultos mayores, los cuales tienen mayores probabilidades de enfermarse dado el deterioro natural que presentan. Según datos de la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), el costo medio nacional por siniestro con datos al 2022 era de 129 mil 113 pesos.³ Considerando los ingresos de los adultos mayores expuestos arriba, ello significa que dicho grupo de edad necesita 11.04 meses de ingresos para poder pagar un siniestro médico. Costo que, si bien ha sido cubierto por las instituciones de carácter público creadas por la pasada administración, puede absorberse por este tipo de seguros.

Figura 1. Costo medio nacional por siniestro médico



Fuente: AMIS

Cabe señalar que la correlación negativa entre ingresos y riesgos expuesta se puede explicar en términos de la teoría del Ciclo de Vida Económico (CVE). Como lo señala la Comisión Nacional de Población (Conapo), dicha teoría se utiliza en la definición del grado de dependencia económica de un individuo, que es determinado

³ <https://amispress.org/public/documentos/seguro-de-gastos-medicos-36.pdf>

por los patrones de ingreso y consumo a lo largo de su vida.⁴ Si en dicha teoría se considera la necesidad de seguros médicos, el consumo tenderá a aumentar como reflejo del aumento del costo de la prima.

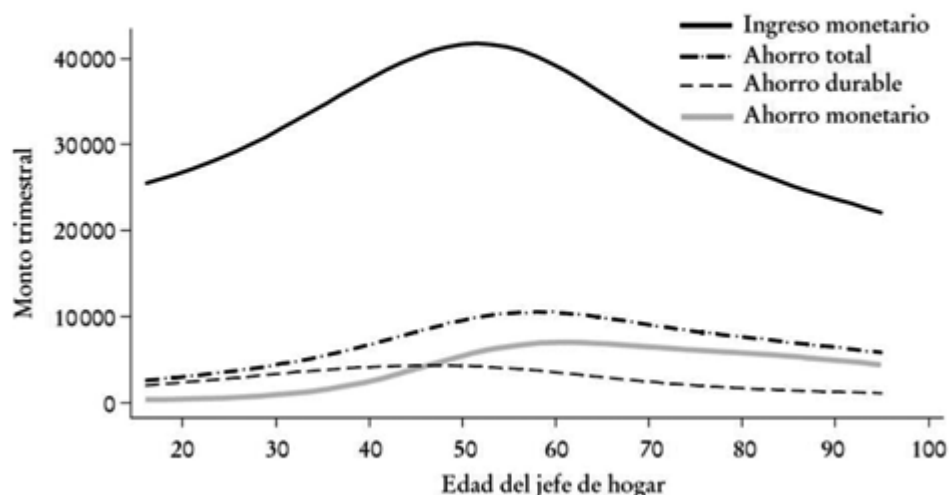
La caída del ingreso en el ciclo de vida se puede observar en la Figura 2, en la cual se refleja la U invertida del ingreso.⁵ Como se puede ver, para el caso mexicano, según estimaciones de Ceballos, el ingreso de los hogares se incrementa casi 70 por ciento entre los 18 años y el máximo alcanzado, alrededor de los 52 años del jefe de hogar. Después de dicho punto el ingreso tiende a caer, tal como la teoría del CVE lo predice.

De esta forma, a pesar de que con el paso del tiempo en el ciclo de vida el consumo en ciertos bienes tiende a disminuir, así como los gastos asociados al hogar ante la disminución de éste, los cuidados de la salud elevan los costos de vida de las personas adultas mayores.

⁴ <https://cefp.gob.mx/foro/2009/sustentabilidad/presentaciones/conapo.pdf>

⁵ https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_ADULMAYOR_21.docx#:~:text=DE%20LAS%20PERSONAS%20ADULTAS%20MAYORES,a%C3%B1os%20hay%2048%20adultos%20mayores.

Figura 2. Evolución de los ingresos a lo largo del ciclo de vida de las personas



Fuente: Ceballos (2018).

En tal tenor, el problema acerca de que los adultos mayores tienden a quedarse sin su seguro de gastos médicos incluso si lo hicieron en su etapa productiva, vulnera incluso más a un grupo de la población que requiere de cuidados especiales, más allá de la afiliación a alguna institución pública de salud.⁶ Por ende, los beneficios de seguros de gastos médicos toman una mayor relevancia ante la particularidad de las enfermedades a las que se enfrentan los adultos mayores.

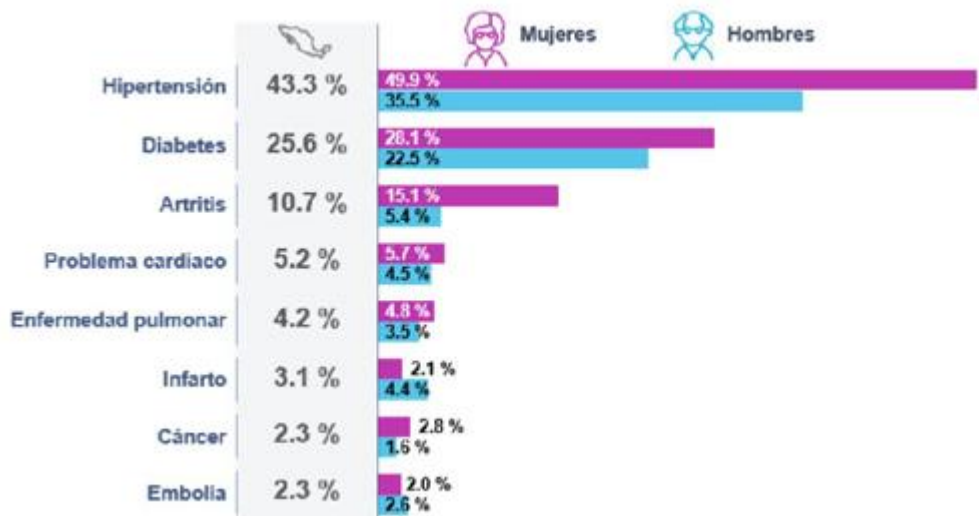
Efectivamente, como se puede ver en la Figura 3, según la última encuesta nacional sobre salud y envejecimiento en México (2021), 43.3 por ciento de las personas de 53 años o más padecían de hipertensión y 25 por ciento diabetes, lo cual se traduce en la necesidad de tratamientos específicos para tal grupo de la población, además de las enfermedades no crónicas que puedan enfrentar.⁷

⁶https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_ADULMAYOR_21.docx#:~:text=DE%20LAS%20PERSONAS%20ADULTAS%20MAYORES,a%C3%B1os%20hay%2048%20adultos%20mayores.

⁷<https://www.inegi.org.mx/app/saladeprensa/noticia/8294>

Lo anterior se refuerza si se toma en cuenta que 56.4 por ciento de los adultos de 53 años y más señalaban tener una salud regular, mientras que sólo 7.2 por ciento declaraba tener una salud muy buena según la misma encuesta del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi). Por ende, las personas adultas mayores requieren de todas las opciones para lograr su atención específica.⁸

Figura 3. Población de 53 años y más según sexo y estado de salud general



Fuente: INEGI (2023)

De esta manera, si bien es cierto que el Estado debe de ser el rector en la provisión del servicio de salud de los mexicanos, el sector privado puede servir de apoyo, más si se ha beneficiado de los esfuerzos de la base trabajadora mexicana que ha contratado servicios de gastos médicos.

Por ende, el problema planteado compete también a las empresas dedicadas a la materia, más si se consideran las causas multifactoriales del problema y los beneficios que se alcanzarían de aliviarlo. Es la magnitud de la situación indeseable lo que motiva a la búsqueda de su solución. Lo previo es considerado como un problema público relevante dado que la dificultad de los adultos mayores para pagar

⁸ <https://data.who.int/es/countries/484>

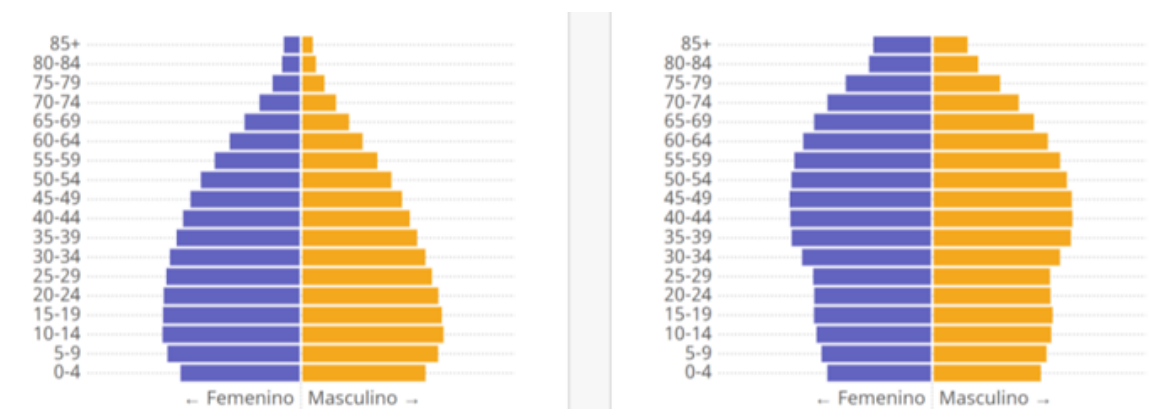
un seguro de gastos médicos significa un impacto a la subsistencia de tal grupo de edad.

Además, como se puede observar en la Figura 4, se espera que para 2050 la estructura de la población cambie de tal manera que haya más personas de 60 a 64 años que de 25 a 29. Ello significa que en las próximas décadas la población irá envejeciendo de tal manera que se necesitará mayor financiamiento para seguros de gastos médicos y otros rubros como pensiones.

Por ello, se debe crear un plan de acción que permita prever tal cambio en la estructura de la población y que fortalezca el sistema de seguros de gastos médicos, de tal manera que el envejecimiento de la población no involucre presiones fiscales por los gastos relacionados con la salud de los adultos mayores y que sea justo con quienes pagaron a lo largo de su vida un seguro de gastos médicos.

En tal tenor, la presente exposición de motivos advierte de la necesidad de aliviar la situación indeseable, puesto que su combate en el presente, ante un escenario como el previsto para 2050, puede aminorar problemas futuros relacionados con el sistema de salud e impactos a las finanzas públicas.

Figura 4. Estructura de la población para 2023 (izquierda) y 2050 (derecha).



Fuente: OMS

Además, resolver el problema antes expuesto beneficia a las personas cuidadoras, en especial a las mujeres, en quienes recaen principalmente las tareas de cuidados, siendo que del total de personas de 15 años y más cuidadoras en el país, 75.1 por ciento eran mujeres y 24.9 por ciento, hombres, según la última Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados (2022).⁹ Específicamente, las principales cuidadoras de la población adulta mayor son mujeres en 67.3 por ciento de los casos.

Si bien es cierto que los seguros de gastos médicos no incluyen precisamente la tarea de cuidados, ante alguna emergencia sí pueden brindar apoyo médico que mitigue las consecuencias negativas posteriores al siniestro, evitando con ello secuelas que deriven en la necesidad de recibir cuidados por parte de un familiar. Lo anterior también evitaría que los familiares de los adultos mayores tengan que realizar trabajos no remunerados, lo que dificulta su acceso al mercado laboral, así como los ingresos propios. Es pues la dificultad para pagar seguros de gastos médicos un tema que tiene impactos más allá del propio adulto mayor.

De este modo, con la información contenida en la Figura 2 y los datos de los costos médicos se demuestra que existe una dificultad real para pagar los seguros médicos por parte de la población adulta mayor, y recalcando que no se consideran sus esfuerzos por pagar un seguro de gastos médicos en la edad laboral. En tal contexto, si bien a partir de las acciones tomadas en los últimos años la población adulta mayor se encuentra más protegida por parte del sector público, es preciso tomar cualquier acción que mejore el acceso a la salud.

Otro factor a considerar es el alivio que esta medida daría al sistema de salud público, ya que coadyuvaría a las acciones que se han tomado en años recientes para abrir este derecho a toda la población, en especial para cubrir a quienes trabajan en la informalidad. Al respecto, en la Figura 5 se puede observar que, si bien es cierto que la informalidad ha pasado de 55 por ciento en el 2008 a 51 por

⁹ https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ENASIC/ENASIC_23.pdf

ciento en 2023 debido a las políticas implementadas, todavía representa a una gran proporción de la población que en la edad de retiro presionará al sistema de salud del gobierno.



Además, en términos generales, el sistema de salud mexicano presenta una dualidad: por un lado, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) atienden a trabajadores formales del sector privado y público, mientras que el IMSS-Bienestar atiende a las personas sin seguridad social. En tal contexto, el sector privado coadyuva en atender a parte de ambos sectores con capacidad para pagar.

En este contexto, si bien se reconoce el importante avance alcanzado en años recientes con el IMSS-Bienestar y la gratuidad de la atención médica y su extensión a todas las atenciones de tercer nivel que brindan los institutos nacionales de salud y hospitales federales de referencia nacional y hospitales regionales de alta especialidad, aún hay estados que no firman los convenios necesarios para que llegue a todas las personas, lo que hace necesario el trabajo coordinado con el sector privado.¹⁰

¹⁰ [https://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202404/170#:~:text=IMSS%2DBienestar%20es%20una%](https://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202404/170#:~:text=IMSS%2DBienestar%20es%20una%20)

Paralelamente, derivado la pobre atención al problema de acceso a la salud por administraciones anteriores a 2018, aún queda trabajo por realizar para cubrir la demanda. En dicho contexto, se hace necesario plantear alternativas de política pública enfocadas en beneficiar a los sectores más vulnerables, como el de las personas adultas mayores.

En un ejercicio de derecho comparado, se puede apreciar que en otros países han instaurado modelos de salud que intentan solucionar el problema de acceso a la salud a través del esfuerzo conjunto del sector público y los seguros de gastos médicos. Para el caso de Alemania, existe un seguro médico obligatorio en donde las cotizaciones se rigen por los recursos económicos de los afiliados, mientras que las prestaciones sanitarias son las mismas para todos.¹¹ Por su parte, los déficits se compensan mediante la recaudación fiscal, mientras que el seguro médico privado sólo está disponible a partir de cierto nivel de ingresos.

Lo anterior refleja un sistema de salud equitativo basado en la progresividad del ingreso. Ello atiende indirectamente el problema de la caída en los ingresos de los adultos mayores en contraposición con las necesidades de mayor financiamiento de gastos médicos. De este modo, la reducción de los ingresos en la edad adulta de los alemanes no implica una pérdida en el acceso a los servicios de salud.

Otro ejemplo es el de Singapur, donde se obliga a sus ciudadanos a destinar un porcentaje de sus ganancias (20 por ciento) a ahorrar para el futuro, hasta los 55 años.¹² Este dinero, más 17 por ciento pagado por las empresas, se destina a distintos fondos: vivienda, seguro por muerte o incapacidad y otro para pagar los gastos de salud, llamado Medisave Account (entre 7 y 9 por ciento del sueldo total).

¹¹ <https://www.deutschland.de/es/topic/vida/la-sanidad-en-alemania-asi-funcionan-las-aseguradoras-medicas>

¹² https://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2017-10-07/sistema-sanitario-singapur_1454488/

Tal medida reduce la carga que soportan los adultos mayores, puesto que no los incorpora en la obligatoriedad. En tal contexto, la fuerza productiva es la que financia el costo de salud de los más longevos. Lo anterior, es conveniente para los más jóvenes puesto que cuando éstos llegan a la edad adulta mayor se benefician de la medida.

El sistema de salud holandés también incorpora una posibilidad de ahorro de una cantidad de dinero para los consumidores que no hagan uso del sistema sanitario.¹³ Ello permite beneficiar a quienes no incurren en riesgo moral. Para evitar la selección de riesgos, el modelo estableció un sistema de reembolsos a las compañías aseguradoras que incorpora compensaciones por el riesgo asumido en la atención a los individuos, a través de un Fondo de Compensación que se financia con la cotización de 6.5 por ciento.

Un punto relevante para considerar se basa en que los sistemas de salud de Alemania y Singapur tienen gran enfoque en el sector público. Es decir, el sector privado sólo se presenta como una opción alterna si se quiere complementar al seguro médico obtenido.

Para el caso mexicano, con los retos que enfrenta en la materia relacionados con los altos costos de los seguros conforme la edad avanza, menores ingresos con el ciclo de vida y condiciones de informalidad durante la edad productiva, la fusión del sistema de salud público y privado para brindar seguros médicos se complica y afectaría al sector asegurador y a quienes utilizan sus servicios. Por lo tanto, más allá de una transferencia de política al pie de la letra de casos exitosos, se debe tomar en cuenta el contexto económico, social y legal nacional, pero partiendo de la idea base del éxito de otros países.

¹³ <https://www.clinicasdechile.cl/wp-content/uploads/2016/11/33.pdf>

De esta forma, para el caso mexicano se identifica que los adultos mayores tienden a quedarse sin cobertura en los seguros de gastos médicos incluso cuando pagaron a lo largo de toda su vida uno. Ello produce una situación no sólo indeseable, sino injusta desde cualquier arista de la que se quiera observar el fenómeno.

Por tal motivo, para aliviar el problema, las empresas aseguradoras deberán crear un **“fondo de ciclo de vida”**, que se nutra de los intereses que generen las primas en el tiempo. Dicho fondo deberá destinarse para que los adultos mayores de 60 años, edad en la que los ingresos ya muestran una clara caída, vean una disminución en las primas de los seguros de gastos médicos.

La disminución en la prima se deberá generar con base en los años cotizados de las personas en la institución financiera. De esta forma, se evitará el aumento de los costos de los seguros de gastos médicos, sopesando así la caída de los ingresos de las personas conforme el ciclo de vida avanza. Además, con la propuesta se recompensa a aquellos que durante su vida laboral pagaron un seguro de gastos médicos.

Es decir, que la llegada de los 60 años no implicará un aumento en las primas de los seguros de gastos médicos sino, por el contrario, una disminución en ellas. Ello compensará el decrecimiento en los ingresos de los adultos mayores, lo que permitirá que las personas adultas mayores tengan una mayor probabilidad de acceder a los seguros.

También, se identifica que una de las variables en los seguros de gastos médicos que reflejan la problemática planteada es la inflación médica, es decir, el incremento en el costo de los servicios de salud y hospitalarios y en el uso de nuevas tecnologías, principalmente. Si bien es cierto que no es la única variable de la que dependen los ajustes a la prima de seguros, si tiene un impacto en el aumento de ellas, sobre todo en las personas adultas mayores, por lo que dificulta que sigan pagando.

Como se puede ver, la inflación médica condensa el incremento en el costo a medida que se envejece sin tomar en cuenta la disminución del ingreso de los adultos mayores ni las condiciones de informalidad de los potenciales demandantes de seguros de gastos médicos. Específicamente, en 2023 la inflación general se ubicó en 4.66 por ciento, mientras que la inflación médica generó que los costos de las pólizas de seguros incrementaran entre 11 y 13 por ciento.¹⁴ Lo anterior refleja que la inflación médica es de entre 2.36 y 2.78 veces mayor que la inflación general. Por ello, se propone que los costos de las primas para personas de más de 60 años sólo tomen en cuenta para su cálculo la inflación general y no la inflación médica. Considerando la inflación del último año (2023) y la inflación médica se podría tener una disminución del costo de las primas de seguros de gastos médicos para la población objetivo con la propuesta planteada.

Un problema al margen de lo anterior es el relacionado con la exclusión de las personas adultas mayores por cuestiones de edad. Es decir, el mercado de seguros podría ser discrecional a la hora de renovar los contratos, imponiéndoles cargas administrativas que limiten su posibilidad de acceso a un seguro de gastos médicos. Incluso, sin alguna explicación se les puede llegar a negar la renovación de los seguros.

De esta manera, el presente decreto atiende tal situación, proponiendo que se incorpore en la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, explícitamente, garantizar la renovación tácita del contrato al término de su vigencia, en condiciones objetivas y no discriminatorias por razones de edad, principalmente. Así, se alivia parte del problema que incide en que los adultos mayores no pueden acceder a un seguro de gastos médicos, en este caso debido a discriminación.

¹⁴ <https://www.jornada.com.mx/noticia/2024/01/18/economia/alza-en-seguros-medicos-4-veces-mayor-que-la-inflacion-8593>

En el contexto de las propuestas presentadas, se reconoce que éstas podrían tener un impacto en la industria de seguros, sin embargo, después de una evaluación de su estado, se encuentra que dicha industria tiene las condiciones necesarias para lograr con éxito las disposiciones que deriven de la siguiente iniciativa.

En primer lugar, la propuesta de los ajustes a la prima de seguros ligada al tema inflacionario solamente es aplicable para un grupo de edad y no para todo el mercado, motivo por el cual su impacto no hace inviable el funcionamiento de la industria de seguros. En segundo lugar, se identificó que “la industria de seguros es sólida y solvente, triplica el monto de capital requerido por la ley”, esto según el reporte de la AMIS de julio de 2023. Lo anterior representa un área de oportunidad para seguir fortaleciendo el sector asegurador, sin afectar su solvencia.

En tercer lugar, la propuesta en su decreto establece que el Fondo de ciclo de vida se nutrirá de un porcentaje del monto cobrado por concepto de primas el cual no podrá ser inferior al 3 por ciento, lo que da margen para nutrirlo, lo que a su vez permite que el financiamiento del fondo sea suficiente.

Por último, cabe señalar que la iniciativa se encamina para lograr justicia social en los adultos mayores que no pueden pagar un seguro de gastos médicos incluso si pagaron uno a lo largo de su vida. Además, dado la integralidad de la iniciativa, las personas aseguradas podrían verse beneficiadas por el mismo Fondo cuando cumplan con la edad adulta mayor, por lo cual es un reparto justo del riesgo que considera las posibilidades de pago a lo largo del ciclo de vida.

Por todo lo aquí expuesto, someto a consideración de esta honorable asamblea la siguiente iniciativa con proyecto de

**PROYECTO DE DECRETO QUE ADICIONA LOS INCISOS C), D) Y E) A LA
FRACCIÓN VI DEL ARTÍCULO 200 DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE**

SEGUROS Y DE FIANZAS Y ADICIONA UN ARTÍCULO 34 BIS A LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

ARTÍCULO PRIMERO. Se adicionan los incisos c), d) y e) a la fracción VI del artículo 200 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, para quedar como sigue:

Artículo 200. Las Instituciones de Seguros, al realizar su actividad, deberán observar los siguientes principios:

I. a V. (...)

VI. En el caso de las Instituciones de Seguros que operen el ramo de salud, deberán:

a) (...)

b) (...)

c) Constituir fondos especiales a través de fideicomisos privados irrevocables, cuya finalidad será contar con recursos financieros complementarios que sean destinados, como medida de compensación y redistribución, al pago total o parcial de las primas correspondientes a los seguros contratados por personas físicas mayores de sesenta años, en los cuales funjan como asegurados. La fuente de tales recursos deberá provenir de un porcentaje del monto cobrado por concepto de primas en el ramo de salud por parte de la Institución de Seguros correspondiente, el cual no podrá ser inferior al tres por ciento.

Para dichos efectos, la Comisión establecerá mediante disposiciones de carácter general las finalidades, mecanismos, lineamientos, formas y

términos específicos de operación de los fideicomisos a que se refiere este inciso, así como el esquema de aportación y distribución correspondiente con el fin de garantizar la viabilidad financiera de los fondos y la sostenibilidad del sector;

d) En el caso de contratantes y asegurados personas físicas, garantizar la renovación tácita del contrato al término de su vigencia, en condiciones objetivas y no discriminatorias por razones de edad, género o discapacidad, mediante el pago de las primas que correspondan; y

e) Disponer, en el caso de contratantes asegurados personas físicas mayores de sesenta años, que la actualización o revisión de la prima neta anual correspondiente nunca estará por encima de la inflación general observada durante el periodo de vigencia del seguro respectivo. Lo anterior únicamente será aplicable respecto a primas cuyo monto neto no exceda de tres unidades anuales de medida y actualización.

ARTÍCULO SEGUNDO. Se adiciona un artículo 34 Bis a la Ley sobre el Contrato de Seguro, para quedar como sigue:

Artículo 34 Bis. En el caso de contratos de seguro que cubran gastos médicos o la salud, en los cuales funjan como contratantes asegurados personas físicas mayores de sesenta años, la actualización o revisión de la prima neta anual correspondiente nunca estará por encima de la inflación general observada durante el periodo de vigencia del seguro respectivo. Lo anterior únicamente será aplicable respecto a primas cuyo monto neto no exceda de tres unidades anuales de medida y actualización.

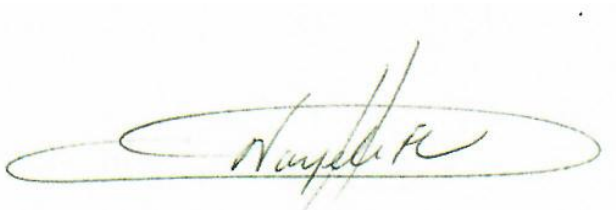
Transitorios

Primero. El presente decreto entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Segundo. El Ejecutivo federal, en un plazo de 90 días naturales a partir de la entrada en vigor del presente decreto, deberá expedir y armonizar las disposiciones reglamentarias que correspondan conforme a lo dispuesto en el presente decreto.

Palacio Legislativo de San Lázaro, a 3 de noviembre de 2025

SUSCRIBE

A handwritten signature in black ink, enclosed within a large, horizontal oval. The signature appears to read "Nayeli Arlen".

Diputada Nayeli Arlen Fernández Cruz

INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE REFORMAN Y ADICIONAN DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY GENERAL DE SALUD

Quienes suscriben, Diputadas Anabel Acosta Islas y Mayra Espino Suárez, integrantes del Grupo Parlamentario del Partido Verde Ecologista de México, de la LXVI Legislatura del Honorable Congreso de la Unión, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 71, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; y 6, numeral 1, fracción I, 77 y 78 del Reglamento de la Cámara de Diputados, someten a consideración de esta Asamblea la presente iniciativa con proyecto de decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, al tenor de la siguiente:

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

En los últimos años, México ha registrado un incremento sostenido en la incidencia de enfermedades agudas y crónicas, así como de accidentes que provocan un deterioro irreversible en órganos vitales. De acuerdo con las Estadísticas de Defunciones Registradas (EDR) 2024, publicadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), durante el año 2024 se contabilizaron 818,437 defunciones en el país.¹

En comparación con las cifras definitivas de 2023, ello representa un incremento del 2.3%, alcanzando una tasa bruta de mortalidad de 629 defunciones por cada 100,000 habitantes, es decir, diez unidades más respecto al año previo. El análisis desagregado de las causas de muerte confirma la persistencia de un patrón epidemiológico estructural que ha caracterizado a México durante las últimas décadas.

Las cinco principales causas de defunción a nivel nacional continúan siendo las enfermedades del corazón, la diabetes mellitus, los tumores malignos, las enfermedades crónicas del hígado y los accidentes, lo que refleja la carga sostenida de enfermedades no transmisibles y los retos pendientes en materia de prevención, control y atención oportuna dentro del sistema nacional de salud.

¹“Estadísticas de Defunciones Registradas (EDR) 2024: enero-diciembre,” INEGI, 2025, https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2025/edr/EDR2024_CP_ene-dic.pdf

10 principales causas de muertes, según sexo^{1/}
2024^{2/}
(defunciones)

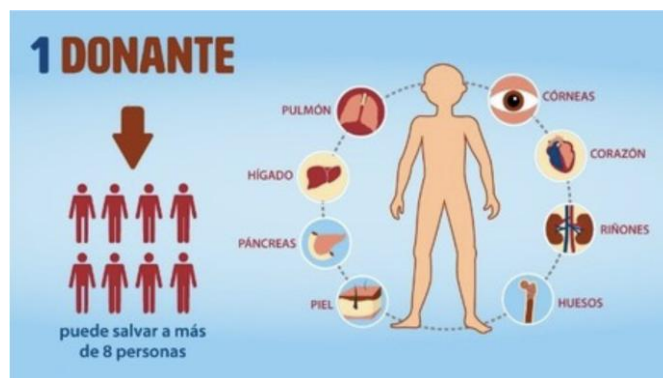
Rango	Total	Mujer	Hombre
1	Enfermedades del corazón 192 563	Enfermedades del corazón 89 576	Enfermedades del corazón 102 972
2	Diabetes mellitus 112 641	Diabetes mellitus 56 467	Diabetes mellitus 56 170
3	Tumores malignos 95 237	Tumores malignos 49 940	Tumores malignos 45 296
4	Enfermedades del hígado 40 704	Enfermedades cerebrovasculares 16 946	Accidentes 30 885
5	Accidentes 39 729	Influenza y neumonía 16 326	Enfermedades del hígado 29 390
6	Influenza y neumonía 36 316	Enfermedades del hígado 11 312	Agresiones (homicidios) 29 183
7	Enfermedades cerebrovasculares 34 819	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas 9 270	Influenza y neumonía 19 984
8	Agresiones (homicidios) 33 241	Accidentes 8 805	Enfermedades cerebrovasculares 17 873
9	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas 19 140	Insuficiencia renal 7 691	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas 9 870
10	Insuficiencia renal 17 396	Septicemia 4 370	Insuficiencia renal 9 705

■ Enfermedades transmisibles
 ■ ■ Enfermedades no transmisibles
 ■ Externas

^{1/} Los criterios para la selección se basan en las agrupaciones de la Lista Mexicana que se describen en la sección «Criterios para la selección de las principales causas de muerte» del reporte de resultados. El total incluye 585 casos en los que no se especificó el sexo de la persona.
^{2/} Información preliminar.
 Fuente: INEGI. Estadísticas de Defunciones Registradas (EDR), 2024.

Fuente: INEGI

Estos datos evidencian la magnitud del reto sanitario estructural que enfrenta México. El predominio de enfermedades crónicas, degenerativas y de causa externa no sólo incrementan la presión sobre la infraestructura hospitalaria y los recursos públicos del sistema de salud, sino que también subraya la urgente necesidad de integrar políticas públicas orientadas a fortalecer los programas de donación y trasplante de órganos y tejidos, los cuales constituyen, en numerosos casos, la única alternativa terapéutica viable para miles de pacientes cuya supervivencia depende de la disponibilidad oportuna de un órgano o un tejido compatible. Cabe tan sólo señalar que un donante, puede salvar hasta 8 vidas —en relación a la cantidad de órganos que se pueden trasplantar de un cuerpo sano.²



Fuente: UNTREE

En este contexto, resulta indispensable actualizar y modernizar el marco normativo vigente, con el propósito de dotarlo de mayor eficacia operativa, accesibilidad social y coherencia institucional. Si bien la Ley General de Salud contempla disposiciones en la materia, la práctica cotidiana evidencia limitaciones estructurales derivadas de una

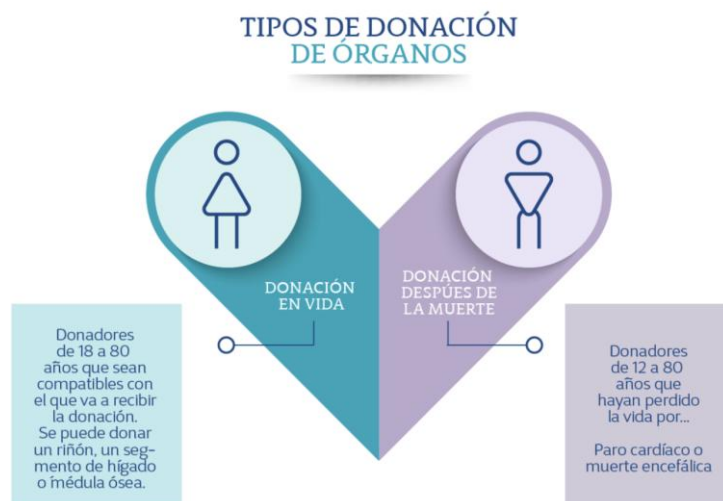
²“Multiply: Donar salva Vidas,” *Blog de Seminario de Integración II*, 25 de octubre de 2018, <https://seminarioiiuntref.wordpress.com/2018/10/25/multiply-donar-salva-vidas/>

cultura de donación aún incipiente, la ausencia de mecanismos ágiles de consentimiento y la excesiva complejidad administrativa de los procedimientos actuales.

Estos factores, en conjunto, restringen el potencial del sistema nacional de trasplantes y obstaculizan su capacidad para responder de manera oportuna y equitativa a la creciente demanda de órganos y tejidos en el país.

En ese marco, es preciso indicar que existen dos modalidades de donación: en vida y post mortem. La donación en vida permite transferir órganos como el riñón, un segmento del hígado o médula ósea, siempre que la persona donante cumpla con rigurosos criterios médicos, psicológicos y notariales, garantizando que el acto sea libre, informado, gratuito y altruista.

En contraste, la donación post mortem sólo puede realizarse una vez certificada la pérdida de la vida, ya sea por paro cardiorrespiratorio o muerte encefálica, y requiere la autorización escrita de los familiares, lo cual, en la práctica, suele retrasar o incluso impedir el procedimiento de procuración de órganos, limitando la capacidad del sistema para responder a la creciente demanda de trasplantes.³



Fuente: Médica Sur

Además, cada año, miles de personas se incorporan a las listas de espera con la esperanza de recibir un órgano o tejido que les permita continuar con vida o recuperar su salud. Sin embargo, la brecha entre la demanda y la disponibilidad real de órganos continúa ampliándose, comprometiendo la capacidad institucional del país para garantizar una respuesta eficaz y equitativa.

Las cifras más recientes del Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA) correspondientes al segundo trimestre de 2025 evidencian que más de 19,000

³“Donadores,” Médica Sur, <https://medicasur.com.mx/donadores>

personas permanecen en lista de espera para recibir un órgano o tejido, distribuyéndose de la siguiente manera:⁴

16595	Trasplantes de Riñón
2392	Trasplantes de Córnea
225	Trasplantes de Hígado
18	Trasplantes de Corazón
8	Trasplantes de Hígado-Riñón
6	Trasplantes de Riñón-Páncreas
2	Trasplantes de Páncreas
1	Trasplantes de Corazón-Pulmón
1	Trasplantes de Pulmón
1	Trasplantes de Corazón-Riñón

Fuente: Registro Nacional de Trasplantes⁵

Asimismo, a la fecha se han reportado en el Sistema Informático del Registro Nacional de Trasplantes (SIRNT):

2594	Trasplantes de Córnea
2130	Trasplantes de Riñón
201	Trasplantes de Hígado
30	Trasplantes de Corazón
5	Trasplantes de Pulmón-Pulmón
4	Trasplantes de Riñón-Riñón
3	Trasplantes de Corazón-Riñón
3	Trasplantes de Pulmón
2	Trasplantes de Hígado-Riñón
1	Trasplantes de Riñón-Páncreas

Fuente: Registro Nacional de Trasplantes.

⁶

Asimismo, el análisis por institución revela que la mayor concentración de pacientes en lista de espera corresponde al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), con

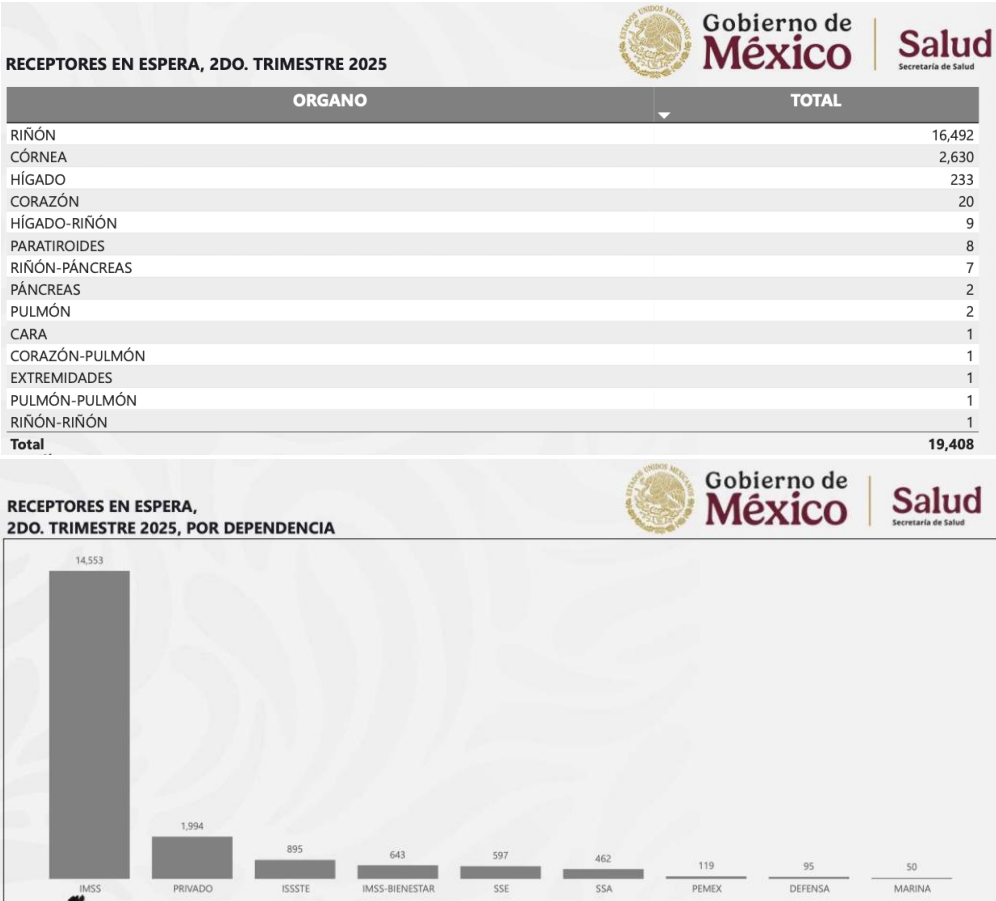
⁴“CENATRA e Instituto Nacional de Rehabilitación llaman a fortalecer la cultura de donación para disminuir la lista de espera de trasplantes,” *Gobierno de México – Secretaría de Salud*, <https://www.gob.mx/salud/prensa/176-cenatra-e-instituto-nacional-de-rehabilitacion-llaman-a-fortalecer-la-cultura-de-donacion-para-disminuir-la-lista-de-espera-de-trasplantes?idiom=es>

⁵“Estadísticas,” CENATRA, Gobierno de México, documento disponible en línea, <https://www.gob.mx/cenatra/documentos/estadisticas-50060>

⁶ Ibid.

más de 14,500 casos, seguido por el sector privado, el ISSSTE y los servicios estatales y federales de salud, entre ellos PEMEX, SEDENA y SEMAR. Esta distribución refleja la sobrecarga operativa que enfrentan los sistemas públicos, particularmente en los procedimientos de alta especialidad, y la desigual capacidad de respuesta entre entidades federativas y dependencias del sector.

7



Fuente: Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA)

Como se puede ver, este panorama confirma que el acceso actual a órganos resulta insuficiente frente al crecimiento sostenido de la necesidad de donaciones, lo cual prolonga los tiempos de espera y, en muchos casos, incrementa la mortalidad asociada. Una situación que, sin duda, demanda un nuevo enfoque normativo que reconozca la donación de órganos como un acto de solidaridad social y un deber ético colectivo.

Ello, toda vez que resulta imperativo adoptar un modelo de consentimiento presunto, en virtud del cual toda persona sea considerada donadora salvo manifestación expresa en contrario. Este cambio estructural permitiría ampliar sustancialmente la disponibilidad de órganos, reducir la mortalidad asociada a la lista de espera y salvar

⁷ Ibid.

miles de vidas cada año, alineando al Estado mexicano con las mejores prácticas internacionales en materia de salud pública y bioética.

Es preciso mencionar que a nivel internacional, diversos países han adoptado esquemas normativos innovadores que han demostrado su eficacia para incrementar las tasas de donación y trasplante de órganos. Un ejemplo paradigmático es Irlanda, que el 17 de junio de 2025 puso en marcha la primera fase de la Ley de Tejidos Humanos 2024, legislación que convierte automáticamente a todos los adultos del país en donantes de órganos al morir, salvo aquellos que expresamente hayan manifestado su negativa o pertenezcan a un grupo excluido.

Este modelo, conocido como de “consentimiento presunto”, tiene como propósito ampliar significativamente la disponibilidad de órganos para trasplantes y, con ello, salvar un mayor número de vidas. De hecho, de acuerdo con el Ministerio de Sanidad irlandés, la nueva ley autoriza la extracción, donación y utilización de órganos y tejidos tanto de personas fallecidas como de donantes vivos, siempre con fines médicos y bajo estrictos estándares éticos.

El Servicio de Salud de Irlanda (HSE) precisó que, aunque el marco legal establece la presunción general de donación, la decisión final considerará siempre la opinión de la familia. Si los familiares expresan su oposición, la donación no se llevará a cabo, preservando así el principio de consentimiento informado y el respeto a la voluntad familiar. Para quienes opten por no participar, se creó un Registro Nacional de Exclusión Voluntaria, mediante el cual las personas pueden dejar constancia de su decisión, eximiendo al HSE de contactar a los familiares en caso de fallecimiento.

La normativa también prevé la figura de donación altruista no dirigida, que permite, por ejemplo, la donación de un riñón en vida a un receptor desconocido. Actualmente, más de 200 personas en Irlanda se benefician anualmente de un trasplante, aunque alrededor de 600 pacientes siguen en lista de espera. Con esta reforma, el gobierno irlandés aspira a reducir ese rezago y dar esperanza a quienes más lo necesitan. Con su entrada en vigor, Irlanda se suma a otras jurisdicciones europeas que ya aplican este modelo, como España, Reino Unido, Bélgica, Alemania y los Países Bajos⁸

A su vez, España lidera desde hace más de tres décadas la donación por millón de habitantes, con un énfasis estratégico en la donación en asistolia (donación tras parada cardio-respiratoria) como vía para expandir trasplantes, con redes metropolitanas, coordinación extrahospitalaria y mínima negativa familiar.⁹

⁸“Irlanda convierte a todas las personas en donantes de órganos si no expresan lo contrario,” *Swissinfo* (español), <https://www.swissinfo.ch/spa/irlanda-convierte-a-todas-las-personas-en-donantes-de-%C3%B3rganos-si-no-expresan-lo-contrario/89532568>

⁹“España vuelve ser líder mundial en donación de órganos, también en asistolia,” *iSanidad*, 14 de agosto de 2025, <https://isanidad.com/340604/espana-vuelve-ser-lider-mundial-en-donacion-de-organos-tras-el-fallecimiento-tambien-en-asistolia/>

En 2024 se reportaron 1,316 donantes en asistolia en España (27.7 p.m.p.), aportando 50% de los donantes en asistolia de toda la Unión Europea y 10% del total mundial; la tasa de trasplantes de órganos provenientes de estos donantes alcanzó 59.8 p.m.p., y los trasplantes cardíacos desde asistolia sumaron 1,073 en nueve países, con 9% realizados en España. Globalmente, 2024 alcanzó un máximo histórico de 173,286 trasplantes en 91 países, impulsado por un crecimiento de 17% en donación en asistolia.

Teniendo en consideración lo anterior, la presente iniciativa busca introducir un cambio estructural en el régimen jurídico aplicable a la donación y trasplante de órganos, tejidos y células en México, al establecer el principio de consentimiento presunto como eje rector de la materia.

Bajo este nuevo modelo, toda persona será considerada donadora al momento de su fallecimiento, salvo que en vida haya manifestado expresamente su negativa o que sus familiares más próximos expresen oposición posterior.

La reforma sustituye así el sistema basado en la manifestación expresa de voluntad por un esquema de solidaridad social y utilidad pública, en el que la donación se presume como un acto natural de corresponsabilidad colectiva frente a la necesidad de salvar vidas.

Desde una perspectiva técnica, el decreto armoniza diversos artículos con el nuevo principio, precisando los supuestos de consentimiento presunto y los mecanismos de oposición formal. La importancia de esta reforma radica en su potencial para incrementar de manera significativa la disponibilidad de órganos y tejidos para trasplante, al eliminar los obstáculos administrativos y culturales que históricamente han limitado la donación en México.

Además, el principio de consentimiento presunto —ya adoptado en países como Irlanda— ha demostrado ser un instrumento eficaz para revertir este déficit estructural y consolidar sistemas de salud más equitativos y eficientes.

Finalmente, su implementación permitirá construir un marco jurídico moderno, operativo y socialmente justo, que equilibre el respeto a la autonomía individual con la necesidad colectiva de atender enfermedades crónicas y degenerativas que afectan a miles de mexicanos.

En suma, se trata de una reforma de alcance nacional que transforma el paradigma de la donación de órganos, orientándolo hacia un modelo más humano, incluyente y funcional. Por todo lo aquí expuesto, someto a la consideración de esta honorable asamblea el siguiente:

PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE REFORMAN Y ADICIONAN DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY GENERAL DE SALUD

ÚNICO. Se adiciona una fracción IV BIS al artículo 314; se reforman los artículos 320, 322, 323, 324 y 332; se adiciona un párrafo al artículo 321 Bis; se reforma y se adiciona un párrafo al Artículo 329; se reforma la fracción III del artículo 332; y se adicionan la fracciones VII y VIII del Artículo 338 para quedar como sigue:

Artículo 314. Para efectos de este título se entiende por:

I. a IV. ...

IV BIS. Consentimiento presunto, manifestación tácita de voluntad favorable a la donación de órganos, tejidos, células o sus componentes de una persona fallecida, que opera de pleno derecho, salvo que el propio individuo en vida o, post mortem del individuo, el cónyuge, el concubinario, la concubina, los descendientes, los ascendientes, los hermanos, el representante legal, el adoptado o el adoptante manifiesten lo contrario mediante una solicitud dirigida a la Secretaría de Salud.

La presunción de consentimiento se fundamenta en el principio de solidaridad social y utilidad pública, y sólo podrá limitarse cuando exista constancia expresa de oposición registrada conforme a los procedimientos establecidos por la autoridad sanitaria competente

Artículo 320. Toda persona **será considerada, por consentimiento presunto**, disponente de su cuerpo **de manera tácita** y podrá donarlo, total o parcialmente, para los fines y con los requisitos previstos en el presente Título.

Artículo 321 Bis. La Secretaría de Salud promoverá que en todo establecimiento de atención obstétrica, se solicite sistemáticamente a toda mujer embarazada su consentimiento para donar de manera voluntaria y altruista la sangre placentaria para obtener de ella células troncales o progenitoras para usos terapéuticos o de investigación, por medio de una carta de consentimiento informado, garantizándole en todo momento su plena voluntad, libertad y confidencialidad, de conformidad con las demás disposiciones jurídicas aplicables.

En caso de que, una vez informada y cuestionada al respecto, la paciente no manifieste oposición expresa al momento de la solicitud, se entenderá otorgado su consentimiento por presunción legal. La Secretaría de Salud establecerá los lineamientos para asegurar que el proceso de obtención, resguardo y utilización de la sangre placentaria se realice conforme a los principios de consentimiento presunto, dignidad humana y utilidad pública, así como a las demás disposiciones jurídicas aplicables.

Artículo 322. La donación se regirá bajo el principio de consentimiento presunto, entendiéndose que toda persona es donante a menos que se pruebe lo contrario o haya manifestado expresamente su negativa mediante el registro correspondiente ante la Secretaría de Salud o a través del cónyuge, el concubinario, la concubina, los descendientes, los ascendientes, los hermanos, el representante legal, el adoptado o el adoptante post mortem, conforme a las disposiciones aplicables.

En caso de que no exista manifestación expresa de oposición, la donación se entenderá otorgada y podrá realizarse total o parcialmente, de acuerdo con los fines y requisitos previstos en este Título.

En la donación podrá señalarse que ésta se hace a favor de determinadas personas o instituciones. También podrá expresar el donante las circunstancias de modo, lugar y tiempo y cualquier otra que condicione la donación.

Los disponentes secundarios, podrán otorgar el consentimiento a que se refieren los párrafos anteriores, cuando el donante no pueda manifestar su voluntad al respecto.

La donación expresa, cuando corresponda a mayores de edad con capacidad jurídica, no podrá ser revocada por terceros, pero el donante podrá revocar su consentimiento en cualquier momento, sin responsabilidad de su parte.

En todos los casos se deberá cuidar que la donación se rija por los principios de altruismo, ausencia de ánimo de lucro y factibilidad, condiciones que se deberán manifestar en el acta elaborada para tales efectos por el comité interno respectivo. En el caso de sangre, componentes sanguíneos y células troncales se estará **a lo dispuesto en este artículo**, así como en las disposiciones jurídicas que al efecto emita la Secretaría de Salud.

Artículo 323. En los casos en que la persona no desee ser considerada donante bajo el régimen de consentimiento presunto, se requerirá que el consentimiento expreso conste por escrito:

I. Para la donación de órganos y tejidos en vida, y

II. Para la donación de sangre, componentes sanguíneos y células troncales en vida.

Artículo 324. Habrá consentimiento tácito del donante cuando **él o el cónyuge, el concubinario, la concubina, los descendientes, los ascendientes, los hermanos, el representante legal, el adoptado o el adoptante, en caso de fallecimiento, no hayan** manifestado su negativa a que su cuerpo o componentes sean utilizados para trasplantes.

El escrito por el que la persona exprese no ser donador, podrá ser privado o público, y deberá estar firmado por éste, o bien, la negativa expresa podrá constar en alguno de los documentos públicos que para este propósito determine la Secretaría de Salud en coordinación con otras autoridades competentes.

Las disposiciones reglamentarias determinarán la forma para obtener dicho consentimiento.

Artículo 329. El Centro Nacional de Trasplantes y los centros estatales de trasplantes, en el ámbito de sus respectivas competencias, harán constar el mérito y altruismo del donador y de su familia.

De igual forma el Centro Nacional de Trasplantes se encargará de definir el formato del documento oficial mediante el cual **el cónyuge, el concubinario, la concubina, los descendientes, los ascendientes, los hermanos, el representante legal, el adoptado o el adoptante de aquellos que han fallecido, manifiesten que no otorgan su consentimiento para la donación de órganos, tejidos o células, después de su fallecimiento, a fin de que éstos no sean utilizados en procedimientos de trasplante.**

Con base en el formato señalado en el párrafo anterior, el Centro Nacional de Trasplantes y los centros estatales de trasplantes, en el ámbito de sus respectivas competencias, expedirán el documento oficial a las personas que lo soliciten.

La falta de conocimiento o la ausencia de manifestación expresa de voluntad contraria al momento de la muerte se entenderá como consentimiento presunto, conforme a lo previsto en esta Ley, salvo prueba en contrario o negativa manifiesta del cónyuge, el concubinario, la concubina, los descendientes, los ascendientes, los hermanos, el representante legal, el adoptado o el adoptante.

Artículo 332. La selección del donante y del receptor se hará siempre por prescripción y bajo control médico, en los términos que fije la Secretaría de Salud.

No se podrán tomar órganos y tejidos para trasplantes de menores de edad vivos, excepto cuando se trate de trasplantes de médula ósea, para lo cual se requerirá el consentimiento expreso de los representantes legales del menor.

Tratándose de menores, **incapaces y otras personas sujetas a interdicción que han perdido la vida, la falta de conocimiento o la ausencia de manifestación expresa de voluntad contraria al momento de la muerte, se entenderá como consentimiento presunto para tomar sus órganos y tejidos para trasplantes. En caso de que los representantes legales de dichas personas no otorguen su consentimiento para la donación de órganos, tejidos o células, después de su**

fallecimiento, a fin de que éstos no sean utilizados en procedimientos de trasplante, deberán manifestarlo debidamente ante las autoridades competentes.

Artículo 334. Para realizar trasplantes de donantes que hayan perdido la vida, deberá cumplirse lo siguiente:

I. ...

II. Existir consentimiento expreso del donante, **sus familiares o representantes legales, de revocar el consentimiento presunto** para la donación de sus órganos y tejidos;

Artículo 338. El Centro Nacional de Trasplantes tendrá a su cargo el Registro Nacional de Trasplantes, el cual integrará y mantendrá actualizada la siguiente información:

VII. El listado de las personas que, en vida, hayan manifestado expresamente su voluntad de no donar sus órganos o tejidos después de la muerte, así como las revocaciones o modificaciones de dicha manifestación, conforme al formato oficial definido por el propio Centro Nacional de Trasplantes.

VIII. El listado de las personas menores de edad, incapaces o sujetas a interdicción, respecto de las cuales sus padres, tutores o representantes legales hayan manifestado expresamente su negativa a autorizar la donación de órganos o tejidos después de su fallecimiento, debiendo constar dicha manifestación a las autoridades correspondientes.

TRANSITORIOS

PRIMERO.- El presente Decreto entrará en vigor una vez que la Secretaría de Salud haya concluido la emisión, publicación y puesta en marcha de las disposiciones reglamentarias, administrativas, operativas y técnicas necesarias para su debida implementación, y previa verificación del cumplimiento de dichas medidas por parte de las Secretarías de Salud de las entidades federativas. Concluido dicho periodo, y una vez garantizadas las condiciones normativas, logísticas, técnicas y sociales necesarias, el Ejecutivo Federal emitirá el Acuerdo de entrada en vigor del Decreto, el cual será publicado en el Diario Oficial de la Federación.

SEGUNDO. La Secretaría de Salud, dentro de los ciento ochenta días naturales siguientes a la entrada en vigor del presente Decreto, deberá realizar las adecuaciones correspondientes al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos, así

como a las demás disposiciones administrativas aplicables, a fin de armonizarlas con el principio de consentimiento presunto establecido en este Decreto.

Asimismo, se establecerá el mecanismo mediante el cual se integrará y administrará la información relativa a las personas donantes y no donantes, a fin de garantizar su plena accesibilidad para las instituciones públicas y privadas del Sistema Nacional de Salud. De igual forma, se dispondrá la emisión de un documento oficial que cada persona deberá portar de manera permanente, el cual servirá como medio de identificación sobre su voluntad expresa respecto a la donación de órganos, tejidos o componentes corporales.

En el caso de personas menores de edad, dicho documento deberá reflejar la decisión adoptada por quienes ejerzan la patria potestad o tutela correspondiente, conforme a los procedimientos y requisitos que determine la Secretaría de Salud en la normatividad aplicable.

TERCERO. Las entidades federativas, a través de sus autoridades sanitarias competentes y centros estatales de trasplantes, deberán adecuar su normativa local, lineamientos y procedimientos en un plazo no mayor de ciento ochenta días naturales, contados a partir de la publicación del presente Decreto.

CUARTO. La Secretaría de Salud emitirá dentro de los ciento ochenta días naturales posteriores a la entrada en vigor del presente Decreto, los lineamientos, formatos y procedimientos mediante los cuales las personas que no deseen ser donadoras de órganos, tejidos o células puedan manifestar su negativa, así como las reglas para el registro, resguardo y actualización de dicha información.

QUINTO. La Secretaría de Salud, en coordinación con el Centro Nacional de Trasplantes, las Secretarías de Salud de las entidades federativas y demás instituciones del Sistema Nacional de Salud, implementará campañas permanentes de información, sensibilización y concientización pública sobre la cultura de donación de órganos y tejidos, explicando los derechos, procedimientos y mecanismos para que cualquier persona pueda manifestar su voluntad de donar o no donar. Dichas campañas deberán difundirse a través de medios masivos de comunicación, instituciones educativas, centros de salud y plataformas digitales oficiales, asegurando su accesibilidad en lenguas indígenas y formatos inclusivos, así como su actualización continua con base en evidencia científica y mejores prácticas internacionales.

Dado en la Cámara de Diputados, a los 4 días del mes noviembre del 2025.

Anabel Acosta Islas

Mayra Espino Suárez



DIPUTADA CASANDRA PRISILLA DE LOS SANTOS FLORES

INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO QUE REFORMA Y ADICIONA DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY GENERAL DE CULTURA FISICA Y DEPORTE, EN MATERIA DE IGUALDAD Y NO DISCRIMINACIÓN ENTRE DEPORTISTAS OLÍMPICOS Y PARALÍMPICOS

Las que suscriben, **Diputadas Federales Casandra Prisilla De Los Santos Flores, integrante del Grupo Parlamentario Verde Ecologista de México y Catalina Díaz Vilchis del Grupo Parlamentario de MORENA**, de la LXVI Legislatura del Congreso de la Unión, con fundamento en la fracción II del artículo 71 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; en el artículo 6 numeral 1, fracción I; artículo 77 y 78 del Reglamento de la Cámara de Diputados, somete a la consideración de la Honorable Asamblea la presente **INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO QUE REFORMA Y ADICIONA DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY GENERAL DE CULTURA FISICA Y DEPORTE, EN MATERIA DE IGUALDAD Y NO DISCRIMINACIÓN ENTRE DEPORTISTAS OLÍMPICOS Y PARALÍMPICOS**, bajo la siguiente:

Exposición de Motivos

La reforma constitucional efectuada en junio de 2011 reconoce que, en nuestro país todas las personas gozarán de los derechos humanos cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, prohibiendo toda discriminación motivada por discapacidad, entre otros; esto además representa no solo el garantizar sus derechos, sino también la obligación de adecuar todo el marco normativo vigente, tomando como base los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad.



Si consideramos que el reconocimiento de los derechos humanos para todas las personas debe ser sin distinción alguna, podríamos asegurar entonces que las personas con discapacidad gozan plenamente de ellos, con normas efectivas que los protegen; desafortunadamente en nuestro país la realidad no es así, la discriminación no conoce límites y para ellos, es más acentuado, tomando como ejemplo a personas con discapacidad socialmente notoria y con resultados, como lo son los atletas paralímpicos y deportistas con discapacidad, la discriminación es acentuada.

El deporte para personas con discapacidad en el mundo, fue un hecho fundamental, que provocó que muchas más se volcaran hacia el deporte como uno de sus principales escaparates, dejando el encierro y el ocultamiento de muchas familias; siendo primeramente, una actividad que les ofrecía rehabilitación física y les devolvía la dignidad al recuperar algo de independencia, con el tiempo, una actividad de esparcimiento y hace algunas décadas de deporte de alta exigencia, al someterse a entrenamientos profesionalmente elaborados buscando diversas metas y objetivos nacionales e internacionales; los resultados de deportistas paralímpicos ha motivado a miles de niños y jóvenes con discapacidad a buscar su superación y desarrollo, por medio de la actividad física y el deporte, sin embargo cuando los atletas logran resultados importantes, las diferencias en los apoyos, concentraciones, uniformes, materiales y competencias establecidos en las “Reglas de Operación” del organismo a cargo de las políticas públicas en esta materia.

Otro de los grandes problemas para este sector, es la falta de información no solo de evaluación y consulta, sino de respaldo que funde la necesidad de tomar acciones en las políticas públicas en la materia; un ejemplo de ello, es el Módulo de Práctica Deportiva y Ejercicio Físico (MOPRADEF) publicado por el INEGI el 27 de



enero de 2025¹, censo que desde que se realiza, no cuenta con información que refiera los porcentajes de la población con discapacidad que realice actividad física o deporte y refleje el panorama actual de personas con discapacidad activas físicamente y mucho menos activas en el deporte competitivo.

Hay aspectos importantes a destacar, como el tiempo de desarrollo del deporte olímpico y paralímpico en nuestro país. La primera participación oficial de deportistas mexicanos en el movimiento olímpico fue con los hermanos Pablo y Eustaquio Escandón Barrón en el Polo deportivo, en el año de 1900, la segunda participación se da hasta el año de 1924 con un total de 15 deportistas que participaron en atletismo, tenis y tiro y desde esos juegos olímpicos, nuestro país ha logrado su participación de forma ininterrumpida.²

La primera participación oficial para el deporte paralímpico data de 1972, con la participación de siete deportistas³ y de igual forma desde ese año, mexicanos han logrado su participación en Juegos Paralímpicos ininterrumpidamente.

Otro aspecto para destacar, son los apoyos otorgados solo a deportistas de “alto rendimiento” en el año de 2020 por la CONADE, entregando mensualmente 1103 apoyos económicos a deportistas, entrenadores y cuerpo multidisciplinario, destacando que es el único apoyo que los deportistas reciben de manera directa.

Del total de apoyos económicos ordinarios, solo 47 becas fueron otorgadas a deportistas paralímpicos, 282 apoyos otorgados a deportistas olímpicos, 30 apoyos para entrenadores de deporte paralímpico, 235 apoyos para entrenadores

¹ Módulo de Práctica Deportiva y Ejercicio Físico (MOPRADEF)
<https://www.inegi.org.mx/programas/mopradef/>

² Historia de México en los Juegos Olímpicos. <https://www.olympics.com/es/noticias/la-historia-de-mexico-en-los-juegos-olimpicos>

³ México en los juegos Paralímpicos, <https://www.ipc-services.org/hira/countries/profile/code/MEX>



de deporte olímpico, 47 apoyos especiales a deportistas paralímpicos, 282 apoyos especiales a deportistas olímpicos, 81 reconocimientos económicos vitalicios a medallistas paralímpicos y 99 reconocimientos económicos vitalicios a medallistas olímpicos.⁴

Esto representa que, de 1103 apoyos solo el 18.4% del total de las becas fueron otorgadas para deporte paralímpico y el resto que representa el 81.4% se otorgó a beneficiarios del deporte olímpico.

Los apoyos otorgados en el periodo comprendido de enero del año 2022 a agosto de 2024, pasaron de 5.5 millones de pesos mensuales a 1.6 millones de pesos al mes. De los 175 deportistas mexicanos que lograron clasificación a los Juegos de Olímpicos y Paralímpicos de París 2024, uno de cada cuatro, no recibió apoyo.⁵

Los apoyos a los que se hace referencia, están contenidos en la Ley General de Cultura Física y Deporte vigente, propiamente en el Capítulo IV; correspondiendo a la CONADE otorgar ayudas, subvenciones y reconocimientos a los deportistas y técnicos y para el cumplimiento de este capítulo, **con cargo a su presupuesto autorizado**, brindará los apoyos económicos y materiales a deportistas de alto rendimiento con posibilidad de participar en Juegos Olímpicos y Paralímpicos conforme el rendimiento y resultados de los deportistas en competencias oficiales.

En los últimos años. Las “Reglas de Operación” para la CONADE, establecen los criterios, requisitos y procedimientos para acceder a los programas y apoyos

⁴ Auditoria Superior de la Federación, Gestión Financiera de FODEPAR, chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2020c/Documentos/Auditorias/2020_0142_a.pdf

⁵ Nota de FrojiMx. Sin Plata no hay oro. Recuperada de: <https://froji.mx/atletas-olimpicos-apoyos-recortes-conade-paris-2024#:~:text=70%25%20sufri%C3%B3%20recortes%20en%20sus,de%20incrementos%20en%20sus%20becas>.



que ofrecen, y aunque en el deporte olímpico y paralímpico, la ruta que emprenden muchos deportistas de alto rendimiento para lograr un lugar para poder competir en unos Juegos Olímpicos o Paralímpicos, es de un ciclo completo que comprende de 4 años, donde deben pasar por una serie de procesos para cumplir con los criterios establecidos por los organismos oficiales internacionales, sin embargo, las actuales reglas de operación además de que no contemplan esto, generando inestabilidad, en el caso de los deportistas paralímpicos la situación es mucho más desfavorable.

Sin embargo, hay que esclarecer dos puntos, el primero es establece que la Ley General de Cultura Física y Deporte en el artículo 55 que a la letra dice:

“Artículo 55. Las Asociaciones Deportivas Nacionales, para ser sujetos de los apoyos y estímulos que en su caso acuerde el Ejecutivo Federal, deberán estar registradas como tales por la CONADE, cumplir con lo previsto en la presente Ley, el Programa Nacional de Cultura Física y Deporte, con las obligaciones que se les imponga como integrantes del SINADE y demás disposiciones aplicables en materia presupuestaria, incluyendo el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación que anualmente expida la Cámara de Diputados del Congreso de la Unión, así como las Reglas de Operación correspondientes.”⁶

Se entiende que “las reglas de operación” además del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación anual que expide la Cámara de Diputados, también expide las “reglas de operación” para la CONADE. Generalmente las propias dependencias emiten sus “Reglas de operación”, por ello es importante dejar establecido que, en materia deportiva, es la propia CONADE, la

⁶ Ley General de Cultura Física y Deporte, vigente a septiembre de 2025, <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGCFD.pdf>



institución encargada de elaborar dichas reglas de operación; sin responsabilidad alguna para la Cámara, el emitir, revisar o autorizarlas, por lo tanto, es pertinente que dentro de las facultades de la CONADE se determine claramente esta disposición.

Por otro lado, el derecho de igualdad y no discriminación respaldados en la constitución, los tratados internacionales, la Convención de los Derechos humanos de las Personas con Discapacidad, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) y la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJ), entre otros; establece la CIDH que: “la noción de igualdad que se desprende de la naturaleza del género humano, es inseparable la dignidad de la persona, frente a la cual es incompatible toda situación que, por considerar superior a un determinado grupo, conduzca a tratarlo con privilegio; o que, a la inversa, por considerarlo inferior, lo trate con hostilidad o de cualquier forma lo discrimine del goce de derechos que sí se reconocen a quienes no se consideran incursos en tal situación de inferioridad. No es admisible crear diferencias de tratamiento entre seres humanos” ⁷

Retomando el tema deportivo y como referencia la última participación de las delegaciones olímpica y paralímpica en París 2024 destaca lo siguiente:

París 2024	Juegos Olímpicos	Juegos Paralímpicos
Países participantes	206	182
Total de participantes	10,714	4.400
Tipos de discapacidad:	ninguna	Física, intelectual, visual, parálisis cerebral y lesión cerebral
Pruebas con medalla:	329	549 (mismas que se dividen en las diversas discapacidades)

⁷ Corte Interamericana de Derechos Humanos Opinión consultiva OC-4/84. texto de la Opinión Consultiva en el siguiente enlace: https://www.corteidh.or.cr/docs/opiniones/seriea_04_esp.pdf



DIPUTADA CASANDRA PRISILLA DE LOS SANTOS FLORES

Deportes en que México participó	29	11
No. atletas mexicanos participantes	109 deportistas	67 deportistas
Medallas logradas por mexicanos	5 preseas 3 plata, 2 bronce	17 preseas 3 Oro, 6 plata y 8 bronce
Mexicanos que subieron al pódium	7 olímpicos	14 paralímpicos
Puestos logrados entre los 8 mejores del mundo	19 avalados con diplomas ⁸	76 avalados con diplomas ⁹
Organismo / reglas de clasificación	COI International Olympic Committee	IPC International Paralympic Committee
Tiempo de desarrollo en México	Aprox. 125 años	Aprox 53 años
Participaciones de Mex en juegos oficiales	25 ediciones en juegos olímpicos (1900)	14 ediciones en juegos paralímpicos (1972)
Total, de Preseas obtenidas por mexicanos	78 preseas oficiales 13 oro, 27 plata y 38 bronce	328 preseas oficiales 107 de oro, 98 de Plata y 123 Bronce

Dentro de actuales Reglas de Operación 2025 de la CONADE, se establecen diversos tabuladores¹⁰ para deporte olímpico o convencional y otros para deporte paralímpicos o adaptado. Estos tabuladores contienen diversos montos económicos a los que pueden aspirar los deportistas de alto rendimiento, y a simple vista se puede observar las diferencias:

⁸ Gobierno de México, México suma 24 pruebas en la élite olímpica.
<https://www.gob.mx/conade/articulos/mexico-suma-24-pruebas-en-la-elite-olimpica-en-paris-373399?idiom=es#:~:text=La%20delegaci%C3%B3n%20mexicana%20marc%C3%B3%20este,entr%C3%B3%20el%20Top%20%20%20considerado>

⁹ Gobierno de México, Una cuarta parte de los paralímpicos aportó medallas.
<https://www.gob.mx/conade/prensa/una-cuarta-parte-de-los-paralimpicos-aporto-medallas-a-mexico-en-paris-2024#:~:text=La%20Selecci%C3%B3n%20Mexicana%20integrada%20por,la%20justa%20subi%C3%B3%20al%20podio.>

¹⁰ Reglas de Operación Programa Cultura Física y Deporte 2025.
<https://www.gob.mx/conade/documentos/reglas-de-operacion-programa-cultura-fisica-y-deporte-2025>



Olímpicos

4.1 Montos específicos para becas de alto rendimiento, en Disciplinas Convencionales, para Pruebas Individuales y Compartidas Olímpicas.

ALTO RENDIMIENTO					
Lugar Obtenido	Juegos Olímpicos	Juegos Olímpicos de la Juventud y Campeonato Mundial Juvenil (Ultima categoría)	Campeonato Mundial	Juegos Panamericanos	Juegos Panamericanos Juveniles
1	\$55,000.00	\$20,000.00	\$49,000.00	\$26,000.00	\$16,000.00
2	\$52,000.00	\$16,000.00	\$46,000.00	\$22,000.00	\$14,000.00
3	\$50,000.00	\$12,000.00	\$44,000.00	\$20,000.00	\$12,000.00
4	\$45,000.00		\$36,000.00		
5	\$40,000.00		\$35,000.00		
6	\$37,000.00		\$34,000.00		
7	\$36,000.00		\$33,000.00		
8	\$35,000.00		\$32,000.00		
9	\$33,000.00		\$20,000.00		
10	\$32,000.00		\$19,000.00		
11	\$31,000.00		\$18,000.00		
12	\$30,000.00		\$17,000.00		
13	\$29,000.00		\$16,000.00		
14	\$28,000.00		\$15,000.00		
15	\$27,000.00		\$14,000.00		
16	\$26,000.00		\$13,000.00		

ALTO RENDIMIENTO	
Requerimiento	Monto
Para deportistas Seleccionados Nacionales de Juegos Olímpicos 2024, y/o deportistas que obtuvieron un lugar que no se encuentre referenciado en la presente tabla de los Juegos Olímpicos (esta beca tendrá vigencia hasta su próxima competencia internacional estipulada en la presente tabla o al término de su evaluación, establecida en la carta aceptación compromiso).	\$15,000.00

Paralímpicos



DIPUTADA CASANDRA PRISILLA DE LOS SANTOS FLORES

4.5 Montos específicos para becas de alto rendimiento, en Disciplinas Deporte Adaptado, para Pruebas Individuales y Compartidas Paralímpicas.

ALTO RENDIMIENTO			
Lugar Obtenido	Juegos Paralímpicos	Campeonato Mundial de Deportes de Ciclo Paralímpico	Juegos ParaPanamericanos
1	\$55,000.00	\$49,000.00	\$26,000.00
2	\$52,000.00		\$46,000.00
3	\$50,000.00		\$44,000.00
4	\$45,000.00		\$36,000.00
5	\$40,000.00		\$35,000.00

ALTO RENDIMIENTO	
Requerimiento	Monto
Para deportistas Seleccionados Nacionales de Juegos Paralímpicos 2024, y/o deportistas que obtuvieron un lugar que no se encuentre referenciado en la presente tabla de los Juegos Paralímpicos (esta beca tendrá vigencia hasta su próxima competencia internacional estipulada en la presente tabla o al término de su evaluación, establecida en la carta aceptación compromiso).	\$15,000.00

Deporte Convencional

4.2 Montos específicos para becas de alto rendimiento, en Disciplinas Convencionales, Deportes de Conjunto y/o Equipo

ALTO RENDIMIENTO CONJUNTO					
Lugar Obtenido	Juegos Olímpicos	Juegos Olímpicos de la Juventud y Campeonato Mundial Juvenil (Última categoría)	Campeonato Mundial	Juegos Panamericanos	Juegos Panamericanos Juveniles
1	\$25,000.00	\$12,000.00	\$20,000.00	\$13,000.00	\$10,000.00
2	\$22,000.00	\$10,000.00	\$18,000.00	\$12,000.00	\$8,000.00
3	\$20,000.00	\$8,000.00	\$16,000.00	\$10,000.00	\$7,000.00
4	\$18,000.00		\$14,000.00		
5	\$16,000.00		\$12,000.00		
6	\$14,000.00		\$10,000.00		
7	\$12,000.00		\$9,000.00		
8	\$10,000.00		\$8,000.00		
9-16	\$8,000.00		\$8,000.00		



DIPUTADA CASANDRA PRISILLA DE LOS SANTOS FLORES

ALTO RENDIMIENTO EQUIPO						
Lugar Obtenido	Juegos Olímpicos	Juegos Olímpicos de la Juventud	Campeonato Mundial	Campeonato Mundial Juvenil (Última categoría)	Juegos Panamericanos	Juegos Panamericanos Juveniles
1	\$42,000.00	\$14,000.00	\$35,000.00	\$14,000.00	\$20,000.00	\$12,000.00
2	\$39,000.00	\$12,000.00	\$32,500.00	\$13,000.00	\$18,000.00	\$10,000.00
3	\$36,000.00	\$10,000.00	\$30,000.00	\$12,000.00	\$16,000.00	\$8,000.00
4	\$33,000.00		\$27,500.00			
5	\$30,000.00		\$25,000.00			
6	\$27,000.00		\$22,500.00			
7	\$24,000.00		\$20,000.00			
8	\$21,000.00		\$17,500.00			
9	\$17,000.00		\$14,000.00			
10	\$13,000.00		\$10,000.00			
11	\$9,000.00		\$8,000.00			
12	\$7,000.00		\$7,000.00			

ALTO RENDIMIENTO	
Requerimiento	Monto
Para deportistas Seleccionados Nacionales de Juegos Olímpicos 2024, y/o deportistas que obtuvieron un lugar que no se encuentre referenciado en la presente tabla de los Juegos Olímpicos (esta beca tendrá vigencia hasta su próxima competencia internacional estipulada en la presente tabla o al término de su evaluación, establecida en la carta aceptación compromiso).	\$15,000.00

Deporte adaptado



DIPUTADA CASANDRA PRISILLA DE LOS SANTOS FLORES

4.6 Montos específicos para becas de alto rendimiento, en Disciplinas del Deporte Adaptado, Deportes de Conjunto y/o Equipo Paralímpicos.

ALTO RENDIMIENTO			
Lugar Obtenido	Juegos Paralímpicos	Campeonato Mundial de Deportes de Ciclo Paralímpico	Juegos ParaPanamericanos
1	\$24,000.00	\$20,000.00	\$12,000.00
2	\$22,000.00	\$18,000.00	
3	\$20,000.00	\$16,000.00	
4	\$18,000.00	\$14,000.00	
5	\$16,000.00	\$12,000.00	

ALTO RENDIMIENTO		
Requerimiento	Evento	Monto
Para deportistas Seleccionados Nacionales de Juegos Paralímpicos 2024, y/o deportistas que obtuvieron un lugar que no se encuentre referenciado en la presente tabla de los Juegos Paralímpicos (esta beca tendrá vigencia hasta su próxima competencia internacional estipulada en la presente tabla o al término de su evaluación, establecida en la carta aceptación compromiso).	Juegos Paralímpicos	\$15,000.00

Convencionales

4.3 Montos específicos para becas de alto rendimiento, en Disciplinas Convencionales, para Pruebas Individuales y Compartidas No Olímpicas.

ALTO RENDIMIENTO				
Lugar Obtenido	Campeonato Mundial	Campeonato Mundial Juvenil (Última categoría)	Juegos Panamericanos	Juegos Panamericanos Juveniles
1	\$21,500.00	\$10,000.00	\$14,000.00	\$12,000.00
2	\$21,000.00	\$9,000.00	\$13,000.00	\$11,000.00
3	\$20,500.00	\$8,000.00	\$12,000.00	\$10,000.00
4	\$20,000.00			
5	\$19,500.00			
6	\$19,000.00			
7	\$18,500.00			
8	\$18,000.00			
9	\$16,000.00			
10	\$14,000.00			
11	\$12,000.00			
12	\$10,000.00			



DIPUTADA CASANDRA PRISILLA DE LOS SANTOS FLORES

4.4 Montos específicos para becas de alto rendimiento, en Disciplinas Convencionales, para Deportes de Conjunto y/o Equipo No Olímpicos.

ALTO RENDIMIENTO			
Lugar Obtenido	Campeonato Mundial	Juegos Panamericanos	Juegos Panamericanos Juveniles
1	\$15,000.00	\$12,000.00	\$10,000.00
2	\$14,000.00	\$10,000.00	
3	\$13,000.00	\$8,000.00	
4	\$12,000.00		
5	\$11,000.00		
6	\$10,000.00		
7	\$8,000.00		
8	\$7,000.00		

Adaptado

4.7 Montos específicos para becas de alto rendimiento, en Disciplinas Del Deporte Adaptado, para Pruebas Individuales y Compartidas No Paralímpicas.

ALTO RENDIMIENTO		
Lugar Obtenido	Evento Multideportivo Mundial de Discapacidad de pruebas No Paralímpicas	Campeonato Mundial de Discapacidad de Disciplinas No Paralímpicas
1	\$21,500.00	\$10,000.00
2	\$21,000.00	\$9,000.00
3	\$20,500.00	\$8,000.00

4.8 Montos específicos para becas de alto rendimiento, en Disciplinas del Deporte Adaptado, para Deportes de Conjunto y/o Equipo No Paralímpicas.

ALTO RENDIMIENTO		
Lugar Obtenido	Evento Multideportivo Mundial de Discapacidad de pruebas No Paralímpicas	Campeonato Mundial de Discapacidad de Disciplinas No Paralímpicas
1	\$15,000.00	\$8,000.00
2	\$14,000.00	\$7,000.00
3	\$13,000.00	\$6,500.00

Estos tabuladores dentro de las reglas de operación, de acuerdo con la carta magna y diversos ordenamientos nacionales e internacionales, son violatorios de lo dispuesto en materia de igualdad y no discriminación, por establecer una diferenciación en el reconocimiento no solo en número y resultados, sino en el trato indirecto de superioridad o inferioridad entre deportistas, por la condición de ser deportistas con discapacidad.



El deporte al ser un derecho humano y constitucional consagrado en el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la práctica deportiva resulta de interés público y social, por lo que las obligaciones estatales generales como particulares que surgen en la legislación secundaria en materia deportiva y que por imperativo del artículo 1° Constitucional, resalta la necesidad de establecer claramente que se debe proteger y garantizar a la población mexicana a ejercer su derecho de acceso a la cultura física y a la práctica deportiva sin distinción alguna, corresponde al Estado promocionar, fomentar y estimular también a los deportistas con discapacidad, otorgando el reconocimiento legal a que tienen derecho, reconociendo en cualquier normativa sus destacados resultados, a pesar de las grandes diferencias que existen hasta hoy.

Es de resaltar que el texto de la ley fundamental, además establece que la interpretación normativa en materia de derechos humanos, favorecerá en todo momento la protección más amplia a las personas, “Prohibiendo toda discriminación” y por ende la Ley General de Cultura Física y Deporte, debe observar que cualquier regulación en materia deportiva, respetando los principios y bases reconocidas en nuestra “Carta magna y Tratados Internacionales” debiendo garantizar los derechos humanos incluidos los deportistas con discapacidad; la ley que regula el deporte, al ser de aplicación General, la Federación, los Estados, las alcaldías, los municipios, las Instituciones, los sectores públicos y privados, deben observar dichas disposiciones al momento de emitir y autorizar la aplicación de estatutos, normas y reglamentos en materia deportiva

La presente propuesta, no debe ni pretende causar un impacto presupuestal, porque ya existe desde hace varios años el programa de apoyos económicos y materiales hacia los deportistas de alto rendimiento y destacados, pretende el avance de derechos, alineando en la Ley en materia deportiva, la eliminación de la



marcada discriminación y desigualdad, estableciendo en **las Reglas de Operación** del organismo, **la garantía de igualdad y no discriminación entre el deporte olímpico y paralímpico de acuerdo a los recursos que le sean asignados**, protegiendo a todo aquel deportista que con o sin discapacidad gane con resultados el apoyo destinado por la CONADE.

Por lo antes expuesto, se realiza la siguiente propuesta en el siguiente cuadro comparativo:

Ley General de Cultura Física y Deporte	
Texto Vigente	Texto Propuesto
Artículo 30. La CONADE tiene las siguientes atribuciones: I a XXX... Sin correlativo	Artículo 30. La CONADE tiene las siguientes atribuciones: I a XXX... XXXI. Elaborar y emitir las Reglas de Operación para operar el programa fiscal del Capítulo IV Del Estímulo a la Cultura Física y al Deporte.
Artículo 55. Las Asociaciones Deportivas Nacionales, para ser sujetos de los apoyos y estímulos que en su caso acuerde el Ejecutivo Federal, deberán estar registradas como tales por la CONADE, cumplir con lo previsto en la presente Ley, el Programa Nacional de Cultura Física y Deporte, con las obligaciones que se les imponga como integrantes del SINADE y demás disposiciones aplicables en materia presupuestaria, incluyendo el Decreto de Presupuesto de Egresos	Artículo 55. Las Asociaciones Deportivas Nacionales, para ser sujetos de los apoyos y estímulos que en su caso acuerde el Ejecutivo Federal, deberán estar registradas como tales por la CONADE, cumplir con lo previsto en la presente Ley, el Programa Nacional de Cultura Física y Deporte, con las obligaciones que se les imponga como integrantes del SINADE y demás disposiciones aplicables en materia presupuestaria, incluyendo el Decreto de Presupuesto de Egresos



de la Federación que anualmente expida la Cámara de Diputados del Congreso de la Unión, así como las Reglas de Operación correspondientes	de la Federación que anualmente expida la Cámara de Diputados del Congreso de la Unión, así como las Reglas de Operación correspondientes que emita la CONADE.
Artículo 111. Los estímulos a que se refiere el presente Capítulo, que se otorguen con cargo al presupuesto de la CONADE, tendrán por finalidad el cumplimiento de alguno de los siguientes objetivos: I. a X. ... Sin correlativo	Artículo 111. Los estímulos a que se refiere el presente Capítulo, que se otorguen con cargo al presupuesto de la CONADE, tendrán por finalidad el cumplimiento de alguno de los siguientes objetivos: I. a X. ... XI. Reconocer los méritos y resultados de los deportistas más destacados, otorgándoles equitativamente los apoyos, económicos y materiales sin distinción alguna, conforme a lo dispuesto en las Reglas de Operación. XII. Garantizar la igualdad y no discriminación entre los deportistas olímpicos y paralímpicos, de acuerdo con los recursos que le sean asignados, de conformidad con lo establecido en las Reglas de Operación del programa de Cultura Física y Deporte” y disposiciones del presente Capítulo.
Artículo 116. Para efecto del cumplimiento de lo dispuesto por el presente Capítulo, la CONADE con	Artículo 116. Para efecto del cumplimiento de lo dispuesto por el presente Capítulo, la CONADE con



cargo a su presupuesto autorizado, brindará los apoyos económicos y materiales para la práctica y desarrollo del deporte de alto rendimiento con posibilidad de participar en Juegos Olímpicos y Paralímpicos. El procedimiento para el otorgamiento de los apoyos quedará establecido en el Reglamento correspondiente de la presente Ley y deberá considerar, entre otros criterios, la opinión de expertos en las respectivas disciplinas y el rendimiento de deportistas en competencias oficiales.	cargo a su presupuesto autorizado, brindará los apoyos económicos y materiales para la práctica y desarrollo del deporte de alto rendimiento con posibilidad de participar en Juegos Olímpicos y Paralímpicos. El procedimiento para el otorgamiento de los apoyos quedará establecido en el Reglamento correspondiente de la presente Ley y en las “Reglas de Operación” que emita la CONADE y deberá considerar, entre otros criterios, la opinión de expertos en las respectivas disciplinas y el rendimiento de deportistas en competencias oficiales.
---	---

Por lo aquí expuesto, sometemos a la consideración de esta asamblea el siguiente:

PROYECTO DE DECRETO QUE REFORMA Y ADICIONA DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY GENERAL DE CULTURA FÍSICA Y DEPORTE, EN MATERIA DE IGUALDAD Y NO DISCRIMINACIÓN ENTRE DEPORTISTAS OLÍMPICOS Y PARALÍMPICOS

ARTÍCULO ÚNICO. Se adiciona al artículo 30 la fracción XXXI y al artículo 111 las fracciones XI y XII y se reforman los artículos 55 y 116 de la Ley General de Cultura Física y Deporte, para quedar como sigue:

LEY GENERAL DE CULTURA FÍSICA Y DEPORTE

Artículo 30. La CONADE tiene las siguientes atribuciones:



I a XXX...

XXXI. Elaborar y emitir las Reglas de Operación para operar el programa fiscal del Capítulo IV Del Estímulo a la Cultura Física y al Deporte.

Artículo 55. Las Asociaciones Deportivas Nacionales, para ser sujetos de los apoyos y estímulos que en su caso acuerde el Ejecutivo Federal, deberán estar registradas como tales por la CONADE, cumplir con lo previsto en la presente Ley, el Programa Nacional de Cultura Física y Deporte, con las obligaciones que se les imponga como integrantes del SINADE y demás disposiciones aplicables en materia presupuestaria, incluyendo el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación que anualmente expida la Cámara de Diputados del Congreso de la Unión, así como las Reglas de Operación correspondientes **que emita la CONADE.**

Artículo 111. Los estímulos a que se refiere el presente Capítulo, que se otorguen con cargo al presupuesto de la CONADE, tendrán por finalidad el cumplimiento de alguno de los siguientes objetivos:

I. a X. ...

XI. Reconocer los méritos y resultados de los deportistas más destacados, otorgándoles equitativamente los apoyos, económicos y materiales sin distinción alguna, conforme a lo dispuesto en las Reglas de Operación.

XII. Garantizar la igualdad y no discriminación entre los deportistas olímpicos y paralímpicos, de acuerdo con los recursos que le sean asignados, de conformidad con lo establecido en las Reglas de Operación del programa de Cultura Física y Deporte” y disposiciones del presente Capítulo.

Artículo 116. Para efecto del cumplimiento de lo dispuesto por el presente Capítulo, la CONADE con cargo a su presupuesto autorizado, brindará los apoyos económicos y materiales para la práctica y desarrollo del deporte de alto rendimiento con posibilidad de participar en Juegos Olímpicos y Paralímpicos.

El procedimiento para el otorgamiento de los apoyos quedará establecido en el Reglamento correspondiente de la presente Ley y **en las “Reglas de**



DIPUTADA CASANDRA PRISILLA DE LOS SANTOS FLORES

Operación” que emita la CONADE y deberá considerar, entre otros criterios, la opinión de expertos en las respectivas disciplinas y el rendimiento de deportistas en competencias oficiales.

Transitorios

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

Segundo. Las legislaturas de las Entidades Federativas deberán adecuar sus disposiciones legales a lo previsto en esta reforma, en un plazo no mayor a seis meses, contados a partir de la entrada en vigor del presente Decreto.

Tercero. El ejecutivo Federal deberá expedir las reformas necesarias al Reglamento de esta Ley, en un plazo no mayor a seis meses, contados a partir de la entrada en vigor del presente Decreto.

Palacio Legislativo de San Lázaro a 4 de noviembre de 2025

Suscriben

Diputada Casandra Prisilla De
Los Santos Flores
Grupo Parlamentario Verde
Ecologista de México

Diputada Catalina Díaz Vilchis
Grupo Parlamentario MORENA

Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión, LXVI Legislatura**Junta de Coordinación Política**

Diputados: Ricardo Monreal Ávila, presidente; José Elías Lixa Abimerhi, PAN; Carlos Alberto Puente Salas, PVEM; Reginaldo Sandoval Flores, PT; Rubén Ignacio Moreira Valdez, PRI; Ivonne Aracely Ortega Pacheco, MOVIMIENTO CIUDADANO.

Mesa Directiva

Diputados: Kenia López Rabadán, presidenta; vicepresidentes, Sergio Carlos Gutiérrez Luna, MORENA; Paulina Rubio Fernández, PAN; Raúl Bolaños-Cacho Cué, PVEM; secretarios, Julieta Villalpando Riquelme, MORENA; Alan Sahir Márquez Becerra, PAN; Nayeli Arlen Fernández Cruz, PVEM; Magdalena del Socorro Núñez Monreal, PT; Fuensanta Guadalupe Guerrero Esquivel, PRI; Laura Irais Ballesteros Mancilla, MOVIMIENTO CIUDADANO.

Secretaría General**Secretaría de Servicios Parlamentarios****Gaceta Parlamentaria de la Cámara de Diputados**

Director: Juan Luis Concheiro Bórquez, **Edición:** Casimiro Femat Saldívar, Ricardo Águila Sánchez, Antonio Mariscal Pioquinto.

Apoyo Documental: Dirección General de Proceso Legislativo. **Domicilio:** Avenida Congreso de la Unión, número 66, edificio E, cuarto nivel, Palacio Legislativo de San Lázaro, colonia El Parque, CP 15969. Teléfono: 5036 0000, extensión 54046. **Dirección electrónica:** <http://gaceta.diputados.gob.mx/>