

CONTENIDO

Iniciativas

- 2 Que reforma y adiciona diversas disposiciones de la Ley General de Salud, de la Ley del Seguro Social, de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, en materia de financiamiento del intercambio de servicios de salud y protección del Fondo de Salud para el Bienestar, suscrita por el diputado Éctor Jaime Ramírez Barba y las y los legisladores integrantes del Grupo Parlamentario del PAN
- 35 Que reforma y adiciona diversas disposiciones de las Leyes del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; del Seguro Social, y General de Salud, en materia de protocolo de vigilancia clínica psicosocial y encuesta nacional de salud mental en el trabajo, suscrita por la diputada Liliana Ortiz Pérez y las y los legisladores integrantes del Grupo Parlamentario del PAN

Anexo II-2-1

Martes 6 de octubre

INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE REFORMAN Y ADICIONAN DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY GENERAL DE SALUD, DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL, DE LA LEY DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO Y DE LA LEY FEDERAL DE PRESUPUESTO Y RESPONSABILIDAD HACENDARIA, EN MATERIA DE FINANCIAMIENTO DEL INTERCAMBIO DE SERVICIOS DE SALUD Y PROTECCIÓN DEL FONDO DE SALUD PARA EL BIENESTAR

El que suscribe, diputado federal Éctor Jaime Ramírez Barba, integrante del Grupo Parlamentario del Partido Acción Nacional en la LXVI Legislatura de la Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, con fundamento en el artículo 71, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y en los artículos 6, numeral 1, fracción I; 77 y 78 del Reglamento de la Cámara de Diputados, somete a la consideración de esta soberanía la presente Iniciativa con Proyecto de Decreto por el que se Reforman y Adicionan Diversas Disposiciones de la Ley General De Salud, de la Ley del Seguro Social, de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, en Materia de Financiamiento del Intercambio de Servicios de Salud y Protección del Fondo de Salud para el Bienestar, al tenor de la siguiente:

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1. Antecedentes y contexto

El artículo 4.º, párrafo cuarto, de la Constitución reconoce a toda persona el derecho a la protección de la salud y ordena a la ley definir las bases y modalidades para el acceso a los servicios. La reforma constitucional publicada el 8 de mayo de 2020 añadió el mandato de un sistema de salud para el bienestar que garantice la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios para las personas sin seguridad social; ese mandato convive con un sistema segmentado por condición laboral.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) atiende a las personas trabajadoras del sector formal; el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), a las del sector público; y los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR) y los servicios estatales de salud, a la población sin seguridad social.

Superar esa segmentación ha sido un propósito constante; así el Sistema de Protección Social en Salud (2004-2019) introdujo la protección financiera de la población sin seguridad social y creó un fideicomiso para gastos catastróficos. La reforma a la Ley General de Salud publicada el 29 de noviembre de 2019 lo sustituyó por la gratuidad universal sin afiliación a cargo del INSABI.

La reforma del 29 de mayo de 2023 extinguió al INSABI y trasladó la prestación a IMSS-BIENESTAR; con el decreto del 3 de enero de 2024 ajustó la Ley de Coordinación Fiscal para consolidar la federalización de los servicios en las entidades adheridas. A agosto de 2026, 24 entidades federativas están adheridas a IMSS-BIENESTAR; y ocho conservan sus propios servicios estatales de salud: Aguascalientes, Chihuahua, Coahuila, Durango, Guanajuato, Jalisco, Nuevo León y Querétaro.

El intercambio de servicios entre instituciones públicas no es nuevo, desde hace más de una década opera mediante acuerdos generales de coordinación, el más reciente de los cuales se suscribió el 3 de abril de 2020; estos acuerdos se acompañan de un catálogo de intervenciones con tarifas máximas de referencia y de un manual de lineamientos (Secretaría de Salud, 2023). Su alcance ha sido limitado porque depende de la voluntad de cada institución, carece de reglas de pago exigibles y no protege expresamente los recursos de la seguridad social.

En 2026 el tema adquirió rango legal y un impulso operativo; la reforma a la Ley General de Salud publicada el 15 de enero de 2026 modificó el artículo 77 bis 8, desde entonces, toda persona, con o sin afiliación, puede acceder a los servicios de cualquier institución pública “por accesibilidad geográfica o por urgencia médica, conforme a la operación de los convenios para el intercambio de servicios de salud”, y la institución a la que pertenece la persona debe compensar los gastos; el mismo decreto abrogó el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud. Después, el Decreto por el que se crea el Servicio Universal de Salud (DOF, 17 de abril de 2026) organizó una red interinstitucional con un esquema de compensación presupuestaria y financiera, su primera etapa inicia el 1 de enero de 2027 (urgencias, embarazo de alto riesgo, código infarto, código cerebro, continuidad de tratamientos, vacunación y consulta de primer nivel) y la segunda, el 1 de julio de 2027. Para ello, el Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación PPEF para 2027 incorpora el programa R038 para el intercambio, con 3,510.2 millones de pesos (mdp) en los Ramos 12, 51 y 56. El artículo 34 del proyecto de decreto de PEF para 2027, obliga a las instituciones a reservar recursos para ese fin.

El 19 de enero de 2026, el suscrito presentó ante la Comisión Permanente una iniciativa para adicionar un Capítulo XII al Título Tercero Bis de la Ley General de Salud (artículos 77 bis 47 a 77 bis 53); esa iniciativa regula el concepto, los participantes, las reglas de operación y los convenios del intercambio de servicios. La presente iniciativa es complementaria y no la duplica, se concentra en lo que aquella no resuelve: la regla de pago, la garantía de pago oportuno, la protección de los recursos de la seguridad social, la base de actuación del IMSS y del ISSSTE en sus propias leyes, la participación de las entidades no adheridas sin afectar sus aportaciones federales, la protección del Fondo de Salud para el Bienestar y la trazabilidad presupuestal. Ambas pueden dictaminarse de manera conjunta; por ello, las disposiciones que aquí se proponen se ubican en los artículos

77 bis 8 a 77 bis 8 B, 77 bis 17, 77 bis 29, 77 bis 31 y 77 bis 35, sin interferir con la numeración del capítulo propuesto en enero. Los artículos que se adicionan siguen la técnica de numeración que la propia Ley utiliza en el Título Tercero Bis para intercalar preceptos (artículos 77 bis 16 A y 77 bis 35 A a 77 bis 35 J), por lo que se identifican como 77 bis 8 A y 77 bis 8 B, y no con un segundo «Bis».

2. Diagnóstico

2.1 Cobertura y acceso efectivo

La Encuesta Intercensal 2025 del INEGI muestra un retroceso en la cobertura declarada de servicios de salud, la población afiliada a alguna institución pasó de 82.2 % en 2015 a 72.5 % en 2025, y la población sin afiliación, de 20.6 a 35.5 millones de personas (INEGI, 2016, 2026). La medición oficial de pobreza confirma la tendencia: la carencia por acceso a los servicios de salud pasó de 16.2 % en 2018 a 39.1 % en 2022 y se ubicó en 34.2 % en 2024, equivalente a 44.5 millones de personas (INEGI, 2025).

El deterioro no es neutral, en las localidades de menos de 2,500 habitantes la afiliación cayó 21.8 puntos porcentuales, frente a 2.1 puntos en las ciudades de 100 mil habitantes o más. Las mujeres perdieron 10.6 puntos, frente a 8.6 de los hombres; las niñas y los niños de 0 a 4 años pasaron de 81.6 % a 68.7 % de afiliación; al mismo tiempo, la atención se desplazó al sector privado: la proporción de personas usuarias que se atienden en consultorios, clínicas u hospitales privados o en consultorios de farmacia subió de 23.1 % a 33.3 %, es decir, 42.5 millones de personas en 2025 (INEGI, 2016, 2026).

En paralelo, la seguridad social creció: la población afiliada al IMSS pasó de 38.5 a 51.1 millones de personas entre 2015 y 2025; esto aumenta la probabilidad de que una misma persona transite entre regímenes a lo largo del año, por cambios de empleo o por pérdida de derechos, y de que requiera atención en una institución distinta de la suya. Hoy, esa atención depende de convenios voluntarios.

2.2 Financiamiento del intercambio

El Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación para 2027 propone 1,105,963.2 mdp para la función Salud, 10.1 % real más que lo aprobado para 2026 (965,662.8 mdp) (SHCP, 2026); para la población sin seguridad social prevé el programa E089 (64,010.9 mdp), el U013 y el U014, este último para las entidades no adheridas (12,033.0 mdp). Para el intercambio, el R038 (3,510.2 mdp). El programa transversal E031, “Servicios de atención a la salud”, suma 687,706.9 mdp entre el IMSS, IMSS-BIENESTAR, el ISSSTE y la Secretaría de Salud. Si la atención prestada fuera de la institución de origen equivaliera a entre 1 % y 3 % de ese gasto, los flujos de compensación irían de 6,877 a 20,631 mdp anuales. El R038 cubriría entre 17 % y 51 % de esos flujos.

El problema no se limita al monto; el decreto de 2026 obliga a las instituciones a presupuestar y pagar las compensaciones, pero la ley no dice quién paga la atención de

las personas sin seguridad social, en qué plazo ni qué ocurre si una institución no paga; tampoco establece qué recursos de las instituciones de seguridad social pueden utilizarse. Sin esas reglas, el riesgo previsible es que se acumulen adeudos entre instituciones, que la institución acreedora deje de prestar el servicio y que la persona usuaria quede sin atención.

2.3 El Fondo de Salud para el Bienestar

El Fondo de Salud para el Bienestar (FONSABI) es el instrumento que financia la atención de enfermedades de alto costo de la población sin seguridad social; de acuerdo con los informes trimestrales de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en el primer semestre de 2025 el Fondo registró ingresos por 13,937.8 mdp, rendimientos por 1,433.4 mdp y egresos por 15,640.6 mdp, con una disponibilidad al 30 de junio de 32,046.8 mdp (SHCP, 2025).

Esa disponibilidad coincide, prácticamente, con el umbral del artículo 77 bis 17, párrafo segundo, de la Ley General de Salud, adicionado el 4 de diciembre de 2020; según ese párrafo, cuando el Fondo supera dos veces la aportación aprobada para 2020 (32,411.3 mdp), el remanente puede reintegrarse a la Tesorería de la Federación. Al amparo de ese párrafo y de disposiciones transitorias de las leyes de ingresos, en los últimos años se trasladaron a la Tesorería recursos del Fondo por decenas de miles de millones de pesos, entre ellos 33 mil millones de pesos ordenados por el propio decreto de 2020. La organización civil México Evalúa documentó, además, una reducción del gasto en enfermedades catastróficas y en infraestructura frente a los años del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (Campos y Cano, 2022; México Evalúa, 2023). La conclusión es clara: el patrimonio del Fondo no se encuentra limitado por falta de ingresos; el umbral legal funciona como techo, y todo lo que lo rebasa puede retirarse.

2.4 Consecuencias de la inacción

Si la ley no establece estas reglas, el intercambio iniciará en 2027 apoyado únicamente en un decreto administrativo, que puede modificarse sin intervención del Congreso; en lo sanitario, se mantendrá el riesgo de negativas de atención y de interrupción de tratamientos por disputas de pago entre instituciones; en lo jurídico, las personas aseguradas podrían impugnar el uso de recursos de la seguridad social para fines distintos; en lo fiscal, los adeudos entre instituciones se acumularán sin un cauce de liquidación y el FONSABI seguirá expuesto a retiros discrecionales, justo cuando la primera etapa incluye la continuidad de tratamientos de alto costo (insuficiencia renal crónica, cáncer, trasplante, VIH y hemofilia).

3. Problema normativo

El diagnóstico anterior tiene causas normativas identificables en artículos vigentes:

Cuadro 1. Problemas normativos identificados

#	Disposición vigente	Tipo de defecto	Descripción
1	LGS, artículo 77 bis 8 (acceso conforme a la operación de los convenios); artículo. 64 Bis 1 (solo urgencia obstétrica)	Insuficiencia	La atención universal de urgencias en cualquier establecimiento público depende de convenios; solo la urgencia obstétrica tiene una garantía legal expresa. No existe un catálogo legal del intercambio ni una regla de no regresión.
2	LGS, artículos 77 bis 8 (la institución a la que pertenece la persona... deberá compensar; contraprestaciones que se acuerden) y 77 bis 35, fracción XVI	Vacío	No define quién paga la atención de las personas sin seguridad social ni protege expresamente el destino de las cuotas, aportaciones y reservas de la seguridad social. La compensación solo se prevé para la atención otorgada conforme a convenios, y las contraprestaciones son «las que se acuerden». Además, el artículo 77 bis 35, fracción XVI, faculta a IMSS-BIENESTAR para definir las bases de compensación, lo que exige armonizar esa atribución con una regla común.
3	LGS, Título Tercero Bis (su reglamento fue abrogado el 15-01-2026)	Vacío	No hay un plazo legal de pago, una consecuencia por incumplimiento ni una instancia imparcial para las diferencias. Solo el Decreto SUS regula estos aspectos, de forma parcial.
4	LSS, artículo. 89, fr. IV (de acuerdo a su disponibilidad y sin perjuicio de su capacidad financiera) y artículo 216 A (supuestos cerrados)	Insuficiencia	La atención del IMSS a personas no derechohabientes es facultativa y no incluye el intercambio.
5	LISSSTE, artículo 31, párrafos tercero y cuarto	Antinomia potencial	El ISSSTE fija sus <i>propios costos de recuperación</i> , lo que entra en conflicto con tarifas comunes para todas las instituciones.
6	LGS, artículo 77 bis 16 A (solo entidades que concurren con IMSS-BIENESTAR)	Vacío	No hay un cauce legal para que los servicios estatales de las ocho entidades no adheridas participen en el intercambio y liquiden sus saldos.
7	LGS, artículo 77 bis 17, párrafo segundo	Defecto de diseño	El umbral fijo de reintegro (dos veces la aportación de 2020) opera como techo patrimonial y no protege la subcuenta de alto costo.
8	LFPRH, artículo 41, fracción II	Insuficiencia	El proyecto de presupuesto no está obligado a identificar de forma permanente el gasto del intercambio ni la aportación al FONSABI.

Estos defectos no pueden resolverse con instrumentos administrativos; las reglas sobre quién paga, sobre el destino de los recursos de la seguridad social, sobre las obligaciones de los organismos regulados por sus propias leyes y sobre la disposición del patrimonio de un fondo creado por ley afectan derechos, distribuyen obligaciones entre órdenes de gobierno y se refieren a recursos cuyo destino fija la ley. Por ello se requiere de una reforma de rango legal.

En cambio, las tarifas, los formatos, las plataformas y los procedimientos se remiten a disposiciones generales que emitirá la autoridad sanitaria con la aprobación de la hacienda, con criterios y plazos fijados en la ley.

4. Objetivos de la iniciativa

Objetivo general. Dar certeza legal al financiamiento del intercambio de servicios de salud entre instituciones públicas y proteger el Fondo de Salud para el Bienestar, para que toda persona reciba atención oportuna con independencia de su afiliación, sin afectar los recursos de la seguridad social.

Objetivos específicos:

1. Garantizar por ley la atención de urgencias en cualquier establecimiento público y establecer un catálogo progresivo, no regresivo, de servicios del intercambio (LGS, artículo 77 bis 8).
2. Establecer la regla de pago, la protección de los recursos de la seguridad social, la conciliación mensual, el pago en sesenta días y una instancia colegiada imparcial (LGS, artículos 77 bis 8, 77 bis 8 A y 77 bis 35).
3. Abrir un cauce voluntario para los servicios estatales de las entidades no adheridas, sin afectar las aportaciones federales (LGS, artículo 77 bis 8 B).
4. Dar base al IMSS y al ISSSTE en sus propias leyes para atender en el intercambio, con derecho a compensación (LSS, artículo 216 A; LISSSTE, artículos 31 y 31 Ter).
5. Sustituir el umbral de reintegro del FONSABI por una reserva mínima actuarial y proteger la subcuenta de alto costo (LGS, arts. 77 bis 17 y 77 bis 29).
6. Hacer trazable el gasto del intercambio en el presupuesto y en los informes al Congreso (LFPRH, artículo 41; LGS, artículo 77 bis 31).

5. Contenido de la reforma

Artículo 77 bis 8 de la Ley General de Salud. Se reforman sus dos párrafos vigentes y se adicionan cuatro. En el párrafo primero se precisa que el acceso se rige por los convenios y por lo dispuesto en el propio artículo, y que la compensación se cubrirá en los términos del artículo 77 bis 8 A; en el segundo, las contraprestaciones dejan de ser «las que se acuerden» y se determinan conforme a las tarifas comunes, con lo que se evita una antinomia entre la fijación bilateral de precios y las tarifas que emitirá la Secretaría de Salud con aprobación de Hacienda. De los párrafos que se adicionan, el tercero garantiza la

atención de urgencias en cualquier establecimiento público, hasta la estabilización y el alta o el traslado seguro; el cuarto ordena a la Secretaría de Salud publicar un catálogo de servicios del intercambio que se amplía de forma progresiva y cuyos servicios solo pueden excluirse por razones técnicas o sanitarias motivadas; el quinto prohíbe negar o retrasar la atención por falta de convenio, registro o conciliación, y el sexto establece que la compensación procede también en urgencias y en los servicios del catálogo aunque no exista convenio. Así, el artículo 77 bis 8 contiene la regla de compensación a la que remiten los artículos 77 bis 8 A, 77 bis 8 B y 77 bis 29 de la propia Ley, el artículo 216 A de la Ley del Seguro Social y el artículo 31 Ter de la Ley del ISSSTE. Se opta por regular el mecanismo con el término técnico «intercambio de servicios», que la ley ya utiliza (artículos 6.º, fr. XIII, y 77 bis 5, apartado A, fr. VI), para que la norma perdure con independencia de cambios de gestión.

Artículo 77 bis 8 A. Establece siete bases de la compensación: (I) paga la institución a la que pertenece la persona y, en el caso de las personas sin seguridad social, la Federación con los recursos que prevea el Presupuesto; (II) las cuotas, aportaciones y reservas de la seguridad social solo se destinan a sus derechohabientes; (III) las tarifas se fijan por costo medio de producción, con metodología aprobada por Hacienda, publicación anual y revisión al menos trienal; (IV) conciliación al menos mensual y pago en sesenta días naturales; (V) ante el incumplimiento, pago mediante adecuación presupuestaria con cargo al presupuesto de la institución deudora; (VI) una instancia colegiada resuelve las diferencias y las instituciones en controversia no votan; y (VII) registro contable separado. Esta regla corrige el riesgo de un subsidio fiscal regresivo: el erario no financia la atención de personas aseguradas, cuyas instituciones cuentan con fuentes propias para ello (artículo 105 de la Ley del Seguro Social).

Artículo 77 bis 8 B. Permite que las entidades no adheridas incorporen sus servicios estatales mediante un convenio con la Secretaría de Salud y la participación de Hacienda. Los saldos netos a cargo de la entidad pueden pagarse directamente o compensarse con participaciones federales, con base en el acuerdo previsto en el último párrafo del artículo 9o. de la Ley de Coordinación Fiscal. En ningún caso se afectan las aportaciones federales, cuyo destino condicionado protege el artículo 49 de esa ley. La entidad conviene un tope anual de exposición y puede recibir apoyos con base en el artículo 77 bis 12, párrafo segundo. Si no firma, sus habitantes conservan el acceso a la red federal; el incentivo para firmar es positivo: solo las entidades firmantes cobran por los servicios que prestan.

Artículos 77 bis 17 y 77 bis 29. Al menos ocho puntos del 11 % que se canaliza al Fondo se asignan a la subcuenta de enfermedades de alto costo, como ocurría con el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos. El umbral fijo se sustituye por una reserva mínima determinada anualmente con un estudio actuarial independiente y público. Solo el remanente sobre esa reserva puede destinarse a otras acciones y, para reintegrarse a la Tesorería, requiere autorización expresa en el Presupuesto de Egresos. La subcuenta de

alto costo no forma parte del remanente. Además, el Fondo podrá cubrir la atención de alto costo que las personas sin seguridad social reciban en cualquier institución pública. La reforma no pretende impedir lo que una ley posterior pueda disponer; busca que cualquier retiro sea expreso, motivado y fiscalizable.

Artículo 77 bis 31. Se añade un informe trimestral al Congreso sobre el intercambio y el Fondo, con desglose por institución, entidad, tipo de servicio, sexo y grupo de edad, así como saldos, tiempos de pago, reserva y egresos por subcuenta.

Artículo 77 bis 35, fracción XVI. La fracción vigente faculta a IMSS-BIENESTAR para *definir las bases para la compensación económica* entre entidades federativas, instituciones y establecimientos del Sistema Nacional de Salud. Para evitar dos fuentes de reglas sobre una misma materia, se reforma para que IMSS-BIENESTAR proponga dichas bases a la Secretaría de Salud, autoridad que, con la aprobación de Hacienda, emitirá las disposiciones generales previstas en el artículo 77 bis 8 A. Se conserva el párrafo segundo de esa fracción, relativo a la compensación por incumplimiento entre entidades federativas con cargo a los recursos que deben transferírseles conforme al Título Tercero Bis, que es compatible con el artículo 77 bis 8 B porque no afecta aportaciones federales.

Artículo 216 A de la Ley del Seguro Social. Se adiciona una fracción IV para que el Instituto atienda, en el intercambio, urgencias y los servicios del catálogo (los demás, según su capacidad instalada), con derecho a compensación. Se aclara que esa atención no se cubre con cargo a cuotas, aportaciones ni reservas. Se elige este artículo, y no el 84, porque ya regula la atención obligatoria a población no derechohabiente, con resarcimiento y contabilidad separada, y es uno de los fundamentos del Decreto de 2026, el artículo 84, en cambio, enumera a las personas amparadas por el seguro.

Artículos 31 y 31 Ter de la Ley del ISSSTE. El 31 Ter, ubicado junto al 31 Bis, que ya obliga a atender urgencias obstétricas sin importar la derechohabiencia, establece la obligación de atender en el intercambio en los mismos términos que el IMSS. La reforma al párrafo cuarto del artículo 31 dispone que, en ese supuesto, se apliquen las tarifas comunes y no los costos de recuperación que fija el propio Instituto, con lo que se elimina la antinomia.

Artículo 41 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria. Se adiciona un inciso x) a la fracción II para que el proyecto de presupuesto identifique, por ramo, institución y programa, las previsiones del intercambio y la aportación al FONSABI. Ese inciso se incorpora a la regla del último párrafo, que exige mantener al menos la misma proporción del gasto programable, siempre que se hayan cumplido las metas, como ya ocurre con los anexos de igualdad de género, grupos vulnerables, niñas, niños y adolescentes y ciencia.

Cuadro 2. Propuesta de artículos a modificar de acuerdo con Cuadro 1.

Cambio	Problema que atiende (sección 3)	Beneficio esperado
LGS artículo 77 bis 8, párrafos 1.º y 2.º (reforma) y 3.º a 6.º (adición)	1 y 2	Atención de urgencias garantizada; compensación expresa en todos los supuestos del intercambio; tarifas comunes; progresividad
LGS artículo 77 bis 8 A	2 y 3	Pago oportuno; protección de los recursos de la seguridad social; reducción de disputas
LGS artículo 77 bis 8 B	6	Integración voluntaria de ocho entidades sin afectar sus aportaciones federales
LGS artículo 77 bis 17 y 77 bis 29	7	Patrimonio del FONSABI protegido; alto costo financiado en toda la red pública
LGS artículo 77 bis 31	3 y 8	Rendición de cuentas trimestral con datos desagregados
LGS artículo 77 bis 35, fracción XVI	2 y 3	Una sola fuente de reglas de compensación; elimina la duplicidad de atribuciones entre la Secretaría de Salud e IMSS-BIENESTAR
LSS artículo 216 A	4	Obligación de atender y derecho a cobrar; separación contable
LISSSTE artículos 31 y 31 Ter	5	Tarifas comunes; eliminación de la antinomia
LFPRH artículo 41	8	Trazabilidad presupuestal permanente y protección frente a la erosión

6. Impactos esperados

En los derechos. La reforma convierte el acceso a urgencias en un derecho exigible frente a cualquier establecimiento público y da estabilidad legal al catálogo del intercambio. La prohibición de negar la atención por razones administrativas traslada el riesgo de la coordinación a las instituciones y no a las personas.

En la organización institucional. Se fijan reglas comunes para el IMSS, el ISSSTE, IMSS-BIENESTAR y los servicios estatales que se adhieran. La rectoría queda en la Secretaría de Salud, las atribuciones presupuestarias en Hacienda y la resolución de diferencias en una instancia colegiada.

En la operación. La conciliación mensual y el pago en sesenta días reducen la acumulación de adeudos. El pago por adecuación presupuestaria evita que una institución suspenda servicios por falta de pago de otra.

Efectos diferenciados por género y en grupos en situación de vulnerabilidad. Las mujeres, las niñas y los niños de 0 a 4 años y la población rural son quienes más afiliación perdieron entre 2015 y 2025. La garantía de urgencias complementa la regla vigente de urgencia obstétrica (artículo 64 Bis 1) y protege a quienes transitan entre regímenes por empleos inestables, situación más frecuente entre las mujeres. El informe trimestral desagregado por sexo y edad permitirá medir estos efectos.

Beneficios fiscales. La regla de pago evita que el erario asuma la atención de personas aseguradas. La protección del FONSABI transparenta el uso de sus recursos, y la trazabilidad presupuestal facilita la fiscalización de la Auditoría Superior de la Federación.

7. Obligaciones constitucionales e internacionales

Constitución. El artículo 1.º obliga a todas las autoridades a promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos conforme al principio de progresividad. El artículo 4.º reconoce el derecho a la protección de la salud y el mandato de extensión progresiva de los servicios para las personas sin seguridad social. El artículo 123, apartado A, fracción XXIX, y apartado B, fracción XI, establece la seguridad social de las personas trabajadoras, cuyos recursos deben destinarse a sus fines. El artículo 134 exige administrar los recursos públicos con eficiencia, eficacia, economía, transparencia y honradez.

Tratados. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (arts. 9 y 12) y las Observaciones Generales 14 y 19 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales exigen que los establecimientos, bienes y servicios de salud sean accesibles sin discriminación y que los recursos de la seguridad social se administren de manera sostenible y transparente. El Protocolo de San Salvador (arts. 9 y 10) obliga a extender los servicios a toda la población. El Convenio 102 de la OIT, ratificado por México, establece normas mínimas de asistencia médica. La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (artículo 12) y la Convención sobre los Derechos del Niño (artículo 24) exigen asegurar el acceso a la atención médica, en particular la materna e infantil. La Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud de la Organización Panamericana de la Salud (2014) recomienda eliminar las barreras de acceso y avanzar hacia un gasto público en salud de al menos 6 % del PIB. La meta 3.8 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible persigue la cobertura sanitaria universal con protección financiera.

Precedentes. La Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en el amparo en revisión 378/2014, sostuvo que el derecho a la protección de la salud impone al Estado el deber de adoptar medidas hasta el máximo de los recursos disponibles y que las restricciones presupuestales no eximen de garantizar los niveles esenciales del derecho. En la controversia constitucional 109/2004, el Pleno reconoció la facultad de la Cámara de Diputados para aprobar el Presupuesto de Egresos; por eso, esta iniciativa traslada a esa

Cámara la decisión sobre cualquier reintegro del FONSABI, en lugar de pretender prohibirlo mediante una ley ordinaria.

A. Fundamento constitucional y competencial

El Congreso de la Unión es competente para legislar en materia de salubridad general (artículo 73, fr. XVI), en las leyes reglamentarias del artículo 123 (artículo 73, fr. X) y en presupuesto y gasto público federal (artículos 73, fr. XXX, y 74, fr. IV). Se trata de una materia concurrente: la iniciativa no impone obligaciones a las entidades federativas, cuya participación es voluntaria y se formaliza mediante convenio (artículo 77 bis 8 B). Tampoco modifica la Ley de Coordinación Fiscal ni afecta las aportaciones federales. No es materia de iniciativa exclusiva, y la Cámara de Diputados es cámara de origen idónea. La medida no afecta directamente a pueblos y comunidades indígenas o afromexicanas ni a personas con discapacidad en forma que requiera consulta previa; por el contrario, amplía el acceso de todas las personas.

B. Impacto presupuestario, implementación y evaluación

Impacto presupuestario (artículo 18 LFPRH). La reforma no crea programas ni fondos nuevos; ordena y protege flujos que ya existen: las compensaciones se pagan con los presupuestos de las instituciones y, en el caso de la población sin seguridad social, con los programas federales ya previstos (E089, U013, U014 y R038). La siguiente estimación ilustrativa usa como base el programa E031 del PPEF 2027 (687,706.9 mdp):

Cuadro 3. Estimación del impacto presupuestal para 2027

Proporción de atención cruzada	Flujos de compensación	De ellos, a cargo de recursos fiscales (50 %)	Cobertura del R038 (3,510.2 mdp) sobre la parte fiscal
1 %	6,877.1	3,438.5	102 %
2 %	13,754.1	6,877.1	51 %
3 %	20,631.2	10,315.6	34 %

Cifras en millones de pesos. La proporción de 50 % a cargo de recursos fiscales es un supuesto ilustrativo, congruente con la participación de la población sin seguridad social. Lectura: con la regla de pago propuesta, el gasto fiscal adicional es acotado y se concentra en la población sin seguridad social, que ya es responsabilidad federal. Si la atención cruzada supera el 1 %, será necesario reforzar el R038. La reforma del FONSABI no genera gasto: impide retiros sin autorización expresa. El transitorio Quinto dispone que las erogaciones del primer ejercicio se cubran con los presupuestos aprobados y que las provisiones específicas se incorporen a partir del proyecto de presupuesto siguiente. Se solicitará la valoración del Centro de Estudios de las Finanzas Públicas y, en su caso, la opinión de la Secretaría de Hacienda (artículo 18, párrafo tercero, LFPRH).

Evaluación. La Secretaría de Salud informará trimestralmente y presentará una evaluación anual con los siguientes indicadores:

Cuadro 4. Propuesta de línea base para evaluación.

Indicador	Línea base	Fuente
Población afiliada o con acceso reconocido a servicios públicos	86.6 % (2025)	INEGI, EIC 2025
Personas usuarias atendidas en servicios privados o de farmacia	33.3 % (2025)	INEGI, EIC 2025
Carencia por acceso a los servicios de salud	34.2 % (2024)	INEGI, pobreza multidimensional 2024
Disponibilidad del FONSABI frente a la reserva mínima	32,046.8 mdp (30-06-2025)	SHCP, Anexo XIII
Tiempo promedio de pago de compensaciones; saldos por conciliar; negativas de atención por institución, sexo y edad	Se establecerá en el primer informe trimestral	Secretaría de Salud

Cuadro comparativo

Para una mejor ubicación de las propuestas de modificación se presentan los siguientes cuadros comparativos, a partir del texto vigente conforme a las versiones publicadas por la Cámara de Diputados (LGS, LSS y LISSSTE, última reforma DOF 15-01-2026; LFPRH, última reforma DOF 09-04-2026), consultadas el 26 de septiembre de 2026.

Ley General de Salud

Texto vigente	Texto propuesto
Artículo 77 bis 8.- Todas las personas con o sin afiliación a instituciones de seguridad social, podrán acceder a los servicios de salud prestados por cualquier institución del sector público acorde al padecimiento de que se trate por accesibilidad geográfica o por urgencia médica, conforme a la operación de los convenios para el intercambio de servicios de salud, en cuyo caso la institución a la que pertenece la persona que recibe el servicio médico deberá compensar los gastos correspondientes a la institución que lo otorga. Los convenios de intercambio de servicios de salud a que se refiere el párrafo anterior garantizarán la continuidad de la prestación de los servicios de atención médica y el otorgamiento de medicamentos y demás insumos para la salud para las personas en instituciones públicas que	Artículo 77 bis 8.- Todas las personas con o sin afiliación a instituciones de seguridad social, podrán acceder a los servicios de salud prestados por cualquier institución del sector público acorde al padecimiento de que se trate por accesibilidad geográfica o por urgencia médica, conforme a la operación de los convenios para el intercambio de servicios de salud y a lo dispuesto en este artículo, en cuyo caso la institución a la que pertenece la persona que recibe el servicio médico deberá compensar los gastos correspondientes a la institución que lo otorga, en los términos del artículo 77 bis 8 A de esta Ley. Los convenios de intercambio de servicios de salud a que se refiere el párrafo anterior garantizarán la continuidad de la prestación de los servicios de atención médica y el otorgamiento de

Texto vigente	Texto propuesto
suscriban los referidos convenios a cambio de las contraprestaciones que se acuerden bajo un principio de reciprocidad. (Sin correlativo) (Sin correlativo) (Sin correlativo) (Sin correlativo)	medicamentos y demás insumos para la salud para las personas en instituciones públicas que suscriban los referidos convenios a cambio de las contraprestaciones que se determinen conforme a las tarifas a que se refiere el artículo 77 bis 8 A de esta Ley, bajo un principio de reciprocidad. Toda persona tendrá derecho a recibir atención médica de urgencia en cualquier establecimiento público de salud, con independencia de su condición de derechohabiente o afiliación, hasta su estabilización y alta médica o, en su caso, hasta su traslado seguro al establecimiento que corresponda, conforme al criterio del personal médico tratante. La Secretaría de Salud, previa opinión de las instituciones públicas de salud y de seguridad social, emitirá y publicará en el Diario Oficial de la Federación el catálogo de servicios objeto del intercambio, con base en criterios de necesidad de salud, capacidad instalada y sostenibilidad financiera. El catálogo se ampliará de manera progresiva, y los servicios incorporados solo podrán excluirse por razones técnicas o sanitarias debidamente motivadas y publicadas. La falta de convenio, de registro electrónico o de conciliación entre instituciones no podrá invocarse para negar, condicionar o retrasar la atención de urgencias ni la de los servicios incorporados al catálogo. La compensación a que se refiere el párrafo primero de este artículo procederá también respecto de la atención de urgencias y de los

Texto vigente	Texto propuesto
	servicios incorporados al catálogo, aun cuando no exista convenio entre las instituciones de que se trate.
(Sin correlativo)	Artículo 77 bis 8 A.- La compensación a que se refiere el artículo 77 bis 8 de esta Ley se sujetará a las bases siguientes: I. La institución a la que pertenezca la persona atendida cubrirá la compensación con cargo a su presupuesto. Tratándose de personas sin seguridad social, la compensación se cubrirá con cargo a los recursos que para tal efecto prevea el Presupuesto de Egresos de la Federación; II. Las cuotas, aportaciones y reservas de los seguros a cargo de las instituciones de seguridad social solo podrán destinarse a cubrir la atención de sus derechohabientes; III. Las tarifas se determinarán con base en el costo medio de producción de cada servicio, conforme a la metodología que emita la Secretaría de Salud con la aprobación de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Las tarifas se publicarán en el Diario Oficial de la Federación a más tardar el 31 de enero de cada año, y la metodología se revisará al menos cada tres años con base en estudios de costeo; IV. La conciliación entre instituciones se realizará al menos mensualmente, y los saldos conciliados se pagarán dentro de los sesenta días naturales siguientes a la conciliación; V. Cuando una institución no cubra los saldos conciliados en el plazo señalado en la fracción anterior, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en el ámbito de su competencia y conforme a la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, realizará o autorizará las adecuaciones presupuestarias

Texto vigente	Texto propuesto
	necesarias para efectuar el pago con cargo al presupuesto de la institución deudora; VI. Las diferencias sobre la procedencia o el monto de las compensaciones se someterán a una instancia colegiada de conciliación, presidida por la Secretaría de Salud e integrada por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y las instituciones participantes, la cual resolverá con base en un dictamen técnico. Las instituciones que sean parte en la diferencia no votarán en su resolución, y VII. Las instituciones registrarán por separado los servicios otorgados y las compensaciones pagadas o recibidas, conforme a las disposiciones que emita el Consejo Nacional de Armonización Contable. La Secretaría de Salud, con la aprobación de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, emitirá las disposiciones generales para la aplicación de este artículo, las cuales regularán el registro de los servicios, la identificación de las personas usuarias, la emisión de las notas de compensación, la conciliación y la integración y funcionamiento de la instancia colegiada.
(Sin correlativo)	Artículo 77 bis 8 B.- Las entidades federativas que no hayan celebrado el convenio a que se refiere el artículo 77 bis 16 A de esta Ley podrán incorporar sus servicios estatales de salud al intercambio de servicios mediante convenio de coordinación con la Secretaría de Salud, con la participación de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en el que se establecerán, al menos: I. Los establecimientos participantes y la obligación de prestar gratuitamente los servicios incorporados al catálogo;

Texto vigente	Texto propuesto
	II. El procedimiento de conciliación y liquidación de los saldos netos entre la entidad federativa y las demás instituciones participantes; III. La forma de pago de los saldos netos a cargo de la entidad federativa, que podrá realizarse mediante pago directo o mediante compensación con sus participaciones federales, en los términos del último párrafo del artículo 9o. de la Ley de Coordinación Fiscal. En ningún caso podrán afectarse los recursos de los fondos de aportaciones federales; IV. El monto máximo anual de exposición financiera de la entidad federativa por saldos netos, y V. Los apoyos que, en su caso, se otorguen a la entidad federativa con cargo a los recursos a que se refiere el segundo párrafo del artículo 77 bis 12 de esta Ley. Los saldos netos a favor de los servicios estatales de salud se cubrirán con cargo a los recursos federales que para tal efecto prevea el Presupuesto de Egresos de la Federación. La falta de convenio no limitará el acceso de las personas residentes en la entidad federativa a los servicios de las instituciones públicas federales.
Artículo 77 bis 17.- Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR) con cargo a los recursos a que se refiere el artículo 77 bis 12 de esta Ley, canalizará anualmente al Fondo a que hace referencia el Capítulo VI de este Título, el equivalente al 11% de la suma de los recursos señalados en los artículos 77 bis 12 y 77 bis 13 de esta Ley, Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR) asignará estos recursos a los conceptos que señalan las fracciones I, II y III del	Artículo 77 bis 17.- Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR) con cargo a los recursos a que se refiere el artículo 77 bis 12 de esta Ley, canalizará anualmente al Fondo a que hace referencia el Capítulo VI de este Título, el equivalente al 11% de la suma de los recursos señalados en los artículos 77 bis 12 y 77 bis 13 de esta Ley, Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR) asignará estos recursos a los conceptos que señalan las fracciones I, II y III del

Texto vigente	Texto propuesto
artículo 77 bis 29, previa aprobación del Comité Técnico del Fondo de Salud para el Bienestar. Cuando el Fondo acumule recursos en un monto superior a dos veces la suma aprobada en el Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2020 como aportaciones al Fideicomiso del Fondo de Salud para el Bienestar, el remanente podrá destinarse a fortalecer acciones en materia de salud a través del reintegro de recursos correspondiente a la Tesorería de la Federación o mediante el Fondo de Salud para el Bienestar. Los recursos acumulados en el Fondo seguirán destinándose al cumplimiento de lo establecido en las fracciones I, II y III del artículo 77 bis 29 de esta Ley.	artículo 77 bis 29, previa aprobación del Comité Técnico del Fondo de Salud para el Bienestar. De dicho monto, al menos el equivalente al 8% de la suma de los recursos señalados en los artículos 77 bis 12 y 77 bis 13 de esta Ley se asignará a la subcuenta a que se refiere la fracción I del artículo 77 bis 29 de esta Ley. El Fondo mantendrá una reserva mínima para la atención de enfermedades que impliquen un alto costo, cuyo monto determinará anualmente la Secretaría de Salud con base en un estudio actuarial independiente que publicará en su portal de internet. Cuando el Fondo acumule recursos en un monto superior a dicha reserva, el remanente podrá destinarse a fortalecer acciones en materia de salud mediante el Fondo de Salud para el Bienestar o, previa autorización expresa en el Presupuesto de Egresos de la Federación del ejercicio fiscal correspondiente, mediante su reintegro a la Tesorería de la Federación. Los recursos de la subcuenta a que se refiere la fracción I del artículo 77 bis 29 de esta Ley no formarán parte del remanente. Los recursos acumulados en el Fondo seguirán destinándose al cumplimiento de lo establecido en las fracciones I, II y III del artículo 77 bis 29 de esta Ley.
Artículo 77 bis 29.- ... I. a III. (Sin correlativo)	Artículo 77 bis 29.- ... I. a III. Con cargo a la subcuenta a que se refiere la fracción I de este artículo podrá cubrirse la atención de enfermedades que impliquen un alto costo que reciban las personas sin seguridad social en cualquier institución

Texto vigente	Texto propuesto
	pública de salud en el marco del intercambio de servicios a que se refiere el artículo 77 bis 8 de esta Ley, conforme a las reglas de operación del Fondo.
Artículo 77 bis 31.- ... A) a C) ... La Secretaría de Salud dará a conocer al Congreso de la Unión semestralmente, de manera pormenorizada, la información y las acciones que se desarrollen con base en este artículo.	Artículo 77 bis 31.- ... A) a C) ... La Secretaría de Salud dará a conocer al Congreso de la Unión semestralmente, de manera pormenorizada, la información y las acciones que se desarrollen con base en este artículo. Asimismo, informará trimestralmente sobre el intercambio de servicios a que se refiere el artículo 77 bis 8 de esta Ley y sobre la situación del Fondo de Salud para el Bienestar, con desglose por institución, entidad federativa, tipo de servicio, sexo y grupo de edad, saldos conciliados y por conciliar, tiempos de pago, patrimonio, reserva mínima y egresos por subcuenta.
Artículo 77 bis 35.- I. a XV. ... XVI. Definir las bases para la compensación económica entre entidades federativas, instituciones y establecimientos del Sistema Nacional de Salud por concepto de la prestación de los servicios a que se refiere el presente Título, previa opinión de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. ... XVII. ...	Artículo 77 bis 35.- I. a XV. ... XVI. Proponer a la Secretaría de Salud, para efectos de los artículos 77 bis 8 A y 77 bis 8 B de esta Ley, las bases para la compensación económica entre entidades federativas, instituciones y establecimientos del Sistema Nacional de Salud por concepto de la prestación de los servicios a que se refiere el presente Título, previa opinión de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. ... XVII. ...

Ley del Seguro Social

Texto vigente	Texto propuesto
Artículo 216 A. El Instituto deberá atender a la población no derechohabiente en los casos siguientes: I. En situaciones de emergencia nacional, regional o local o, en caso de siniestros o desastres naturales; II. Tratándose de campañas de vacunación, atención o promoción a la salud, y III. En apoyo a programas de combate a la marginación y la pobreza, cuando así lo requiera el Ejecutivo Federal. (Sin correlativo) Para los efectos de la fracción I, el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público proveerá los recursos financieros correspondientes al Instituto de conformidad con las disposiciones aplicables. Por lo que hace a los supuestos contemplados en la fracción II, conforme a las previsiones presupuestarias y en los términos de las disposiciones que al efecto emita el Ejecutivo Federal, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público proveerá los recursos financieros necesarios para resarcir al Instituto de los gastos en que incurra. Tratándose de los programas a que se refiere la fracción III, se estará a lo dispuesto por las normas aplicables a los subsidios federales. (Sin correlativo)	Artículo 216 A. ... I. ... II. Tratándose de campañas de vacunación, atención o promoción a la salud; III. En apoyo a programas de combate a la marginación y la pobreza, cuando así lo requiera el Ejecutivo Federal, y IV. Tratándose de la atención de urgencias y de los servicios incorporados al catálogo del intercambio de servicios a que se refiere el artículo 77 bis 8 de la Ley General de Salud. Salvo en el caso de urgencias, la atención se otorgará conforme a la capacidad instalada del Instituto. En el supuesto de la fracción IV, el Instituto tendrá derecho a la compensación que

Texto vigente	Texto propuesto
En todos los casos el Instituto llevará a cabo la contabilización específica y por separado de la contabilidad general.	corresponda en los términos de los artículos 77 bis 8 A y 77 bis 8 B de la Ley General de Salud. Los servicios se otorgarán sin perjuicio del eficaz otorgamiento de las prestaciones a los derechohabientes, y en ningún caso sus costos se cubrirán con cargo a las cuotas, aportaciones o reservas previstas en esta Ley. ...

Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Texto vigente	Texto propuesto
Artículo 31. Los servicios médicos que tiene encomendados el Instituto en los términos de los capítulos relativos a los seguros de salud y de riesgos del trabajo, los prestará directamente o por medio de convenios que celebre con quienes presten dichos servicios, de conformidad con el reglamento respectivo. Los convenios se celebrarán preferentemente con instituciones públicas del sector salud. En tales casos, las instituciones que hubiesen suscrito esos convenios, estarán obligadas a responder directamente de los servicios y a proporcionar al Instituto los informes y estadísticas médicas o administrativas que éste les solicite, sujetándose a las instrucciones, normas técnicas, inspecciones y vigilancia establecidas por el mismo Instituto. El Instituto, previo análisis de la oferta y la demanda y de su capacidad resolutive, y una vez garantizada la prestación a sus Derechohabientes, podrá ofrecer a las instituciones del sector salud la capacidad excedente de sus unidades prestadoras de servicios de salud, de acuerdo con el reglamento respectivo.	Artículo 31. En estos casos, el Instituto determinará los costos de recuperación que le garanticen el equilibrio financiero, salvo en el supuesto del artículo 31 Ter de esta Ley, en el que se aplicarán las tarifas

Texto vigente	Texto propuesto
En estos casos, el Instituto determinará los costos de recuperación que le garanticen el equilibrio financiero.	emitidas en términos del artículo 77 bis 8 A de la Ley General de Salud.
(Sin correlativo)	Artículo 31 Ter. Para el Instituto será obligatoria la atención de urgencias y de los servicios incorporados al catálogo del intercambio de servicios a que se refiere el artículo 77 bis 8 de la Ley General de Salud, independientemente de la derechohabiencia o afiliación de la persona. Salvo en el caso de urgencias, la atención se otorgará conforme a la capacidad instalada del Instituto y sin perjuicio de la atención a sus Derechohabientes. La atención a que se refiere el párrafo anterior no generará derechos de derechohabiencia. El Instituto tendrá derecho a la compensación que corresponda en los términos de los artículos 77 bis 8 A y 77 bis 8 B de la Ley General de Salud, y en ningún caso sus costos se cubrirán con cargo a las cuotas, aportaciones o reservas previstas en esta Ley. El Instituto llevará el registro contable de estos servicios por separado de los que otorgue a sus Derechohabientes.

Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria

Texto vigente	Texto propuesto
Artículo 41.- El proyecto de Presupuesto de Egresos contendrá: I. ... II. ... a) a w) ... (Sin correlativo)	Artículo 41.- ... I. ... II. ... a) a w) ... x) Las previsiones de gasto para el intercambio de servicios de salud a que se refieren los artículos 77 bis 8, 77 bis 8 A y 77 bis 8 B de la

Texto vigente	Texto propuesto
III. ... Las previsiones de gasto a las que se refieren los incisos j), o), r) y t) de la fracción II del presente artículo, en congruencia con los ingresos previstos en la iniciativa de Ley de Ingresos deberán contar, al menos, con la misma proporción del gasto programable con las que fueron aprobadas en el ejercicio fiscal inmediato anterior, siempre y cuando se hubiere cumplido con los objetivos y metas que para tal efecto se hayan definido en el Sistema de Evaluación del Desempeño para el Presupuesto de dicho ejercicio fiscal.	Ley General de Salud, identificadas por ramo, institución y programa presupuestario, así como las aportaciones al Fondo de Salud para el Bienestar. III. ... Las previsiones de gasto a las que se refieren los incisos j), o), r), t) y x) de la fracción II del presente artículo, en congruencia con los ingresos previstos en la iniciativa de Ley de Ingresos deberán contar, al menos, con la misma proporción del gasto programable con las que fueron aprobadas en el ejercicio fiscal inmediato anterior, siempre y cuando se hubiere cumplido con los objetivos y metas que para tal efecto se hayan definido en el Sistema de Evaluación del Desempeño para el Presupuesto de dicho ejercicio fiscal.

Por lo anteriormente expuesto y fundado, someto a la consideración de esta Honorable Asamblea el siguiente:

DECRETO POR EL QUE SE REFORMAN Y ADICIONAN DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY GENERAL DE SALUD, DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL, DE LA LEY DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO Y DE LA LEY FEDERAL DE PRESUPUESTO Y RESPONSABILIDAD HACENDARIA, EN MATERIA DE FINANCIAMIENTO DEL INTERCAMBIO DE SERVICIOS DE SALUD Y PROTECCIÓN DEL FONDO DE SALUD PARA EL BIENESTAR

Artículo Primero.- Se **reforman** los artículos 77 bis 8, párrafos primero y segundo; 77 bis 17; 77 bis 31, último párrafo, y 77 bis 35, párrafo tercero, fracción XVI, párrafo primero, y se **adicionan** los párrafos tercero, cuarto, quinto y sexto al artículo 77 bis 8; los artículos 77 bis 8 A y 77 bis 8 B, y un último párrafo al artículo 77 bis 29 de la Ley General de Salud, para quedar como sigue:

Artículo 77 bis 8.- Todas las personas con o sin afiliación a instituciones de seguridad social, podrán acceder a los servicios de salud prestados por cualquier institución del sector público acorde al padecimiento de que se trate por accesibilidad geográfica o por urgencia médica, conforme a la operación de los convenios para el intercambio de servicios de salud

y a lo dispuesto en este artículo, en cuyo caso la institución a la que pertenece la persona que recibe el servicio médico deberá compensar los gastos correspondientes a la institución que lo otorga, **en los términos del artículo 77 bis 8 A de esta Ley**.

Los convenios de intercambio de servicios de salud a que se refiere el párrafo anterior garantizarán la continuidad de la prestación de los servicios de atención médica y el otorgamiento de medicamentos y demás insumos para la salud para las personas en instituciones públicas que suscriban los referidos convenios a cambio de las contraprestaciones que se **determinen conforme a las tarifas a que se refiere el artículo 77 bis 8 A de esta Ley**, bajo un principio de reciprocidad.

Toda persona tendrá derecho a recibir atención médica de urgencia en cualquier establecimiento público de salud, con independencia de su condición de derechohabiente o afiliación, hasta su estabilización y alta médica o, en su caso, hasta su traslado seguro al establecimiento que corresponda, conforme al criterio del personal médico tratante.

La Secretaría de Salud, previa opinión de las instituciones públicas de salud y de seguridad social, emitirá y publicará en el Diario Oficial de la Federación el catálogo de servicios objeto del intercambio, con base en criterios de necesidad de salud, capacidad instalada y sostenibilidad financiera. El catálogo se ampliará de manera progresiva, y los servicios incorporados solo podrán excluirse por razones técnicas o sanitarias debidamente motivadas y publicadas.

La falta de convenio, de registro electrónico o de conciliación entre instituciones no podrá invocarse para negar, condicionar o retrasar la atención de urgencias ni la de los servicios incorporados al catálogo.

La compensación a que se refiere el párrafo primero de este artículo procederá también respecto de la atención de urgencias y de los servicios incorporados al catálogo, aun cuando no exista convenio entre las instituciones de que se trate.

Artículo 77 bis 8 A.- La compensación a que se refiere el artículo 77 bis 8 de esta Ley se sujetará a las bases siguientes:

I. La institución a la que pertenezca la persona atendida cubrirá la compensación con cargo a su presupuesto. Tratándose de personas sin seguridad social, la compensación se cubrirá con cargo a los recursos que para tal efecto prevea el Presupuesto de Egresos de la Federación;

II. Las cuotas, aportaciones y reservas de los seguros a cargo de las instituciones de seguridad social solo podrán destinarse a cubrir la atención de sus derechohabientes;

III. Las tarifas se determinarán con base en el costo medio de producción de cada servicio, conforme a la metodología que emita la Secretaría de Salud con la aprobación de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Las tarifas se publicarán en el Diario Oficial de la Federación a más tardar el 31 de enero de cada año, y la metodología se revisará al menos cada tres años con base en estudios de costeo;

IV. La conciliación entre instituciones se realizará al menos mensualmente, y los saldos conciliados se pagarán dentro de los sesenta días naturales siguientes a la conciliación;

V. Cuando una institución no cubra los saldos conciliados en el plazo señalado en la fracción anterior, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en el ámbito de su competencia y conforme a la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, realizará o autorizará las adecuaciones presupuestarias necesarias para efectuar el pago con cargo al presupuesto de la institución deudora;

VI. Las diferencias sobre la procedencia o el monto de las compensaciones se someterán a una instancia colegiada de conciliación, presidida por la Secretaría de Salud e integrada por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y las instituciones participantes, la cual resolverá con base en un dictamen técnico. Las instituciones que sean parte en la diferencia no votarán en su resolución, y

VII. Las instituciones registrarán por separado los servicios otorgados y las compensaciones pagadas o recibidas, conforme a las disposiciones que emita el Consejo Nacional de Armonización Contable.

La Secretaría de Salud, con la aprobación de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, emitirá las disposiciones generales para la aplicación de este artículo, las cuales regularán el registro de los servicios, la identificación de las personas usuarias, la emisión de las notas de compensación, la conciliación y la integración y funcionamiento de la instancia colegiada.

Artículo 77 bis 8 B.- Las entidades federativas que no hayan celebrado el convenio a que se refiere el artículo 77 bis 16 A de esta Ley podrán incorporar sus servicios estatales de salud al intercambio de servicios mediante convenio de coordinación con la Secretaría de Salud, con la participación de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en el que se establecerán, al menos:

I. Los establecimientos participantes y la obligación de prestar gratuitamente los servicios incorporados al catálogo;

II. El procedimiento de conciliación y liquidación de los saldos netos entre la entidad federativa y las demás instituciones participantes;

III. La forma de pago de los saldos netos a cargo de la entidad federativa, que podrá realizarse mediante pago directo o mediante compensación con sus participaciones federales, en los términos del último párrafo del artículo 9o. de la Ley de Coordinación Fiscal. En ningún caso podrán afectarse los recursos de los fondos de aportaciones federales;

IV. El monto máximo anual de exposición financiera de la entidad federativa por saldos netos, y

V. Los apoyos que, en su caso, se otorguen a la entidad federativa con cargo a los recursos a que se refiere el segundo párrafo del artículo 77 bis 12 de esta Ley.

Los saldos netos a favor de los servicios estatales de salud se cubrirán con cargo a los recursos federales que para tal efecto prevea el Presupuesto de Egresos de la Federación. La falta de convenio no limitará el acceso de las personas residentes en la entidad federativa a los servicios de las instituciones públicas federales.

Artículo 77 bis 17.- Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR) con cargo a los recursos a que se refiere el artículo 77 bis 12 de esta Ley, canalizará anualmente al Fondo a que hace referencia el Capítulo VI de este Título, el equivalente al 11% de la suma de los recursos señalados en los artículos 77 bis 12 y 77 bis 13 de esta Ley, Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR) asignará estos recursos a los conceptos que señalan las fracciones I, II y III del artículo 77 bis 29, previa aprobación del Comité Técnico del Fondo de Salud para el Bienestar. **De dicho monto, al menos el equivalente al 8% de la suma de los recursos señalados en los artículos 77 bis 12 y 77 bis 13 de esta Ley se asignará a la subcuenta a que se refiere la fracción I del artículo 77 bis 29 de esta Ley.**

El Fondo mantendrá una reserva mínima para la atención de enfermedades que impliquen un alto costo, cuyo monto determinará anualmente la Secretaría de Salud con base en un estudio actuarial independiente que publicará en su portal de internet. Cuando el Fondo acumule recursos en un monto superior a dicha reserva, el remanente podrá destinarse a fortalecer acciones en materia de salud mediante el Fondo de Salud para el Bienestar o, previa autorización expresa en el Presupuesto de Egresos de la Federación del ejercicio fiscal correspondiente, mediante su reintegro a la Tesorería de la Federación. Los recursos de la subcuenta a que se

refiere la fracción I del artículo 77 bis 29 de esta Ley no formarán parte del remanente. Los recursos acumulados en el Fondo seguirán destinándose al cumplimiento de lo establecido en las fracciones I, II y III del artículo 77 bis 29 de esta Ley.

Artículo 77 bis 29.- ...

I. a III. ...

...
...
...
...
...

Con cargo a la subcuenta a que se refiere la fracción I de este artículo podrá cubrirse la atención de enfermedades que impliquen un alto costo que reciban las personas sin seguridad social en cualquier institución pública de salud en el marco del intercambio de servicios a que se refiere el artículo 77 bis 8 de esta Ley, conforme a las reglas de operación del Fondo.

Artículo 77 bis 31.- ...

A) a C) ...

...

La Secretaría de Salud dará a conocer al Congreso de la Unión semestralmente, de manera pormenorizada, la información y las acciones que se desarrollen con base en este artículo. **Asimismo, informará trimestralmente sobre el intercambio de servicios a que se refiere el artículo 77 bis 8 de esta Ley y sobre la situación del Fondo de Salud para el Bienestar, con desglose por institución, entidad federativa, tipo de servicio, sexo y grupo de edad, saldos conciliados y por conciliar, tiempos de pago, patrimonio, reserva mínima y egresos por subcuenta.**

Artículo 77 bis 35.- ...

...

...

I. a XV. ...

XVI. Proponer a la Secretaría de Salud, para efectos de los artículos 77 bis 8 A y 77 bis 8 B de esta Ley, las bases para la compensación económica entre entidades federativas, instituciones y establecimientos del Sistema Nacional de Salud por concepto de la prestación de los servicios a que se refiere el presente Título, previa opinión de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

...

XVII. ...

Artículo Segundo.- Se **reforman** las fracciones II y III del artículo 216 A, y se **adicionan** una fracción IV y un párrafo quinto, recorriéndose el actual párrafo quinto para pasar a ser sexto, al artículo 216 A de la **Ley del Seguro Social**, para quedar como sigue:

Artículo 216 A. ...

I. ...

II. Tratándose de campañas de vacunación, atención o promoción a la salud;

III. En apoyo a programas de combate a la marginación y la pobreza, cuando así lo requiera el Ejecutivo Federal, y

IV. Tratándose de la atención de urgencias y de los servicios incorporados al catálogo del intercambio de servicios a que se refiere el artículo 77 bis 8 de la Ley General de Salud. Salvo en el caso de urgencias, la atención se otorgará conforme a la capacidad instalada del Instituto.

...

...

...

En el supuesto de la fracción IV, el Instituto tendrá derecho a la compensación que corresponda en los términos de los artículos 77 bis 8 A y 77 bis 8 B de la Ley General de Salud. Los servicios se otorgarán sin perjuicio del eficaz otorgamiento de las prestaciones a los derechohabientes, y en ningún caso sus costos se cubrirán con cargo a las cuotas, aportaciones o reservas previstas en esta Ley.

En todos los casos el Instituto llevará a cabo la contabilización específica y por separado de la contabilidad general.

Artículo Tercero.- Se reforma el párrafo cuarto del artículo 31 y se **adiciona** el artículo 31 Ter a la **Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado**, para quedar como sigue:

Artículo 31. ...

...

...

En estos casos, el Instituto determinará los costos de recuperación que le garanticen el equilibrio financiero, **salvo en el supuesto del artículo 31 Ter de esta Ley, en el que se aplicarán las tarifas emitidas en términos del artículo 77 bis 8 A de la Ley General de Salud.**

Artículo 31 Ter. Para el Instituto será obligatoria la atención de urgencias y de los servicios incorporados al catálogo del intercambio de servicios a que se refiere el artículo 77 bis 8 de la Ley General de Salud, independientemente de la derechohabencia o afiliación de la persona. Salvo en el caso de urgencias, la atención se otorgará conforme a la capacidad instalada del Instituto y sin perjuicio de la atención a sus Derechohabientes.

La atención a que se refiere el párrafo anterior no generará derechos de derechohabencia. El Instituto tendrá derecho a la compensación que corresponda en los términos de los artículos 77 bis 8 A y 77 bis 8 B de la Ley General de Salud, y en ningún caso sus costos se cubrirán con cargo a las cuotas, aportaciones o reservas previstas en esta Ley.

El Instituto llevará el registro contable de estos servicios por separado de los que otorgue a sus Derechohabientes.

Artículo Cuarto.- Se reforma el último párrafo y se **adiciona** un inciso x) a la fracción II del artículo 41 de la **Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria**, para quedar como sigue:

Artículo 41.- ...

I. ...

II. ...

a) a w) ...

x) Las previsiones de gasto para el intercambio de servicios de salud a que se refieren los artículos 77 bis 8, 77 bis 8 A y 77 bis 8 B de la Ley General de Salud, identificadas por ramo, institución y programa presupuestario, así como las aportaciones al Fondo de Salud para el Bienestar;

III. ...

Las previsiones de gasto a las que se refieren los incisos j), o), r), t) **y x)** de la fracción II del presente artículo, en congruencia con los ingresos previstos en la iniciativa de Ley de Ingresos deberán contar, al menos, con la misma proporción del gasto programable con las que fueron aprobadas en el ejercicio fiscal inmediato anterior, siempre y cuando se hubiere cumplido con los objetivos y metas que para tal efecto se hayan definido en el Sistema de Evaluación del Desempeño para el Presupuesto de dicho ejercicio fiscal.

Transitorios

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

Segundo. La Secretaría de Salud, con la aprobación de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, emitirá las disposiciones generales a que se refiere el último párrafo del artículo 77 bis 8 A de la Ley General de Salud dentro de los noventa días naturales siguientes a la entrada en vigor del presente Decreto. En tanto se emiten, las instituciones aplicarán los mecanismos y procedimientos de compensación emitidos conforme al transitorio Sexto del Decreto por el que se crea el Servicio Universal de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 17 de abril de 2026, así como el catálogo y las tarifas de referencia del acuerdo general de intercambio de servicios vigente, en lo que no se opongan al presente Decreto.

Tercero. La Secretaría de Salud publicará en el Diario Oficial de la Federación el catálogo a que se refiere el párrafo cuarto del artículo 77 bis 8 de la Ley General de Salud dentro de los sesenta días naturales siguientes a la entrada en vigor del presente Decreto. El catálogo inicial incluirá, al menos, los servicios que a esa fecha se presten en el marco del intercambio de servicios.

Cuarto. La Secretaría de Salud determinará y publicará la reserva mínima del Fondo de Salud para el Bienestar a que se refiere el párrafo segundo del artículo 77 bis 17 de la Ley General de Salud dentro de los ciento ochenta días naturales siguientes a la entrada en vigor del presente Decreto. Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR), en su carácter de fideicomitente, realizará las acciones necesarias para modificar el contrato del fideicomiso dentro de los sesenta días hábiles

siguientes a dicha publicación, y el Comité Técnico aprobará las reglas de operación correspondientes dentro de los treinta días hábiles siguientes a la formalización de la modificación. Hasta que se publique la reserva mínima, no procederá reintegro alguno de recursos del Fondo a la Tesorería de la Federación con fundamento en el artículo 77 bis 17 de la Ley General de Salud.

Quinto. Las erogaciones que se generen con motivo del presente Decreto durante el ejercicio fiscal de su entrada en vigor se cubrirán con cargo a los presupuestos aprobados a las instituciones participantes, incluidos los programas previstos en el Presupuesto de Egresos de la Federación para el intercambio de servicios y para la atención de las personas sin seguridad social. La Secretaría de Hacienda y Crédito Público incluirá las previsiones a que se refiere el inciso x) de la fracción II del artículo 41 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria a partir del proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación del ejercicio fiscal siguiente al de la entrada en vigor del presente Decreto.

Sexto. La Secretaría de Salud publicará el modelo de convenio a que se refiere el artículo 77 bis 8 B de la Ley General de Salud dentro de los noventa días naturales siguientes a la entrada en vigor del presente Decreto. Los convenios de intercambio de servicios suscritos con anterioridad continuarán vigentes y se adecuarán al presente Decreto en su siguiente renovación, o a más tardar dentro de los doce meses siguientes a su entrada en vigor.

Séptimo. El H. Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social y la Junta Directiva del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado adecuarán sus disposiciones internas a lo previsto en el presente Decreto dentro de los ciento veinte días naturales siguientes a su entrada en vigor.

Octavo. El Consejo Nacional de Armonización Contable emitirá las disposiciones a que se refiere la fracción VII del artículo 77 bis 8 A de la Ley General de Salud dentro de los noventa días naturales siguientes a la entrada en vigor del presente Decreto. Las instituciones las aplicarán dentro de los sesenta días naturales siguientes a su publicación.

Noveno. La Secretaría de Salud presentará a la Cámara de Diputados, doce meses después de la entrada en vigor del presente Decreto y posteriormente cada año, un informe de evaluación de resultados basado en los indicadores y líneas base señalados en la exposición de motivos, que incluirá la evaluación externa prevista en el artículo 78 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.

Palacio Legislativo de San Lázaro, Ciudad de México, a 06 de octubre de 2026.

Atentamente



Dr. Éctor Jaime Ramírez Barba
Diputado Federal

Grupo Parlamentario del Partido Acción Nacional

Referencias

- Campos, M. y Cano, J. (2022). El caso Fonsabi (o cómo disimular la catástrofe). México Evalúa. <https://www.mexicoevalua.org>
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000). Observación general n.º 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (E/C.12/2000/4). ONU.
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2008). Observación general n.º 19: El derecho a la seguridad social (E/C.12/GC/19). ONU.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (1917, 5 de febrero). Diario Oficial de la Federación. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>
- Decreto por el que se crea el Servicio Universal de Salud del Gobierno de México. (2026, 17 de abril). Diario Oficial de la Federación. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5785257&fecha=17/04/2026
- Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud. (2026, 15 de enero). Diario Oficial de la Federación. Texto incorporado en <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2016). Encuesta Intercensal 2015: tabulados de servicios de salud (Conjunto de datos). <https://www.inegi.org.mx/programas/intercensal/2015/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2025). Pobreza multidimensional 2024 (Comunicado de prensa 118/25). https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2025/pm/pm2025_08.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2026). Encuesta Intercensal 2025: tabulados de servicios de salud (Conjunto de datos). <https://www.inegi.org.mx/programas/eic/2025/>

- Ley de Coordinación Fiscal. (1978, 27 de diciembre). Diario Oficial de la Federación. Última reforma DOF 03/01/2024. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LCF.pdf>
- Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. (2007, 31 de marzo). Diario Oficial de la Federación. Última reforma DOF 15/01/2026. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LISSSTE.pdf>
- Ley del Seguro Social. (1995, 21 de diciembre). Diario Oficial de la Federación. Última reforma DOF 15/01/2026. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LSS.pdf>
- Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria. (2006, 30 de marzo). Diario Oficial de la Federación. Última reforma DOF 09/04/2026. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFPRH.pdf>
- Ley General de Salud. (1984, 7 de febrero). Diario Oficial de la Federación. Última reforma DOF 15/01/2026. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>
- México Evalúa. (2023). El ocaso del Fonsabi. <https://www.mexicoevalua.org>
- Organización Internacional del Trabajo. (1952). Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), núm. 102. <https://normlex.ilo.org>
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (CD53/5, Rev. 2; resolución CD53.R14). OPS.
- Ramírez Barba, É. J. (2026, 19 de enero). Iniciativa con proyecto de decreto por el que se adicionan diversas disposiciones a la Ley General de Salud, en materia de intercambio de servicios entre las instituciones del sector salud. Comisión Permanente del H. Congreso de la Unión.
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público. (2025). Informes sobre la Situación Económica, las Finanzas Públicas y la Deuda Pública, segundo trimestre de 2025. Anexo XIII: Fideicomisos, mandatos y análogos. <https://www.finanzaspublicas.hacienda.gob.mx>
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público. (2026). Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2027. <https://www.ppef.hacienda.gob.mx>
- Secretaría de Salud. (2023). Manual de lineamientos para el intercambio de servicios en el sector salud (versión integrada, 3 de mayo de 2023) y Acuerdo General de Coordinación para el Intercambio y/o Prestación Unilateral de Servicios de Atención Médica (3 de abril de 2020).
- Suprema Corte de Justicia de la Nación, Pleno. (2005). Controversia constitucional 109/2004. <https://www.scjn.gob.mx>
- Suprema Corte de Justicia de la Nación, Segunda Sala. (2014). Amparo en revisión 378/2014. <https://www.scjn.gob.mx>

INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE REFORMAN Y ADICIONAN DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, LA LEY DEL SEGURO SOCIAL Y DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PROTOCOLO DE VIGILANCIA CLÍNICA PSICOSOCIAL Y ENCUESTA NACIONAL DE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO.

La que suscribe, Diputada Federal Liliana Ortiz Pérez, y las y los diputados del Grupo Parlamentario de Acción Nacional, integrantes de la LXVI Legislatura de la Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 71, fracción II, y 72 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6, numeral 1, 77 y 78 del Reglamento de la Cámara de Diputados, someto a consideración de esta soberanía la presente Iniciativa con proyecto de decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, la Ley del Seguro Social y de la Ley General de Salud en materia de Protocolo de Vigilancia Clínica Psicosocial y Encuesta Nacional de Salud Mental en el Trabajo, bajo la siguiente:

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimaron que en 2019 el 15% de los adultos en edad de trabajar tenía un trastorno mental. Y a nivel mundial, se estima que cada año se pierden 12 000 millones de días de trabajo debido a la depresión y la ansiedad, a un costo de US\$ 1 billón por año en pérdida de productividad.

Como establece la OMS, los riesgos para la salud mental en el trabajo, también denominados riesgos psicosociales, pueden estar relacionados con el contenido o el horario del trabajo, las características específicas del lugar de trabajo o las oportunidades de desarrollo profesional, entre otras cosas.

En México el 75% de los mexicanos sufre de estrés laboral agudo y el 27% enfrenta un estrés ya crónico, según informó OCC Mundial en un reporte de

2024, ubicando a nuestro país como el que más padece esta problemática a nivel global. Esto significa que, en 2025, siete de cada 10 trabajadores mexicanos sufren de algún tipo de estrés laboral.

Para la población trabajadora con seguridad social y según datos del IMSS, en 2024 de un total de 610,751 riesgos laborales registrados durante el año, la mayoría fueron accidentes de trabajo con 418,514 casos (69%), mientras que los accidentes de trayecto se registraron en 175,357 ocasiones (28%). Por otro lado, se reportaron 16,880 casos de enfermedades ocupacionales, lo que representa el 3% de los riesgos totales. En este punto es importante resaltar que, aunque los trastornos mentales ya se encuentran normados como producto de la exposición a riesgos psicosociales y son reconocidos como enfermedad laboral ante la ley, no figuraron entre las diez enfermedades más comunes del año de referencia ya que solo se reportaron 217 casos.

México atraviesa una transición epidemiológica laboral acelerada. La prevalencia de síndrome de desgaste profesional (burnout) en población trabajadora se sitúa en torno al 19%, una de las más altas reportadas en América Latina. A esta cifra se suman indicadores convergentes de deterioro de la salud mental ocupacional: jornadas laborales extendidas, doble presencia con configuraciones culturales específicas, informalidad laboral persistente, expansión del teletrabajo bajo regulación todavía en consolidación, y un sector de plataformas digitales que opera fuera de los marcos clásicos de vigilancia de la salud.

Los costos asociados —ausentismo, presentismo, rotación, accidentabilidad y demanda creciente sobre los sistemas de seguridad social— han sido documentados sin que exista todavía un marco técnico nacional que permita transformar esa evidencia agregada en una respuesta clínica organizada en el lugar de trabajo.

En nuestro país la legislación no ha logrado atender correctamente las causas y efectos de la salud mental laboral ya que si bien existe la NOM-035-STPS-2018 “Factores de riesgo psicosocial en el trabajo-Identificación, análisis y prevención”, la cual representó un avance regulatorio significativo al obligar a las

empresas mexicanas a identificar y prevenir factores de riesgo psicosocial, su diseño se concentra en la identificación organizacional del riesgo y deja sin resolver tres aspectos críticos:

- La transición desde la identificación del riesgo psicosocial hacia el cribado clínico de la salud mental de las personas expuestas.
- Los criterios técnicos para activar la atención clínica especializada cuando se detectan acontecimientos traumáticos severos (numeral 5.5) o cuadros de probable patología asociada al trabajo.
- Los mecanismos de derivación, contrarreferencia y seguimiento articulados con la red institucional de salud mexicana (IMSS, ISSSTE, sector privado).

Es importante en este punto precisar que se entiende como Factores de Riesgo Psicosocial, según la NOM antes mencionada y que define como: *Aquellos (factores) que pueden provocar trastornos de ansiedad, no orgánicos del ciclo sueño-vigilia y de estrés grave y de adaptación, derivado de la naturaleza de las funciones del puesto de trabajo, el tipo de jornada de trabajo y la exposición a acontecimientos traumáticos severos o a actos de violencia laboral al trabajador, por el trabajo desarrollado.*

Comprenden las condiciones peligrosas e inseguras en el ambiente de trabajo; las cargas de trabajo cuando exceden la capacidad del trabajador; la falta de control sobre el trabajo (posibilidad de influir en la organización y desarrollo del trabajo cuando el proceso lo permite); las jornadas de trabajo superiores a las previstas en la Ley Federal del Trabajo, rotación de turnos que incluyan turno nocturno y turno nocturno sin períodos de recuperación y descanso; interferencia en la relación trabajo-familia, y el liderazgo negativo y las relaciones negativas en el trabajo.

Esta norma es aplicada en centros de trabajo principalmente privadas y no abarca a trabajadores del sector público o cualquier otro que tenga alguna actividad laboral, por lo que su alcance es limitado.

El resultado práctico es que las empresas que cumplen formalmente con la NOM-035 disponen de un diagnóstico organizacional, pero no de un protocolo clínico que les permita responder a lo que ese diagnóstico revela. Y los profesionales de la psicología clínica del trabajo —destinatarios naturales de esa derivación— operan sin un estándar técnico nacional reconocido.

La NOM-035 establece la obligación de identificar y prevenir factores de riesgo psicosocial, pero deja un vacío técnico crítico: no existe un protocolo nacional que articule el tránsito desde la identificación del riesgo organizacional hacia la vigilancia clínica del daño en la persona trabajadora. Hoy las empresas mexicanas que cumplen formalmente con la NOM-035 carecen de una vía técnica reconocida para hacer el cribado clínico, la evaluación especializada y la derivación oportuna de los casos detectados, particularmente cuando se activan los criterios del numeral 5.5 (acontecimientos traumáticos severos).

A nivel internacional existen programas para detectar y atender la salud mental derivada de una actividad profesional o laboral que han logrado identificar los factores de riesgo psicosocial y generar así políticas públicas de atención eficaces, se destacan:

Referente	Origen	Aporte conceptual
PSICOVS2012	OSALAN · País Vasco, España	Lógica de protocolo de valoración específica con criterios escalonados; arquitectura de niveles de intervención clínica.
COPSOQ-ISTAS21	ISTAS · España (basado en NIOH, Dinamarca)	Modelo conceptual de exposición psicosocial multidimensional; abordaje participativo organizacional.
JCQ-Karasek	Estados Unidos · Suecia	Modelo demanda-control-apoyo como base teórica del análisis de carga psicosocial.

Referente	Origen	Aporte conceptual
SUSESO / CEAL-SM	Chile (validación latinoamericana)	Adaptación cultural latinoamericana; estandarización en población trabajadora regional comparable.
ISO 45003:2021	Estándar internacional	Marco de gestión de seguridad y salud psicológica en el trabajo; lenguaje internacional de referencia para sistemas de gestión.
Effort-Reward Imbalance	Siegrist · Alemania	Modelo complementario al de Karasek para análisis de desbalance esfuerzo-recompensa.

Expertos como Colegio Nacional de Psicología Clínica para el Trabajo (CONAPSIT), han expresado la necesidad de aplicar a nivel nacional un Protocolo de Vigilancia Clínica Psicosocial diseñado específicamente para el contexto mexicano que complemente el cumplimiento de la NOM-035-STPS-2018. Implementar un protocolo nacional, a diferencia de los protocolos disponibles internacionalmente —cuya adaptación implica dependencias permanentes de propiedad intelectual extranjera y marcos normativos ajenos—, permitiría incorporar explícitamente las particularidades culturales y estructurales del trabajo en México que ningún protocolo extranjero refleja adecuadamente:

- Configuración cultural específica de la doble presencia femenina, distinta de los referentes europeos.
- Persistencia del sector informal y semi-formal con cobertura desigual de la vigilancia de la salud.
- Jornadas legalmente extendidas y procesos de reducción gradual con implicaciones psicosociales en transición.

- Sectores estructuralmente expuestos: maquila, industria automotriz, salud, educación, transporte, sector financiero, plataformas digitales y trabajo de cuidados.
- Regionalización marcada: condiciones psicosociales notablemente distintas entre el corredor industrial del norte, el centro metropolitano y el sur del país.

Por otro lado, actualmente en nuestro país no existe información unificada y actualizada sobre la Salud Mental en el Trabajo que permita tener un diagnóstico confiable sobre la magnitud de la problemática a nivel nacional en todos los sectores productivos. Si bien existen programas y proyectos que miden el impacto de las actividades dentro del entorno laboral en la salud mental como el “Observatorio de Salud Mental Laboral y Ocupacional” de la Universidad Iberoamericana, o los estudios de la OCC Mundial México, estos no forman parte de una acción pública que atienda la problemática.

La falta de una fuente de información de base nacional, comparable y metodológicamente sólida, limita hoy la capacidad del Estado mexicano, del sector productivo y de otros actores sociales para diseñar respuestas focalizadas.

Por ello consideramos que es imperativo trascender la percepción subjetiva y contar con diagnósticos objetivos respaldados con rigor científico y generar una Encuesta Nacional de Salud Mental en el Trabajo como respuesta técnica para generar información confiable que permita comprender las necesidades de protección y promoción de la salud mental en los entornos laborales del país y permitiría entre otros aspectos:

- Determinar la prevalencia de problemas de salud mental como los trastornos afectivos, ansiosos, del sueño, de estrés y aquellos asociados directamente al trabajo, como el síndrome de desgaste ocupacional.
- Identificar la exposición a factores de riesgo psicosocial asociados al trabajo en la población encuestada y su influencia sobre la salud mental.

- Identificar los factores protectores asociados al trabajo y su influencia sobre la salud mental.
- Conocer la carga social, en el ámbito laboral, de los problemas de salud mental mediante indicadores como ausentismo, presentismo y rotación, entre otros.
- Medir el acceso a servicios de salud mental y la presencia de programas de protección y promoción de la salud mental en el trabajo.
- Generar información de calidad para el diseño e implementación de políticas públicas, incluyendo la actualización de Normas Oficiales Mexicanas, Reglamentos Federales y Programas Específicos en el ámbito de salud ocupacional.
- Detectar sectores productivos, regiones geográficas y grupos de trabajadores con mayor exposición a riesgos psicosociales y prevalencia de problemas de salud mental, para diseñar intervenciones focalizadas.

Aunado a esto, la implementación del Protocolo de Vigilancia Clínica Psicosocial tiene el propósito de articular, en una sola pieza coherente, el diagnóstico del vacío técnico que existe hoy en México entre la identificación de riesgos psicosociales mandatada por la NOM-035-STPS-2018 y la vigilancia clínica de la salud mental ocupacional, así como la justificación estratégica, el marco conceptual, la estructura operativa y la hoja de ruta para construir un protocolo nacional original.

Consideramos que con el Protocolo de Vigilancia Clínica Psicosocial con apoyo de una Encuesta Nacional de Salud Mental en el Trabajo se podrá atender los factores de riesgo en los entornos laborales de todos los trabajadores de los sectores público, privado o cualquier otro régimen laboral y que afectan su salud mental. Para ello se propone reformar la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, la Ley del Seguro Social y la Ley General de Salud, con la finalidad de integrar tanto el Protocolo como la Encuesta antes mencionada.

Asimismo, la incorporación de los artículos 104 Bis y 130 Bis a la Ley General de Salud tiene por objeto establecer las bases permanentes de dos instrumentos complementarios: la Encuesta Nacional de Salud Mental en el Trabajo, destinada a generar información poblacional para orientar las políticas públicas, y el Protocolo de Vigilancia Clínica Psicosocial, dirigido a organizar la detección, evaluación, atención y seguimiento de posibles afectaciones a la salud mental relacionadas con el trabajo.

La adición del artículo 104 Bis desarrolla la inclusión de los factores de riesgo psicosocial en la información para la salud prevista en el artículo 104. Su regulación expresa permite identificar a la autoridad responsable de coordinar la Encuesta y establecer su periodicidad, cobertura, requisitos metodológicos y mecanismos de difusión. De esta manera, la generación de información nacional no dependerá exclusivamente de estudios aislados ni quedará circunscrita a las personas afiliadas a las instituciones de seguridad social.

El diseño probabilístico y la inclusión de la población trabajadora formal e informal, asalariada y no asalariada, permitirán conocer las diferencias entre sectores, regiones y grupos de población. La medición conjunta de factores de riesgo, factores protectores, desenlaces en salud mental y acceso a servicios aportará elementos para formular y evaluar acciones preventivas. La publicación de resultados, metodología y microdatos disociados favorecerá la transparencia y el análisis académico, con protección de la confidencialidad de las personas participantes.

Por su parte, la adición del artículo 130 Bis establece una autoridad responsable y condiciones técnicas comunes para elaborar, validar, expedir y actualizar el Protocolo de Vigilancia Clínica Psicosocial. Su ubicación en la Ley General de Salud permite articular a las autoridades sanitarias, laborales y de seguridad social bajo un mismo marco, al que remiten las disposiciones operativas de las leyes del Seguro Social y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

La regulación propuesta distingue la identificación organizacional de los factores de riesgo de la evaluación clínica individual. Para esta última exige intervención de profesionales legalmente habilitados, consentimiento informado, secreto profesional y protección de datos personales. Asimismo, limita la participación de los empleadores a facilitar la implementación y adoptar medidas preventivas organizacionales, y prohíbe utilizar los resultados clínicos para decisiones laborales discriminatorias o represalias.

El artículo 130 Bis también exige validación previa, participación técnica interdisciplinaria y revisión periódica. Los criterios de estratificación, referencia, contrarreferencia y seguimiento permitirán organizar la atención conforme a la gravedad y urgencia de cada caso, mientras que la inclusión de una vía para personas sin seguridad social amplía la protección más allá de la población afiliada. La aplicación del Protocolo no sustituirá los procedimientos de calificación de riesgos de trabajo ni condicionará el acceso a la atención médica o a las prestaciones correspondientes.

Ambas adiciones proporcionan un fundamento legal estable para generar evidencia nacional y organizar una respuesta clínica coordinada, mientras que los artículos transitorios ordenan su desarrollo e implementación mediante plazos diferenciados.

Para una mejor comprensión de las propuestas se presenta el siguiente cuadro comparativo:

LEY DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO	
TEXTO VIGENTE	PROPUESTA DE REFORMA
Artículo 6. Para los efectos de esta Ley, se entenderá por: I a XXXI.... XXXII. (sin correlativo)	Artículo 6. Para los efectos de esta Ley, se entenderá por: I a XXXI.... XXXII. Protocolo de Vigilancia Clínica Psicosocial: instrumento técnico nacional expedido conforme a la Ley General de Salud, que establece procedimientos

	clínicos de tamizaje o cribado, evaluación especializada, referencia, contrarreferencia y seguimiento para detectar y atender posibles afectaciones a la salud mental relacionadas con la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo.
Artículo 71. Las Dependencias y Entidades estarán obligadas a realizar acciones de carácter preventivo con objeto de abatir la incidencia de las enfermedades y accidentes del trabajo. El Instituto se coordinará con las Dependencias, Entidades, organismos e instituciones que considere necesarios para la elaboración de programas y el desarrollo de campañas tendientes a prevenir accidentes y enfermedades de trabajo. El Instituto podrá evaluar la actuación de las Dependencias y Entidades en materia de seguridad y salud en el trabajo a efecto de emitir recomendaciones que se estimen pertinentes. En caso de que exista una relación directa entre un accidente de trabajo y el incumplimiento de la Dependencia o Entidad de una acción preventiva, el Instituto deberá dar aviso a la Secretaría del Trabajo y Previsión Social y a la Secretaría de la Función Pública para efectos de la aplicación de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.	Artículo 71. Las Dependencias y Entidades estarán obligadas a realizar acciones de carácter preventivo con objeto de abatir la incidencia de las enfermedades y accidentes del trabajo. El Instituto se coordinará con las Dependencias, Entidades, organismos e instituciones que considere necesarios para la implementación del Protocolo de Vigilancia Clínica Psicosocial, por conducto de sus servicios competentes de salud mental y salud en el trabajo, el Protocolo de Vigilancia Clínica Psicosocial, conforme al artículo 130 Bis de la Ley General de Salud y los lineamientos técnicos correspondientes, con la finalidad de detectar, atender y dar seguimiento a los riesgos y daños psicosociales derivados de la actividad profesional y para la elaboración de programas y el desarrollo de campañas tendientes a prevenir accidentes y enfermedades de trabajo. La participación de las Dependencias y Entidades se limitará a facilitar su implementación y adoptar medidas preventivas organizacionales, sin intervenir en los actos clínicos ni acceder a los resultados individuales.

Cuando las Dependencias y Entidades, durante el ejercicio fiscal respectivo, cuenten con recursos presupuestarios asignados a los programas y campañas y no hayan llevado a cabo las acciones a que éstos se refieren, el Instituto informará de esto a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para que se realicen los ajustes presupuestarios que, en su caso, procedan.	...
Artículo 72. Las Dependencias y Entidades deberán: I. Llevar a cabo y, en su caso, facilitar la realización de estudios e investigaciones sobre las posibles causas de accidentes y enfermedades de trabajo y adoptar medidas adecuadas para su control; II. Informar al Instituto sobre la ocurrencia de accidentes o enfermedades de trabajo de su ámbito de competencia; III. Proporcionar al Instituto datos e informes para la elaboración de estadísticas sobre accidentes y enfermedades de trabajo; IV. Difundir e implantar en su ámbito de competencia, las normas preventivas de accidentes y enfermedades de trabajo; V. Integrar y operar con regularidad las Comisiones de Seguridad y Salud en el Trabajo brindando las facilidades necesarias a sus integrantes para el adecuado desarrollo de sus funciones;	Artículo 72. Las Dependencias y Entidades deberán: I. y II. ... III. Proporcionar al Instituto datos e informes para la elaboración de estadísticas sobre accidentes y enfermedades de trabajo, y colaborar, conforme a sus atribuciones, en el levantamiento de la Encuesta Nacional de Salud Mental en el Trabajo, conforme a la periodicidad prevista en el artículo 104 Bis de la Ley General de Salud, para identificar riesgos psicosociales. IV. a VIII ...

VI. Elaborar, con base en los lineamientos que para tal efecto emita el Instituto, su programa de prevención de enfermedades y accidentes del trabajo, así como implantarlo conforme a las disposiciones que establezca; VII. Capacitar a los Trabajadores sobre la prevención de enfermedades y accidentes del trabajo, atendiendo a la naturaleza de las actividades que se llevan a cabo en los centros de trabajo, y VIII. Llevar a cabo aquellas otras acciones que se establezcan en los reglamentos en la materia.	
---	--

LEY DEL SEGURO SOCIAL	
TEXTO VIGENTE	PROPUESTA DE REFORMA
Artículo 5 A. Para los efectos de esta Ley, se entiende por: I a XXIV... XXV. (sin correlativo) Por lo que respecta a los matrimonios celebrados entre personas del mismo sexo, esta ley reconoce tales uniones con los mismos derechos y obligaciones que los celebrados entre hombre y mujer.	Artículo 5 A. Para los efectos de esta Ley, se entiende por: I a XXIV... XXV. Protocolo de Vigilancia Clínica Psicosocial: instrumento técnico nacional expedido conforme a la Ley General de Salud, que establece procedimientos clínicos de tamizaje o cribado, evaluación especializada, referencia, contrarreferencia y seguimiento para detectar y atender posibles afectaciones a la salud mental relacionadas con la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo. ...
Artículo 43. Enfermedad de trabajo es todo estado patológico derivado de la acción continuada de una causa que	Artículo 43. Enfermedad de trabajo es todo estado patológico derivado de la acción continuada de una causa que

tenga su origen o motivo en el trabajo, o en el medio en que el trabajador se vea obligado a prestar sus servicios. En todo caso, serán enfermedades de trabajo las consignadas en la Ley Federal del Trabajo.	tenga su origen o motivo en el trabajo, o en el medio en que el trabajador se vea obligado a prestar sus servicios. En todo caso, serán enfermedades de trabajo las consignadas en la Ley Federal del Trabajo. Tratándose de enfermedades derivadas de la exposición a factores de riesgo psicosocial, la discontinuidad de la exposición no excluirá por sí misma su reconocimiento como enfermedad de trabajo. La determinación de su origen laboral requerirá evaluación clínica y ocupacional y la acreditación del vínculo causal con el trabajo, conforme a las disposiciones aplicables.
Artículo . El Instituto se coordinará con la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, con las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, de las entidades federativas y concertará, en igual forma, con la representación de las organizaciones de los sectores social y privado, con el objeto de realizar programas para la prevención de los accidentes y las enfermedades de trabajo	Artículo 81. El Instituto se coordinará con la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, con las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, de las entidades federativas y concertará, en igual forma, con la representación de las organizaciones de los sectores social y privado, con el objeto de realizar programas para la prevención de los accidentes y las enfermedades de trabajo, así como así como en el levantamiento la Encuesta Nacional de Salud Mental en el Trabajo, conforme a la periodicidad prevista en el artículo 104 Bis de la Ley General de Salud, para identificar riesgos psicosociales.
Artículo 82. El Instituto llevará a cabo las investigaciones que estime convenientes sobre riesgos de trabajo y sugerirá a los patrones las técnicas y prácticas convenientes a efecto de prevenir la realización de dichos riesgos.	Artículo 82. El Instituto llevará a cabo las investigaciones que estime convenientes sobre riesgos de trabajo y sugerirá a los patrones las técnicas y prácticas convenientes a efecto de prevenir la realización de dichos riesgos, además implementará, por conducto de sus servicios competentes de salud mental y salud en el trabajo, el Protocolo de Vigilancia Clínica Psicosocial, de conformidad con la Ley General de Salud y los lineamientos técnicos correspondientes y la colaboración de los patrones se limitará a facilitar su

El Instituto podrá verificar el establecimiento de programas o acciones preventivas de riesgos de trabajo en aquellas empresas que por la siniestralidad registrada, puedan disminuir el monto de la prima de este seguro.	implementación y adoptar medidas preventivas de carácter organizacional, sin intervenir en los actos clínicos ni acceder a los resultados individuales. ...
Artículo 83. Los patrones deben cooperar con el Instituto en la prevención de los riesgos de trabajo, en los términos siguientes: I. Facilitarle la realización de estudios e investigaciones; II. Proporcionarle datos e informes para la elaboración de estadísticas sobre riesgos de trabajo, y III. Colaborar en el ámbito de sus empresas a la adopción y difusión de las normas sobre prevención de riesgos de trabajo.	Artículo 83. Los patrones deben cooperar con el Instituto en la prevención de los riesgos de trabajo, en los términos siguientes: I. Facilitarle la realización de estudios, encuestas e investigaciones; II y III... Los patrones deberán facilitar el acceso voluntario de las personas trabajadoras a las acciones clínicas del Protocolo de Vigilancia Clínica Psicosocial, sin costo para ellas ni afectación de su salario, y adoptar las medidas preventivas organizacionales que correspondan. Esta colaboración no les conferirá acceso a los resultados clínicos individuales.

LEY GENERAL DE SALUD	
TEXTO VIGENTE	PROPUESTA DE REFORMA
Artículo 104.- La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, y en términos	Artículo 104.- La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, y en términos

de las disposiciones jurídicas aplicables, captarán, producirán y procesarán la información necesaria para el proceso de planeación, programación, presupuestación y control del Sistema Nacional de Salud, así como sobre el estado y evolución de la salud pública. La información se referirá, fundamentalmente, a los siguientes aspectos: I. Estadísticas de natalidad, mortalidad, morbilidad y discapacidad; II. Factores demográficos, económicos, sociales y ambientales vinculados a la salud, y III. Recursos físicos, humanos y financieros disponibles para la protección de la salud de la población, y su utilización. Artículo 104 Bis. Sin correlativo	de las disposiciones jurídicas aplicables, captarán, producirán y procesarán la información necesaria para el proceso de planeación, programación, presupuestación y control del Sistema Nacional de Salud, así como sobre el estado y evolución de la salud pública. La información se referirá, fundamentalmente, a los siguientes aspectos: I. ... II. Factores demográficos, económicos, sociales, ambientales y de riesgo psicosocial vinculados a la salud, y III. ... Artículo 104 Bis. La Secretaría de Salud será responsable de coordinar la realización de la Encuesta Nacional de Salud Mental en el Trabajo, al menos cada cinco años, en coordinación con la Secretaría del Trabajo y Previsión Social y las instituciones públicas de seguridad social, y con la colaboración técnica que se acuerde con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, en el ámbito de sus atribuciones. La Encuesta utilizará un diseño muestral probabilístico que permita obtener estimaciones representativas a nivel nacional, por entidad federativa y por sector de actividad económica. Comprenderá a la población trabajadora formal e informal, asalariada y no asalariada, incluido el trabajo en plataformas digitales. Incorporará un componente específico sobre trabajo de cuidados remunerado y no remunerado. Medirá la exposición a factores de riesgo psicosocial, los factores protectores, los desenlaces en salud mental, el ausentismo, el presentismo,
---	---

	la rotación y el acceso efectivo a servicios de salud mental. Su diseño permitirá analizar asociaciones entre exposición y desenlaces e incluirá indicadores comparables internacionalmente, con pertinencia para el contexto mexicano. La Secretaría de Salud establecerá, con participación de instituciones académicas, de investigación y colegios de profesionistas de las especialidades correspondientes, la metodología, el calendario y los mecanismos de evaluación de la Encuesta. Los resultados, documentos metodológicos y microdatos disociados se harán públicos mediante medidas que prevengan la reidentificación y protejan la confidencialidad de las personas participantes. La Secretaría de Salud incorporará en su programación y anteproyecto de presupuesto las previsiones necesarias para su realización.
Artículo 130.- La Secretaría de Salud, en coordinación con las autoridades laborales y las instituciones públicas de seguridad social, y los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, promoverán, desarrollarán y difundirán investigación multidisciplinaria que permita prevenir y controlar las enfermedades y accidentes ocupacionales, y estudios para adecuar los instrumentos y equipos de trabajo a las características de la persona.	Artículo 130.- La Secretaría de Salud, en coordinación con las autoridades laborales y las instituciones públicas de seguridad social, y los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, promoverán, desarrollarán y difundirán un Protocolo de Vigilancia Clínica Psicosocial, con la finalidad de detectar, atender y dar seguimiento a los riesgos y daños psicosociales derivados de la actividad profesional, así como investigación multidisciplinaria que permita prevenir y controlar las enfermedades y accidentes ocupacionales, y estudios para adecuar los instrumentos y equipos de trabajo a las características de la persona.
Sin correlativo	Artículo 130 Bis. La Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría del Trabajo y Previsión

	Social y las instituciones públicas de seguridad social, elaborará, validará, expedirá y actualizará el Protocolo de Vigilancia Clínica Psicosocial y emitirá sus lineamientos técnicos, para la detección, evaluación, atención y seguimiento de posibles afectaciones a la salud mental relacionadas con el trabajo. La elaboración y validación técnica del Protocolo se realizarán mediante un mecanismo interdisciplinario, con participación de las áreas de salud pública, los servicios de salud en el trabajo, instituciones académicas y de investigación y colegios de profesionistas de las especialidades correspondientes. Comprenderán revisión por pares, pilotaje en distintos sectores y regiones, verificación de las propiedades psicométricas de los instrumentos y evaluación de la viabilidad operativa de los procedimientos. Los actos clínicos de tamizaje o cribado y evaluación especializada serán realizados exclusivamente por profesionales de la salud mental legalmente habilitados, con título y cédula profesional, y formación y competencia clínica para el procedimiento correspondiente. El personal de recursos humanos y quienes carezcan de dicha habilitación no podrán realizarlos ni interpretar sus resultados clínicos. La participación de las personas trabajadoras será voluntaria y requerirá su consentimiento informado, previo y expreso. Su negativa no dará lugar a sanciones ni represalias. Los resultados individuales estarán sujetos al secreto profesional y a las disposiciones aplicables en materia de expediente clínico y protección de datos personales. Los empleadores, Dependencias y Entidades únicamente recibirán información agregada y
--	---

	disociada que impida identificar a las personas evaluadas. Queda prohibido utilizar los resultados clínicos individuales, la participación o la negativa a participar en el Protocolo para decidir sobre contratación, permanencia, promoción, movilidad o terminación de la relación laboral, así como para cualquier acto de discriminación o represalia. Los lineamientos establecerán criterios de activación y estratificación por gravedad y urgencia, atención en el primer nivel, referencia a servicios especializados, contrarreferencia y seguimiento. Preverán la articulación con los servicios de medicina del trabajo y, mediante los instrumentos jurídicos correspondientes, con prestadores de los sectores social y privado, sin condicionar la atención pública a la contratación de servicios privados. Las personas que carezcan de seguridad social podrán acceder a las acciones clínicas del Protocolo mediante los servicios públicos de salud competentes, conforme a las disposiciones aplicables. La Secretaría de Salud publicará la versión vigente del Protocolo y la documentación de su validación, y revisará su contenido al menos cada cinco años o antes cuando la evidencia científica lo justifique. La aplicación del Protocolo no sustituirá los procedimientos legales de calificación de riesgos de trabajo ni condicionarán el acceso a la atención médica o a las prestaciones que correspondan.
--	--

Por lo anteriormente expuesto, con fundamento en los artículos 71 fracción II y 72 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; así como el artículo 6 numeral 1, fracción I; artículos 77 y 78 del Reglamento de la Cámara de Diputados, someto a consideración del Pleno el presente:

DECRETO POR EL QUE SE REFORMAN Y ADICIONAN DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, LA LEY DEL SEGURO SOCIAL Y DE LA LEY GENERAL DE SALUD.

PRIMERO: Se reforman el primer párrafo del artículo por conducto de sus servicios competentes de salud mental y salud en el trabajo, el Protocolo de Vigilancia Clínica Psicosocial, conforme al artículo 130 Bis de la Ley General de Salud y los lineamientos técnicos correspondientes. y la fracción III del artículo 72 y se adiciona la fracción XXXII al artículo 6, de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, para quedar como sigue:

Artículo 6. Para los efectos de esta Ley, se entenderá por:

I a XXXI....

XXXII. Protocolo de Vigilancia Clínica Psicosocial: instrumento técnico nacional expedido conforme a la Ley General de Salud, que establece procedimientos clínicos de tamizaje o cribado, evaluación especializada, referencia, contrarreferencia y seguimiento para detectar y atender posibles afectaciones a la salud mental relacionadas con la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo.

Artículo 71. Las Dependencias y Entidades estarán obligadas a realizar acciones de carácter preventivo con objeto de abatir la incidencia de las enfermedades y accidentes del trabajo. El Instituto se coordinará con las Dependencias, Entidades, organismos e instituciones que considere necesarios para la **implementación del Protocolo de Vigilancia Clínica Psicosocial, por conducto de sus servicios competentes de salud mental y salud en el trabajo, el Protocolo de Vigilancia Clínica Psicosocial, conforme al artículo 130 Bis de la Ley General de Salud y los lineamientos técnicos correspondientes. con la finalidad de detectar, atender y dar seguimiento a los riesgos y daños psicosociales derivados de la actividad profesional y para la elaboración de programas y el desarrollo de campañas tendientes a**

prevenir accidentes y enfermedades de trabajo. **La participación de las Dependencias y Entidades se limitará a facilitar su implementación y adoptar medidas preventivas organizacionales, sin intervenir en los actos clínicos ni acceder a los resultados individuales.**

...

...

...

Artículo 72. Las Dependencias y Entidades deberán:

I. y II. ...

III. Proporcionar al Instituto datos e informes para la elaboración de estadísticas sobre accidentes y enfermedades de trabajo, **y colaborar, conforme a sus atribuciones, en el levantamiento de la Encuesta Nacional de Salud Mental en el Trabajo, conforme a la periodicidad prevista en el artículo 104 Bis de la Ley General de Salud, para identificar riesgos psicosociales.**

IV. a VIII ...

SEGUNDO: Se reforman el artículo 81, el primer párrafo del artículo 82 y la fracción I del artículo 83; y se adicionan la fracción XXV al artículo 5 A, un segundo párrafo al artículo 43 y un último párrafo al artículo 83 de la Ley del Seguro Social, para quedar como sigue:

Artículo 5 A. Para los efectos de esta Ley, se entiende por:

I a XXIV...

XXV. Protocolo de Vigilancia Clínica Psicosocial: instrumento técnico nacional expedido conforme a la Ley General de Salud, que establece procedimientos clínicos de tamizaje o cribado, evaluación especializada, referencia, contrarreferencia y seguimiento para detectar y atender

posibles afectaciones a la salud mental relacionadas con la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo.

...

Artículo 43. Enfermedad de trabajo es todo estado patológico derivado de la acción continuada de una causa que tenga su origen o motivo en el trabajo, o en el medio en que el trabajador se vea obligado a prestar sus servicios. En todo caso, serán enfermedades de trabajo las consignadas en la Ley Federal del Trabajo.

Tratándose de enfermedades derivadas de la exposición a factores de riesgo psicosocial, la discontinuidad de la exposición no excluirá por sí misma su reconocimiento como enfermedad de trabajo. La determinación de su origen laboral requerirá evaluación clínica y ocupacional y la acreditación del vínculo causal con el trabajo, conforme a las disposiciones aplicables.

Artículo 81. El Instituto se coordinará con la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, con las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, de las entidades federativas y concertará, en igual forma, con la representación de las organizaciones de los sectores social y privado, con el objeto de realizar programas para la prevención de los accidentes y las enfermedades de trabajo, **así como en el levantamiento de la Encuesta Nacional de Salud Mental en el Trabajo, conforme a la periodicidad prevista en el artículo 104 Bis de la Ley General de Salud, para identificar riesgos psicosociales.**

Artículo 82. El Instituto llevará a cabo las investigaciones que estime convenientes sobre riesgos de trabajo y sugerirá a los patrones las técnicas y prácticas convenientes a efecto de prevenir la realización de dichos riesgos, **además implementará, por conducto de sus servicios competentes de salud mental y salud en el trabajo, el Protocolo de Vigilancia Clínica**

Psicosocial, de conformidad con la Ley General de Salud y los lineamientos técnicos correspondientes y la colaboración de los patrones se limitará a facilitar su implementación y adoptar medidas preventivas de carácter organizacional, sin intervenir en los actos clínicos ni acceder a los resultados individuales.

...

Artículo 83. Los patrones deben cooperar con el Instituto en la prevención de los riesgos de trabajo, en los términos siguientes:

I. Facilitarle la realización de estudios, **encuestas** e investigaciones;

II y III...

Los patrones deberán facilitar el acceso voluntario de las personas trabajadoras a las acciones clínicas del Protocolo de Vigilancia Clínica Psicosocial, sin costo para ellas ni afectación de su salario, y adoptar las medidas preventivas organizacionales que correspondan. Esta colaboración no les conferirá acceso a los resultados clínicos individuales.

TERCERO: Se reforman la fracción II del artículo 104 y el artículo 130 y se adicionan los artículos 104 Bis y el 130 Bis de la Ley General de Salud, para quedar como sigue:

Artículo 104.- La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, y en términos de las disposiciones jurídicas aplicables, captarán, producirán y procesarán la información necesaria para el proceso de planeación, programación, presupuestación y control del Sistema Nacional de Salud, así como sobre el estado y evolución de la salud pública.

La información se referirá, fundamentalmente, a los siguientes aspectos:

I. ...

II. Factores demográficos, económicos, sociales, ambientales y **de riesgo psicosocial** vinculados a la salud, y

III. ...

Artículo 104 Bis. La Secretaría de Salud será responsable de coordinar la realización de la Encuesta Nacional de Salud Mental en el Trabajo, al menos cada cinco años, en coordinación con la Secretaría del Trabajo y Previsión Social y las instituciones públicas de seguridad social, y con la colaboración técnica que se acuerde con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, en el ámbito de sus atribuciones.

La Encuesta utilizará un diseño muestral probabilístico que permita obtener estimaciones representativas a nivel nacional, por entidad federativa y por sector de actividad económica. Comprenderá a la población trabajadora formal e informal, asalariada y no asalariada, incluido el trabajo en plataformas digitales. Incorporará un componente específico sobre trabajo de cuidados remunerado y no remunerado.

Medirá la exposición a factores de riesgo psicosocial, los factores protectores, los desenlaces en salud mental, el ausentismo, el presentismo, la rotación y el acceso efectivo a servicios de salud mental. Su diseño permitirá analizar asociaciones entre exposición y desenlaces e incluirá indicadores comparables internacionalmente, con pertinencia para el contexto mexicano.

La Secretaría de Salud establecerá, con participación de instituciones académicas, de investigación y colegios de profesionistas de las especialidades correspondientes, la metodología, el calendario y los mecanismos de evaluación de la Encuesta.

Los resultados, documentos metodológicos y microdatos disociados se harán públicos mediante medidas que prevengan la reidentificación y protejan la confidencialidad de las personas participantes.

La Secretaría de Salud incorporará en su programación y anteproyecto de presupuesto las provisiones necesarias para su realización.

Artículo 130.- La Secretaría de Salud, en coordinación con las autoridades laborales y las instituciones públicas de seguridad social, y los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, promoverán, desarrollarán y difundirán **un Protocolo de Vigilancia Clínica Psicosocial, con la finalidad de detectar, atender y dar seguimiento a los riesgos y daños psicosociales derivados de la actividad profesional, así como** investigación multidisciplinaria que permita prevenir y controlar las enfermedades y accidentes ocupacionales, y estudios para adecuar los instrumentos y equipos de trabajo a las características de la persona.

Artículo 130 Bis. La Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría del Trabajo y Previsión Social y las instituciones públicas de seguridad social, elaborará, validará, expedirá y actualizará el Protocolo de Vigilancia Clínica Psicosocial y emitirá sus lineamientos técnicos, para la detección, evaluación, atención y seguimiento de posibles afectaciones a la salud mental relacionadas con el trabajo.

La elaboración y validación técnica del Protocolo se realizarán mediante un mecanismo interdisciplinario, con participación de las áreas de salud pública, los servicios de salud en el trabajo, instituciones académicas y de investigación y colegios de profesionistas de las especialidades correspondientes. Comprenderán revisión por pares, pilotaje en distintos sectores y regiones, verificación de las propiedades psicométricas de los instrumentos y evaluación de la viabilidad operativa de los procedimientos. Los actos clínicos de tamizaje o cribado y evaluación especializada serán realizados exclusivamente por profesionales de la salud mental legalmente habilitados, con título y cédula profesional, y formación y competencia clínica para el procedimiento correspondiente. El personal de recursos

humanos y quienes carezcan de dicha habilitación no podrán realizarlos ni interpretar sus resultados clínicos.

La participación de las personas trabajadoras será voluntaria y requerirá su consentimiento informado, previo y expreso. Su negativa no dará lugar a sanciones ni represalias.

Los resultados individuales estarán sujetos al secreto profesional y a las disposiciones aplicables en materia de expediente clínico y protección de datos personales. Los empleadores, Dependencias y Entidades únicamente recibirán información agregada y disociada que impida identificar a las personas evaluadas.

Queda prohibido utilizar los resultados clínicos individuales, la participación o la negativa a participar en el Protocolo para decidir sobre contratación, permanencia, promoción, movilidad o terminación de la relación laboral, así como para cualquier acto de discriminación o represalia.

Los lineamientos establecerán criterios de activación y estratificación por gravedad y urgencia, atención en el primer nivel, referencia a servicios especializados, contrarreferencia y seguimiento. Preverán la articulación con los servicios de medicina del trabajo y, mediante los instrumentos jurídicos correspondientes, con prestadores de los sectores social y privado, sin condicionar la atención pública a la contratación de servicios privados.

Las personas que carezcan de seguridad social podrán acceder a las acciones clínicas del Protocolo mediante los servicios públicos de salud competentes, conforme a las disposiciones aplicables.

La Secretaría de Salud publicará la versión vigente del Protocolo y la documentación de su validación, y revisará su contenido al menos cada cinco años o antes cuando la evidencia científica lo justifique.

La aplicación del Protocolo no sustituirá los procedimientos legales de calificación de riesgos de trabajo ni condicionará el acceso a la atención médica o a las prestaciones que correspondan.

TRANSITORIOS

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

SEGUNDO. La Secretaría del Trabajo y Previsión Social deberá, dentro de los ciento ochenta días naturales siguientes a la entrada en vigor del presente Decreto, iniciar el procedimiento de modificación de la NOM-035-STPS-2018, para articular sus disposiciones con el Protocolo de Vigilancia Clínica Psicosocial, conforme a la legislación aplicable en materia de infraestructura de la calidad.

TERCERO. La Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría del Trabajo y Previsión Social y las instituciones públicas de seguridad social, deberá publicar en el Diario Oficial de la Federación, dentro de los trescientos sesenta y cinco días naturales siguientes a la entrada en vigor del presente Decreto, los lineamientos técnicos para la elaboración, validación, actualización e implementación del Protocolo de Vigilancia Clínica Psicosocial.

CUARTO. La Secretaría de Salud deberá concluir la validación técnica y publicar el Protocolo de Vigilancia Clínica Psicosocial, junto con la documentación que la sustente, dentro de los quinientos cuarenta y ocho días naturales siguientes a la entrada en vigor del presente Decreto. La validación deberá cumplir los requisitos previstos en el artículo 130 Bis de la Ley General de Salud.

Los lineamientos establecerán las etapas, responsables y metas de implementación. Las nuevas obligaciones de implementación clínica previstas en este Decreto serán exigibles conforme a dicho calendario, cuyo plazo no podrá exceder de ciento ochenta días naturales contados a partir de la publicación del Protocolo validado.

La implementación no quedará condicionada a la conclusión del procedimiento de modificación de la NOM-035-STPS-2018. Durante el periodo de transición continuarán vigentes las obligaciones de prevención, atención médica y protección de los derechos de las personas trabajadoras.

QUINTO. La Secretaría de Salud deberá publicar, dentro de los trescientos sesenta y cinco días naturales siguientes a la entrada en vigor del presente Decreto, el programa para la realización de la primera Encuesta Nacional de Salud Mental en el Trabajo, que establecerá su metodología, diseño muestral, mecanismos de coordinación, responsables, calendario y necesidades presupuestarias.

El primer levantamiento deberá realizarse dentro de los quinientos cuarenta y ocho días naturales siguientes a la entrada en vigor del presente Decreto. El programa establecerá el plazo para publicar sus resultados, documentos metodológicos y microdatos disociados. Los levantamientos subsecuentes se realizarán con intervalos no mayores de cinco años.

SEXTO. Las dependencias y entidades competentes deberán incorporar en su programación y en sus respectivos anteproyectos de presupuesto las previsiones necesarias para cumplir el presente Decreto. Las erogaciones correspondientes se cubrirán con los recursos que se aprueben en los presupuestos de los ejercicios fiscales respectivos.

Dado en el Palacio Legislativo de San Lázaro, a 05 de octubre del 2026.

ATENTAMENTE



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: Raúl Bolaños-Cacho Cué, presidenta; vicepresidentes, Sergio Carlos Gutiérrez Luna, MORENA; Annia Sarahí Gómez Cárdenas, PAN; Nayeli Arlen Fernández Cruz, PVEM; secretarios, Julieta Villalpando Riquelme, MORENA; Diana Estefanía Gutiérrez Valtierra, PAN; Felipe Miguel Delgado Carrillo, PVEM; Francisco Amadeo Espinosa Ramos, 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/>