

INICIATIVA QUE REFORMA DIVERSAS DISPOSICIONES DE LAS LEYES GENERALES DE SALUD, Y DE LOS DERECHOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES, SUSCRITA POR LA DIPUTADA ANA PAOLA LÓPEZ BIRLAIN E INTEGRANTES DEL GRUPO PARLAMENTARIO DEL PAN

Ana Paola López Birlain y las y los diputados integrantes del Grupo Parlamentario del Partido Acción Nacional en la LXIV Legislatura del Congreso de la Unión, y en apego a las facultades y atribuciones conferidas por los artículos 71, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6, numeral 1, fracción I, 77 y 78, del Reglamento de la Cámara de Diputados del honorable Congreso de la Unión, sometemos a la consideración de esta asamblea la **iniciativa con proyecto de decreto que reforma diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley General de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes**, bajo la siguiente

Exposición de Motivos

En el interés de que partamos todos de las mismas bases en la comprensión de lo que pretende abordar y resolver esta iniciativa es importante resaltar la siguiente definición: “El embrión recibe el nombre de **feto** tras haber alcanzado un determinado nivel de desarrollo de los órganos (a las ocho semanas después de la concepción), hasta el momento en que se produzca el nacimiento” (INATAL, 2018).

Con esta iniciativa, solamente se pretende disminuir la prevalencia de malformaciones congénitas y de discapacidad a través de la medicina fetal, es necesario señalar que la evolución de la medicina hasta nuestros tiempos nos ha llevado a encontrar la opción que nos permite la corrección y atención de algunos padecimientos letales, los cuales provocan o pueden provocar diversas discapacidades, es por ello que solo falta la evolución y desarrollo del marco jurídico, que pretende esta iniciativa, para hacerlo una realidad cotidiana.

Cabe precisar que, se puede intervenir desde la etapa previa al nacimiento de niños y niñas gestantes **entre las 13 y 33 semanas** que presentan alguna malformación congénita en órganos vitales que les impide continuar en vida uterina y su posterior nacimiento.

Para mayor abundamiento, es menester señalar que los casos que pueden ser atendidos mediante cirugía fetal se dividen en dos categorías:

1. Malformaciones incompatibles con la vida.
2. Malformaciones que causan discapacidades que condicionan la calidad de vida.

Los primeros padecimientos o malformaciones, en caso de no ser atendidos, tienen una mortalidad del 100 por ciento, **negando con ello, a este porcentaje de niños gestantes el derecho fundamental a la vida y poniendo en alto riesgo la vida de sus madres**; los segundos padecimientos, como podría ser el caso de la espina bífida, no conllevan riesgo de mortalidad, pero si implican daños irreversibles que resultan en una discapacidad, la cual genera un alto costo económico y social para los niños, sus familias y el sistema público de salud en general.

Es por esto que la garantía del acceso expedito y gratuito a la medicina fetal es fundamental para la disminución de costos económicos y sociales y reducir con ello la gran tasa de mortandad en algunos casos, así como para hacer valer los derechos fundamentales de todos los involucrados.

En ese sentido, es de especificarse que el presente proyecto de iniciativa pretende resolver lo siguiente:

i. Si bien es cierto que el artículo 4o. constitucional garantiza a toda persona el derecho a la salud y que el Código Civil, en su artículo 22, en el Título Primero y Capítulo Primero, relativo a las personas, establece que: “La capacidad jurídica de las personas físicas se adquiere por el nacimiento y se pierde por la muerte; **desde el momento en que un individuo es concebido, entra bajo la protección de la ley y se le tiene por nacido para los efectos declarados en el presente Código**”, sin embargo, ni en la Ley General de Salud, ni en la Ley General de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, se reconoce al feto en ninguna de sus etapas como sujeto de recibir atención médica, existiendo una contradicción en perjuicio de todos.

Derivado de dicha discrepancia entre la Carta Magna y el Código Civil con respecto de otras leyes, y a la cobertura de salud, **se propone la presente iniciativa, con el objeto de que se reconozca al feto como posible sujeto de atención médica, a partir de la décima tercera semana de gestación en la Ley de Salud, La Ley General de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes y en el Sistema de Seguridad Social de nuestro país.**

ii. La carencia de insumos médicos especializados en todo el sistema de salud pública impide atender la alta demanda de atención de niños y niñas gestantes entre la 13 y 33 semanas que presentan alguna malformación congénita letal en órganos vitales.

Es importante destacar que la presente propuesta de ley **no interfiere en absoluto con el aborto** (hasta las 12 semanas de gestación), ya que este se encuentra despenalizado en la Ciudad de México.

Sin embargo, en caso de que la mujer, en plena libertad, decida no recurrir al aborto bajo los términos legales correspondientes, a partir de la semana 13 de gestación, esas madres deben tener el derecho a recibir por parte del Estado, el más alto nivel de salud para ella y el producto de su embarazo.

Es relevante señalar que, según cifras oficiales de los 5 mil casos presentados anualmente de los dos tipos de malformaciones señaladas con anterioridad, sólo el 4 por ciento podrá ser atendido de manera adecuada y oportuna, bajo el esquema actual.

Lo anterior se debe a una suma de diversos factores adversos, entre los que sobresalen:

- La incipiente especialización en este tema en nuestro país,
- La escasez de capital humano,
- La insuficiente infraestructura hospitalaria, aunado a la burocracia interna para la disposición de quirófanos que suele acompañar al sector salud y;
- La nula asignación de presupuesto gubernamental.

Como claro ejemplo de lo anterior, tenemos el hecho de que dentro de la cobertura del Seguro Popular no se consideró ningún tratamiento quirúrgico o diagnóstico para la atención de malformaciones en la etapa de gestación, lo cual representa una complicación, si consideramos que un número significativo de las madres que sufren de un embarazo de alto riesgo o con otras graves complicaciones, viven en condiciones socioeconómicas y culturales bajas, lo que impide su atención especializada fuera de la limitada cobertura del sector público.

Cabe destacar que estas malformaciones, al ser padecimientos poco identificados y con consecuencias fatales, ocupan el primer lugar como causa directa de muerte de fetos y niños menores de un año (causas perinatales).

Esto resulta incompatible con el hecho de que derivado de los avances médicos ahora pueden ser prevenidos dichos padecimientos.

Lo anterior destaca la imperiosa necesidad de reformar diversas leyes conforme a las nuevas alternativas que nos proveen los avances de la medicina, así como para hacer efectivo el goce de los derechos humanos.

Se estima que cada año 7,9 millones de bebés (6 por ciento de los nacimientos en todo el mundo) nacen con defectos de nacimiento graves. Aunque algunos defectos congénitos se pueden controlar y tratar, se estima que 3,2 millones de estos niños están discapacitados de por vida.¹

Según el Centro de Cirugía Especial de México, (IAP), existen más de 4 mil tipos diferentes de malformaciones congénitas que van de leves que no requieren tratamiento, a graves que provocan discapacidades o que requieren un tratamiento médico o quirúrgico.

La mayoría de estos padecimientos, se produce en los primeros tres meses del embarazo, cuando los órganos del bebé se están formando, sin embargo, algunos defectos de nacimiento se producen en etapas más avanzadas del embarazo y es durante los últimos seis meses, en los que continúa el crecimiento y el desarrollo de los tejidos y los órganos vitales.

En ese sentido, la tasa de incidencia de este padecimiento resulta alarmante debido a que 1 de cada mil 500 embarazos a escala nacional presentan una condición de riesgo.

En cifras aproximadas, las anomalías congénitas afectan a uno de cada 33 lactantes y causan 3,2 millones de discapacidades al año, se estima que unos 276 mil bebés mueren dentro de las primeras cuatro semanas de vida cada año en todo el mundo, a partir de anomalías congénitas.

Alrededor del 94 por ciento de las anomalías congénitas graves se producen en países de ingresos bajos y medios, donde las mujeres a menudo no tienen acceso a suficientes alimentos nutritivos y puede haber aumento en la exposición a agentes o factores como las infecciones y el alcohol, que inducen o incrementan la incidencia de desarrollo prenatal anormal.²

En México, según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi), las cifras de mortalidad infantil han ido descendiendo considerablemente con el paso de los años. El número de muertes atribuidas a malformaciones congénitas ocupa el segundo lugar como causa de muerte infantil en menores de un año en el país. En el 3.1 por ciento (n=3) de los recién nacidos con alguna malformación congénita, el fallecimiento se originó por una causa directa o indirectamente relacionada.³ Según cifras del Centro de Cirugía Especial de México (CEEM), actualmente en México hay 67 mil discapacitados por malformaciones congénitas diversas.⁴

La importancia del reconocimiento de las malformaciones congénitas es urgente por la alta morbilidad y mortalidad que ocasionan. Se estima que cerca de 20 a 30 por ciento de las muertes infantiles y 30 a 50 por ciento de las muertes postnatales se deben a malformaciones congénitas. La Organización Mundial de la Salud estima que, a escala internacional, ocurren 210 mil 358 al año, por malformaciones congénitas durante los primeros 28 días de vida.⁵

En México, entre 1980 y 2005, la tasa de mortalidad por malformaciones congénitas creció de 2.2 a 3.5 por mil nacimientos. El pronóstico general de los recién nacidos con malformaciones congénitas es relativamente malo, el 25 por ciento fallece en la primera infancia, otro 25 por ciento desarrollará una discapacidad física o mental y sólo el 50 por ciento restante tendrá una perspectiva favorable al cabo del tratamiento.⁶

Los factores de riesgo que podrían mediar el impacto del estatus socioeconómico en la prevalencia de anomalías congénitas incluyen: factores nutricionales, estilo de vida, exposiciones ambientales y ocupacionales, acceso y uso de los servicios de salud, edad materna, origen étnico y detección oportuna de las malformaciones congénitas letales.

Según un estudio publicado en la *Revista Internacional de Ciencias Médicas*, en la actualidad, la mayor parte de las anomalías congénitas (85,3 por ciento) son prevenibles, aunque no existe una estrategia única para su prevención.⁷

Con todo lo anterior, resulta pertinente aclarar los tipos de enfoque de prevención, los cuales a menudo se clasifican en tres niveles:

- 1) Primario: La administración periconcepcional de ácido fólico / multivitaminas.
- 2) Secundario: Detección temprana mediante diagnóstico prenatal.
- 3) Terciario: Intervención quirúrgica temprana.

Lo anterior resalta la urgente necesidad de brindar atención a esta problemática, ya que al ser padecimientos poco identificados y con consecuencias fatales, ocupan el primer lugar como causa directa de muerte de fetos y niños menores de 1 año (causas perinatales) y que, además, pudieran ser prevenibles.⁸

La detección de malformaciones congénitas letales, puede hacerse en dos momentos, **en el periodo preconceptivo** (antes del embarazo), en donde se pueden aplicar pruebas que sirven para identificar a las personas en riesgo de padecer determinados trastornos o de transmitirlos a sus hijos (a través de estudios de genética), tratando de utilizar los antecedentes familiares y la detección del estado de portador, la cual es particularmente valiosa en comunidades o zonas vulnerables en los que el matrimonio consanguíneo es frecuente.

En segundo lugar, también se pueden detectar durante el **período periconceptivo** (durante el embarazo), en donde los resultados de las pruebas (las cuales se realizan durante los tres trimestres del embarazo) deben utilizarse para determinar la atención más adecuada en función del riesgo asociado a determinadas características maternas, tales como la edad temprana o avanzada o el consumo de alcohol, tabaco u otros medicamentos psicoactivos, antecedentes genéticos o alguna condición de salud de la madre.

Las malformaciones cardíacas son las malformaciones estructurales más comunes, otras malformaciones estructurales son la espina bífida, la fisura palatina, el pie deforme y la dislocación congénita de la cadera.

En la mayoría de los casos es muy complicado determinar lo que provocó la malformación congénita del bebé, pero cuando la causa es conocida, puede ser atribuible a un factor ambiental (como la exposición del bebé a sustancias químicas o virus mientras estaba en el vientre materno), un problema con los genes del feto o una combinación de ambas cosas.

Por otro lado, si una madre tiene ciertas infecciones (como toxoplasmosis y citomegalovirus) durante el embarazo, su bebé puede nacer con una malformación congénita. Otras afecciones que pueden causar malformaciones son la rubéola y la varicela.

Sin embargo, es importante destacar que en la mayoría de los casos, no es posible identificar el factor determinante de la malformación congénita del bebé a causa de los siguientes factores: socioeconómicos y demográficos, genéticos, nutricionales, y ambientales, los cuales se explicarán brevemente:

Factores socioeconómicos y demográficos: Aunque los ingresos bajos pueden ser un determinante indirecto, las anomalías congénitas son más frecuentes en las familias y regiones de escasos recursos. Se calcula que aproximadamente un 94 por ciento de las anomalías congénitas graves se producen en regiones de ingresos bajos y medios, en las que las mujeres a menudo carecen de acceso suficiente a alimentos nutritivos y pueden tener mayor exposición a agentes o factores que inducen o aumentan la incidencia de un desarrollo prenatal anormal, en especial el alcohol, drogas y las infecciones. La edad materna avanzada también incrementa el riesgo de algunas alteraciones cromosómicas, como el síndrome de Down, mientras que el riesgo de determinadas anomalías congénitas del feto aumenta en las madres jóvenes.

Factores genéticos: La consanguineidad aumenta la prevalencia de anomalías congénitas genéticas raras y multiplica casi por dos el riesgo de muerte neonatal e infantil, discapacidad intelectual y otras anomalías congénitas en los matrimonios entre familiares consanguíneos.

Infecciones: Las infecciones maternas, como la sífilis, la rubéola, toxoplasmosis, citomegalovirus, entre otros, son una causa importante de anomalías congénitas en las regiones de ingresos bajos y medios.

Estado nutricional de la madre: Las carencias de yodo y folato, el sobrepeso y enfermedades como la diabetes mellitus están relacionadas con algunas anomalías congénitas. Por ejemplo, la carencia de folato aumenta el riesgo de tener niños con defectos del tubo neural. Además, el aporte excesivo de vitamina A puede afectar al desarrollo normal del embrión o del feto.

Factores ambientales: La exposición materna a determinados plaguicidas y otros productos químicos, así como a ciertos medicamentos, al alcohol, el tabaco, los medicamentos psicoactivos y la radiación durante el embarazo, pueden aumentar el riesgo de que el feto o el neonato sufra anomalías congénitas. El hecho de trabajar en basureros, fundiciones o minas o de vivir cerca de esos lugares también puede ser un factor de riesgo, sobre todo si la madre está expuesta a otros factores ambientales de riesgo o sufre carencias alimenticias. También se puede mencionar cuando los mantos acuíferos están contaminados por algún metal puede causar daños en el feto durante su desarrollo.

No podemos olvidar que, para un Estado democrático preocupado por procurar la mejor calidad de vida para todos, considerar la inversión en medicina fetal como una inversión social, genera bienestar económico, social y laboral para sus beneficiarios y sus familias, también cuenta con una proyección de mayor trascendencia, la cual radica en la transformación a un modelo de medicina completamente incluyente, que permita ampliar el contexto de igualdad de oportunidades.

Por cada millón de niños que nacen con malformaciones congénitas se invierten más de 1 millón 830 mil pesos en tratamiento y 45.4 millones en gastos prevenibles (rampas, medicina, médicos, OSC que atienden estos casos y el costo de oportunidad para las familias).⁹

Lo anterior pretende demostrar que la inversión para el tratamiento de las malformaciones congénitas es mínima, al tener un costo tres veces mayor al no ser tratada, así como la pérdida de la vida del bebé, daños psicológicos irreparables para la familia, así como gastos económicos familiares elevados.

Existen otros factores de suma importancia para analizar como los efectos colaterales, uno de ellos son las afectaciones financieras de las familias en donde nace un bebé con malformaciones congénitas.

El más grave de estos problemas financieros tiene que ver con el déficit en el gasto corriente familiar generando deudas de grave impacto para la salud financiera de las familias. Un estudio de Estados Unidos informó que el 40 por ciento de las familias de niños con necesidades especiales de atención de la salud, experimentan una carga financiera debido a la condición de su hijo.¹⁰

Se han informado hallazgos similares en otros países que se reflejan no solamente en el aspecto financiero, sino también en la calidad de vida de la familia (padres principalmente) con un hijo con malformación congénita, de acuerdo a un estudio realizado por la Universidad Central de Venezuela: “Los cambios implicados en la maternidad/paternidad hacen referencia al aumento en la carga de trabajo, ya existente por los cuidados que requiere el/la bebé; además ocurren modificaciones en la estructura familiar, pues ahora la pareja se convierte en una tríada y cada cónyuge debe proporcionar atención al/la bebé, acompañado por una tendencia hacia la división del trabajo doméstico más tradicional; y por último, los cambios de la vida social, ya que los espacios y el tiempo de diversión, se limitan por el aumento de la carga financiera.”¹¹

Por su parte, el Instituto Roeher en Canadá determina que en promedio se invierten de 50 a 60 horas por semana dedicadas a dar cuidado de niños con discapacidad.¹² 37.1 por ciento de las madres del estudio trabajaban contra 69 por ciento de las madres en una situación general. 32.9 por ciento dejaron su trabajo para dar cuidado a su hijo y 46 por ciento reportó trabajar menos horas que antes de tener al bebé.

Con los datos mencionados anteriormente, es evidente que no sólo existe un aumento en la carga económica familiar, sino que también, regularmente las mujeres tienen que menguar en sus actividades laborales o académicas para ser cuidadores primarios, lo que nos afecta a todos.

A pesar de que las cantidades invertidas en los primeros diez años de vida de los niños y adolescentes con alguna malformación congénita, varían de una región a otra, los datos que se mantienen constantes se relacionan a la fuerte descarga que representa la atención médica especializada (pediátrica) y el desgaste emocional de las familias, la cuales perduran a lo largo de la vida.

De igual modo, se debe tomar en cuenta que el desgaste emocional de los integrantes de la familia afecta de manera distinta al padre y a la madre. Ambos tienen un desgaste evidente, pero “las madres describen su experiencia cargada de exigencia y de múltiples labores debido a la discapacidad del/la hijo/a, además se perciben como las cuidadoras principales.” Mientras que, por otro lado, “los padres se mantienen al margen de la dinámica entre la madre y el hijo/a y se limitan a su función de proveedor económico.”¹³

Por ende, “las características del/la hijo/a obligan a las familias a realizar cambios en la crianza y a ajustar expectativas sobre sus condiciones de vida y sobre el futuro.” Como se mencionaba antes y respecto a la independencia del infante con malformación fetal, es indispensable tomar en consideración que es un factor vital en la vida de los humanos, no alcanzarla disminuye la calidad de vida en un 90 por ciento (aproximadamente).

Dicho factor representa que cerca de 0.004 por ciento del total pagado en impuestos por una persona, se destina a apoyar la carga que se desprende de las malformaciones congénitas en niños y adultos.

Para sustentar lo anterior, podemos mencionar que un estudio realizado en Chile, demostró que los cuidadores primarios –en su mayoría– son mujeres (86 por ciento), amas de casa (58.3 por ciento) y con estudios primarios (50 por ciento), este hecho fue reportado en otros estudios donde se plantea que el cuidado de la salud de la comunidad es patrimonio casi exclusivo de las mujeres, lo que supone un elemento de desigualdad de género en salud,¹⁴ desarrollo profesional, inteligencia emocional, resentimiento social.

En este orden de ideas, la iniciativa propone reformar la Ley General de Salud a efecto de garantizar que existan los tres tipos de prevención que se mencionaron anteriormente, al incluir la atención quirúrgica temprana en la fracción II del artículo 61 y en el artículo 64 Bis 1, el cual permitiría efectivamente reducir el número de número de personas que tienen padecimientos relacionados con malformaciones genéticas prevenibles, al buscarse la atención expedita de mujeres gestantes a las cuales ya se les detectó que su bebé presenta alguna malformación.

Mientras que las reformas a la Ley General de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes tienen como propósito establecer el derecho a la vida desde la décima tercera semana de gestación particularmente cuando se presente alguna enfermedad congénita y se les asegure prioridad en el ejercicio de todos sus derechos, como es el disfrutar el más alto nivel posible de salud.

Por lo anterior expuesto, me permito someter a esta soberanía el siguiente proyecto de:

Decreto

Artículo Primero. Se reforma la fracción II del artículo 61 y el artículo 64 Bis 1 de la Ley General de Salud, para quedar como sigue:

Artículo 61....

...

I. y I Bis. ...

II. La atención del niño y la vigilancia de su crecimiento, desarrollo integral, incluyendo la promoción de la vacunación oportuna, atención prenatal, así como la prevención y detección de las condiciones y enfermedades hereditarias y congénitas, y en su caso atención **quirúrgica temprana**, la aplicación de la prueba del tamiz ampliado, y su salud visual;

III. a VI. ...

Artículo 64 Bis 1. Los servicios de salud a que hace referencia el artículo 34 de la presente Ley prestarán atención expedita a las mujeres embarazadas que presenten **alguna malformación o enfermedad congénita letal** o una urgencia obstétrica, solicitada de manera directa o a través de la referencia de otra unidad médica, en las unidades con capacidad para su atención, independientemente de su derechohabencia o afiliación a cualquier esquema de aseguramiento.

Artículo Segundo. Se reforman los artículos 14, 17, fracción I, y 50, primer párrafo, y fracciones II y X, todos de la Ley General de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, para quedar como sigue:

Artículo 14. Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a que se les preserve la vida **a partir de la décima tercera semana de gestación particularmente cuando presenten alguna enfermedad congénita, así como el derecho** a la supervivencia y al desarrollo.

Artículo 17. Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a que se les asegure prioridad en el ejercicio de todos sus derechos, especialmente a que:

I. Se les brinde protección y socorro en cualquier circunstancia y con la oportunidad necesaria **a partir de la décima tercera semana de su gestación;**

I. y III. ...

Artículo 50. Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud **a partir de la décima tercera semana de su gestación**, así como a recibir la prestación de servicios de atención médica gratuita y de calidad de conformidad con la legislación aplicable, con el fin de prevenir, proteger y restaurar su salud. Las autoridades federales, de las entidades federativas, municipales y de las demarcaciones territoriales de la Ciudad de México, en el ámbito de sus respectivas competencias, en relación con los derechos de niñas, niños y adolescentes, se coordinarán a fin de:

I. ...

II. Asegurar la prestación de la asistencia médica y sanitaria que sean necesarias **a partir de la décima tercera semana de gestación**, a niñas, niños y adolescentes, haciendo hincapié en la atención primaria

III. a IX. ...

X. Atender de manera especial las enfermedades **congénitas letales a partir de la décima tercera semana de su gestación**, enfermedades respiratorias, renales, gastrointestinales, epidémicas, cáncer, VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual e impulsar programas de prevención e información sobre éstas.

XI. a XVIII. ...

...

...

...

Artículos Transitorios

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

Segundo. Los Congresos locales, en el ámbito de sus respectivas competencias, realizarán las modificaciones legislativas conforme a lo dispuesto en el presente Decreto, dentro de los ciento ochenta días naturales siguientes a su entrada en vigor.

Tercero. El órgano garante de dar vigilancia a la aplicación de la presente ley y sus modificaciones es la Comisión de Salud y la Comisión de Derechos de la Niñez y Adolescencia.

Notas

1 <https://www.nature.com/scitable/topicpage/birth-defects-causes-and-statistics-863>

2 https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=datos-y-estadisticas&alias=711-boletin-informativo-malformaciones-congenitas&Itemid=235

3 “Prevalencia de malformaciones congénitas detectadas al nacimiento en un hospital de segundo nivel en Sinaloa”.

<http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2017/apm176b.pdf>

4 <http://www.ccem.org.mx/statmex/>

5 www.elsevier.es/es-revista-boletin-medico-del-hospital-infantil-401-articulo-malformaciones-congenitas-al-nacimiento-mexico-S1665114616301393

6 <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2018/sp183a.pdf>

7 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1168872/>

8 <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/defunciones.aspx?tema=P>

9 Reporte Final SROI Fundación Kristen, Asociación Civil.

10 *Financial burden for families of children with special health care needs.*

Kuhlthau K, Hill KS, Yucel R, Perrin JM

Matern Child Health J. 2005 Jun; 9(2):207-18.

11

http://www.repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/379/TesDur%C3%A1nEstradaMFamiliaDiscapacidadVivencias_2011.pdf?sequence=1

12 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1802121/>

13

http://www.repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/379/TesDur%C3%A1nEstradaMFamiliaDiscapacidadVivencias_2011.pdf?sequence=1

14 <https://revistas.uchile.cl/index.php/RCSP/article/download/17174/17897/0>

Palacio Legislativo de San Lázaro, 7 de marzo de 2019.

Diputada Ana Paola López Birlain (rúbrica)