

**INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO QUE ADICIONA EL ARTÍCULO 54 BIS A LA LEY GENERAL DE SALUD, EN MATERIA DE ATENCIÓN MÉDICA OPORTUNA, A CARGO DE LA DIPUTADA IRAÍS VIRGINIA REYES DE LA TORRE, INTEGRANTE DEL GRUPO PARLAMENTARIO DE MOVIMIENTO CIUDADANO.**

La suscrita, Iraís Virginia Reyes de la Torre, diputada integrante del Grupo Parlamentario de Movimiento Ciudadano en la LXVI Legislatura de la Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión, con fundamento en lo dispuesto por el artículo 71, fracción II, y 78, párrafo segundo, fracción III, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como en los artículos 116 y 122, numeral 1, de la Ley Orgánica del Congreso General, y 55, fracción II, y 179 del Reglamento para el Gobierno Interior del Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos, someto a consideración de esta Comisión Permanente la presente **Iniciativa con Proyecto de Decreto que adiciona el artículo 54 bis a la Ley General de Salud, en materia de atención médica oportuna**, al tenor de la siguiente:

**EXPOSICIÓN DE MOTIVOS**

**I. Control de convencionalidad y obligaciones internacionales del Estado mexicano**

El Estado mexicano, en su calidad de parte del Sistema Interamericano y del Sistema Universal de Derechos Humanos, está obligado a ejercer control de convencionalidad en el ámbito interno.

Este deber, establecido por la Corte Interamericana de Derechos Humanos desde el caso *Almonacid Arellano vs. Chile*, exige que todas las autoridades, en el marco

de sus competencias, verifiquen la compatibilidad de las normas y prácticas internas con los tratados internacionales de derechos humanos ratificados por México.<sup>1</sup>

La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha reiterado que este control debe ejercerse *ex officio*, incluso sin alegato de parte, como se precisó en *Trabajadores Cesados del Congreso vs. Perú*.<sup>2</sup>

En materia de salud, el parámetro convencional relevante se encuentra en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), que reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.<sup>3</sup>

Su interpretación autorizada, contenida en la Observación General No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, establece que el derecho a la salud comprende los elementos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, e incluye expresamente la obligación de los Estados de garantizar atención médica oportuna, particularmente en situaciones en las que la demora pueda comprometer la vida o la integridad personal.<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos (2006). “Almonacid Arellano y otros vs. Chile”, en *Sentencia, párrafos 134–135*. San José de Costa Rica. 26 de septiembre de 2006. Disponible en: [https://corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_154\\_esp.pdf](https://corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_154_esp.pdf)

<sup>2</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos (2006). “Trabajadores Cesados del Congreso (Aguado Alfaro y otros) vs. Perú”, en *Sentencia, párrafo 106*. San José de Costa Rica. 24 de noviembre de 2006. Disponible en: [https://corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_158\\_esp.pdf](https://corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_158_esp.pdf)

<sup>3</sup> ONU (1966). “Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales”, en *Derechos Humanos de Naciones Unidas. Oficina del Alto Comisionado. Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI)*. Nueva York, EUA. 16 de diciembre de 1966. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>

<sup>4</sup> Carbonell, S. Miguel (2000). “Observación general número 14 (el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud) del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU”, en *Instrumentos jurídicos internacionales en materia de no discriminación, volumen 1. Colección Conapred*. Ed. Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. México 22 de mayo de 2020. p. 216. Disponible en: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/13/6079/19.pdf>

La Corte Interamericana ha desarrollado un estándar robusto sobre la debida diligencia en la prestación de servicios esenciales, señalando que la falta de medidas oportunas, adecuadas y eficaces puede generar responsabilidad internacional del Estado.

En el caso *Furlan y familiares vs. Argentina*, el Tribunal sostuvo que la prestación de servicios públicos vinculados a derechos fundamentales, como la salud, debe realizarse sin dilaciones indebidas y con mecanismos que eviten afectaciones previsibles a la vida o integridad de las personas.<sup>5</sup>

A este estándar se suma lo resuelto en *Ximenes Lopes vs. Brasil*, donde la Corte Interamericana estableció que los servicios de salud forman parte de los servicios públicos esenciales cuya prestación debe realizarse bajo parámetros reforzados de debida diligencia.<sup>6</sup>

El Tribunal determinó que la falta de controles, supervisión y provisión adecuada de servicios médicos puede generar responsabilidad internacional del Estado, incluso cuando la atención sea brindada por instituciones privadas que operan dentro del sistema público de salud.<sup>7</sup>

Esta jurisprudencia confirma que la oportunidad en la atención médica no constituye un criterio administrativo discrecional, sino un componente exigible del derecho a la salud.

---

<sup>5</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos (2012). “Furlan y familiares vs. Argentina”, en *Sentencia, párrafos 134–136*. San José de Costa Rica. 31 de agosto de 2012. Disponible en: [https://corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_246\\_esp.pdf](https://corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_246_esp.pdf)

<sup>6</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos (2006). “Caso Ximenes Lopes vs. Brasil”, en *Sentencia párrafos 128, 135 y 139*. San José de Costa Rica. 4 de Julio de 2006. Disponible en: [https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/Seriec\\_149\\_esp.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/Seriec_149_esp.pdf)

<sup>7</sup> Ídem.

En el ámbito universal, el parámetro convencional relevante se encuentra en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), que reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.<sup>8</sup>

El artículo 2 del mismo instrumento establece que los Estados deben adoptar medidas legislativas, administrativas y de otra índole para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos reconocidos, lo que incluye la obligación de establecer marcos normativos que aseguren la oportunidad real en la prestación de servicios médicos cuando la demora pueda comprometer la vida o la integridad personal.

Su interpretación autorizada, contenida en la Observación General No. 14 del Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, establece que el derecho a la salud comprende los elementos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, e incluye expresamente la obligación de los Estados de garantizar atención médica oportuna, particularmente en situaciones en las que la demora pueda comprometer la vida o la integridad personal.<sup>9</sup>

Desde esta perspectiva, la ausencia de parámetros normativos que garanticen tiempos clínicamente razonables para la atención especializada y la realización de procedimientos quirúrgicos coloca al Estado en una situación de riesgo de incumplimiento de sus obligaciones internacionales. En particular, cuando la demora

---

<sup>8</sup> ONU (1966). Op. Cit.

<sup>9</sup> ONU (2000). “Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General No. 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)”, en *Consejo Económico y Social. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 22° periodo de sesiones*. Ginebra, Suiza. 25 de abril al 12 de mayo de 2000. Tema 3 del Programa. Disponible en: <https://desc.scjn.gob.mx/node/568>

puede traducirse en agravamiento irreversible, pérdida de funcionalidad o riesgo vital, el tiempo se convierte en un elemento estructural del derecho a la salud.

En consecuencia, el desarrollo legislativo de mecanismos que aseguren atención médica dentro de plazos clínicamente adecuados constituye una medida necesaria para cumplir con el control de convencionalidad y con los compromisos internacionales asumidos por el Estado mexicano en materia de derechos humanos.

## **II. Bloque de constitucionalidad y parámetros nacionales de protección**

El marco constitucional mexicano establece un sistema robusto de protección de los derechos humanos que integra, en un mismo plano normativo, tanto las disposiciones constitucionales como los tratados internacionales ratificados por el Estado.

La norma fundamental, reconocida como bloque de constitucionalidad, constituye el parámetro de control para toda actuación legislativa, administrativa y jurisdiccional en materia de derechos fundamentales.

El artículo 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos dispone que todas las autoridades tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos, conforme a los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Cámara de Diputados (2025). “Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos”, en *Leyes Federales Vigentes*. México. Consultado el 2 de marzo de 2026. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>

Este precepto incorpora el principio propersona, que exige interpretar y aplicar las normas de manera que se maximice la protección de los derechos, y prohíbe expresamente cualquier medida regresiva injustificada en su ejercicio.

En materia de salud, el artículo 4º constitucional reconoce que “toda persona tiene derecho a la protección de la salud” y establece que la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios correspondientes.<sup>11</sup>

La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha sostenido que los derechos sociales poseen un contenido esencial que opera como límite infranqueable para el legislador y para las autoridades administrativas.<sup>12</sup>

En materia de derecho a la salud, las prestaciones indispensables para garantizar la dignidad humana no pueden restringirse por razones administrativas, presupuestales o de organización interna.<sup>13</sup>

Este contenido esencial incluye la obligación de asegurar condiciones mínimas de acceso efectivo, lo que abarca la oportunidad en la atención cuando la demora pueda comprometer la vida, la integridad personal o la funcionalidad orgánica.

---

<sup>11</sup> Ídem.

<sup>12</sup> SCJN (2013). “Derecho al mínimo vital. Concepto, alcances e interpretación por el juzgador”, en *Gaceta del Semanario Judicial de la Federación Libro XVII, Tomo 2* página 1345. Tesis Aislada. Tribunales Colegiados de Circuito. Décima época. México, febrero de 2013. Disponible en: <https://sjf2.scjn.gob.mx/detalle/tesis/2002743>

<sup>13</sup> SCJN (2023). “Derecho humano a la salud. Ante enfermedades que implican el suministro de medicamentos de forma periódica, el Estado tiene un deber de diligencia que deberá potencializarse con un carácter reforzado”, en *Gaceta del Semanario Judicial de la Federación Tomo II página 1815. Jurisprudencia. Primera Sala. Undécima época*. México. 30 de octubre de 2023. Disponible en: <https://sjf2.scjn.gob.mx/detalle/tesis/2027440>

Este mandato impone al legislador la obligación de desarrollar normativamente los elementos esenciales del derecho, incluyendo aquellos que garanticen su efectividad material, como la oportunidad en la prestación de servicios médicos.

La Ley General de Salud, como ley reglamentaria del artículo 4º, desarrolla el contenido del derecho y establece en su artículo 51 que los usuarios tienen derecho a recibir servicios “oportunos y de calidad idónea, profesional y éticamente responsables”.<sup>14</sup>

La ausencia de parámetros normativos sobre tiempos máximos de atención vulnera este estándar constitucional, al dejar en incertidumbre la protección efectiva y genera un vacío normativo que afecta la exigibilidad del derecho.

La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha sostenido que el derecho a la salud es un derecho fundamental de naturaleza prestacional que impone obligaciones positivas al Estado.

En la tesis aislada “Derecho a la protección de la salud. Su naturaleza como derecho fundamental y sus alcances”, el Alto Tribunal precisó que su efectividad no puede quedar sujeta a criterios administrativos discrecionales cuando se encuentren en riesgo derechos fundamentales como la vida o la integridad personal.<sup>15</sup>

### **III. Distribución constitucional de competencias y respeto al federalismo sanitario**

---

<sup>14</sup> Cámara de Diputados (2025). “Artículo 51 de la Ley General de Salud”, en *Leyes Federales Vigentes*. México. Consultado el 2 de marzo de 2026. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>

<sup>15</sup> Suprema Corte de Justicia de la Nación (2019). “Tesis. Derecho a la protección de la salud, dimensiones individual y social”, en *Semanario Judicial de la Federación. Registro digital 2019358. Primera Sala Tesis 1ª./J.8/2019(10ª.)*, Libro 63, Tomo I, página 386. México, febrero de 2019. Disponible en: <https://sjf2.scjn.gob.mx/detalle/tesis/201935continuos>

El diseño constitucional mexicano en materia de salud se estructura bajo un modelo de concurrencia, en el que la Federación, las entidades federativas y los municipios participan en la prestación de servicios y en la ejecución de acciones de salubridad, cada uno dentro del ámbito de sus atribuciones.

Este modelo, previsto en los artículos 4º, 73 y 115 de la Constitución, exige que cualquier reforma legal respete la autonomía de los órdenes de gobierno y se limite a establecer bases generales, sin invadir la organización interna de los sistemas locales de salud.<sup>16</sup>

El artículo 73, fracción XVI, otorga al Congreso de la Unión la facultad de legislar en materia de salubridad general, lo que incluye la posibilidad de expedir leyes que establezcan los principios rectores, bases de coordinación y parámetros mínimos para la prestación de servicios de salud en todo el territorio nacional.

Esta facultad no implica la centralización de la prestación de servicios, sino la definición de un marco normativo uniforme que permita garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la salud en condiciones de igualdad.

Por su parte, el artículo 4º constitucional reconoce el derecho a la protección de la salud y ordena que la ley defina las bases y modalidades para el acceso a los servicios correspondientes.

La Ley General de Salud cumple esta función al establecer los lineamientos generales del Sistema Nacional de Salud, sin sustituir las competencias operativas de los estados ni de los municipios.

---

<sup>16</sup> Cámara de Diputados (2025). “Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos”. Op. Cit.

En este sentido, la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha sostenido que la Ley General de Salud es un ordenamiento que fija las bases de concurrencia y coordinación en materia de salubridad general, es decir, es una ley general de bases que fija directrices generales y deja a las entidades federativas la implementación operativa conforme a su propia organización institucional.<sup>17</sup>

El artículo 115 constitucional reconoce que los municipios participan en acciones de salubridad general en coordinación con los gobiernos estatales y la Federación, particularmente en materia de prevención, control sanitario y servicios básicos; la iniciativa respeta plenamente este ámbito competencial, no asigna nuevas obligaciones directas a los municipios ni modifica su régimen de atribuciones.

La propuesta legislativa plantea reformar la Ley General de Salud y en tal sentido se inscribe dentro de este marco constitucional, ya que establece parámetros mínimos nacionales sobre oportunidad en la atención médica en casos clínicamente urgentes, no interfiere en la organización interna de los servicios estatales ni municipales.

No altera la distribución de competencias ni la rectoría sanitaria de las entidades federativas, opera como mecanismo de coordinación y garantía, no de sustitución de capacidades legales, respeta la autonomía presupuestaria, administrativa de las entidades federativas y prevé celebración de convenios privados de acuerdo con la disponibilidad presupuestaria.

---

<sup>17</sup> Suprema Corte de Justicia de la Nación (2018). “Acción de inconstitucionalidad 15/2017 y sus acumulados 16/2017, 18/2017 y 19/2017”, en *Tribunal Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación. Diario Oficial de la Federación*. México. 29 de junio de 2018. Disponible en: [https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/proyectos\\_resolucion\\_scnj/documento/2018-08/Acci%C3%B3n%20de%20inconstitucionalidad%2015.2017%20y%20sus%20acumuladas%20DEFINITIVA.pdf](https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/proyectos_resolucion_scnj/documento/2018-08/Acci%C3%B3n%20de%20inconstitucionalidad%2015.2017%20y%20sus%20acumuladas%20DEFINITIVA.pdf)

En consecuencia, la propuesta de reforma fortalece la protección del derecho a la salud sin generar antinomias ni invadir competencias locales; se limita a establecer estándares nacionales indispensables para garantizar la oportunidad en la atención médica, en armonía con el federalismo sanitario y con el principio constitucional de concurrencia.

#### **IV. Problemática actual del sistema público de salud en materia de oportunidad**

En México, uno de los principales desafíos estructurales del sistema público de salud es la insuficiencia en la capacidad operativa para atender de manera oportuna consultas de especialidad y procedimientos quirúrgicos programados.

Diversas instituciones públicas han documentado que la demanda creciente de servicios, combinada con limitaciones de infraestructura, disponibilidad de personal y capacidad instalada, ha generado demoras incompatibles con los tiempos clínicamente adecuados para múltiples padecimientos.

De acuerdo con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval), las personas sin seguridad social experimentaron tiempos prolongados de espera para acceder a los servicios de salud especializada.<sup>18</sup>

Derivado de lo anterior, el 36.24% de la población sin seguridad social esperó treinta días y hasta cuatro meses para acceder a una especialidad, por lo que corresponde

---

<sup>18</sup> Soto, Dulce (2023). "El 36% de pacientes sin seguridad social esperó un mes o más por una consulta", en *Expansión Política*. México. 25 de julio de 2023. Disponible en: <https://politica.expansion.mx/mexico/2023/07/25/el-36-de-pacientes-espero-un-mes-o-mas-por-una-consulta-de-especialidad-en-2022>

a los “estudios de laboratorio y gabinete las personas esperan hasta tres días para su realización”.<sup>19</sup>

Estas demoras se intensifican en patologías cardiovasculares, oncológicas, metabólicas y quirúrgicas, donde el factor tiempo constituye un elemento determinante del pronóstico clínico.

Para 2022, el Coneval informó que la población con carencia de acceso a los servicios de salud pasó de 20.1 millones a 50.4 millones, es decir, el 39% de la población estuvo excluida de los servicios de salud.<sup>20</sup>

Este crecimiento representa más del doble en un periodo de cuatro años y constituye uno de los retrocesos más significativos en materia de derechos sociales desde que existe medición multidimensional de la pobreza.

El deterioro en el acceso a servicios de salud ocurre a pesar de que la pobreza multidimensional disminuyó de 41.9% a 36.3% entre 2018 y 2022, lo que revela que la mejora en ingresos no se ha traducido en acceso efectivo a derechos sociales esenciales.<sup>21</sup>

Asimismo, diversos análisis institucionales han documentado que el Instituto Mexicano del Seguro Social enfrentó un incremento significativo en los diferimientos de cirugías programadas durante y después de la contingencia sanitaria provocada por COVID-19.

---

<sup>19</sup> Ídem.

<sup>20</sup> Ruiz, Yalina (2024). “Se duplica rezago en servicios de salud en México: Coneval”, en *diario El Universal*. México. 8 de julio de 2024. Disponible en: <https://www.eluniversal.com.mx/nacion/se-duplica-rezago-en-servicios-de-salud-en-mexico-coneval/>

<sup>21</sup> Ídem.

Un estudio elaborado por personal médico del propio Instituto y publicado en la Revista Mexicana de Anestesiología en 2023 identificó que 47.49% de los diferimientos quirúrgicos se debieron a causas logístico-administrativas, entre ellas la saturación hospitalaria, las reprogramaciones operativas y las limitaciones de capacidad instalada, lo que generó una acumulación de procedimientos pendientes y afectó la oportunidad en la atención quirúrgica.<sup>22</sup>

Por su parte, el Coneval ha señalado que el acceso efectivo a los servicios de salud no se limita a la afiliación institucional, sino a la posibilidad real de recibir atención oportuna y en tiempos clínicamente adecuados, especialmente en padecimientos que requieren intervención especializada, conforme a la Evaluación Estratégica de Salud (2022).<sup>23</sup>

La demora en la atención médica especializada puede traducirse en complicaciones evitables, progresión de enfermedades y, en casos graves, en afectaciones irreversibles a la salud o riesgo vital. En patologías cardiovasculares, oncológicas, metabólicas o quirúrgicas, el factor tiempo constituye un elemento determinante en el pronóstico clínico.

El reto para lograr el acceso efectivo [a la salud] persiste en México y requiere la construcción de un sistema de salud que considere, tanto en el diseño como en la implementación, financiamiento y coordinación, la universalidad en la atención a la salud a la persona

---

<sup>22</sup> León, Víctor; Santiago, Janaí, y Arrieta, Bertha (2023). "Análisis retrospectivo del diferimiento quirúrgico a un año de la pandemia COVID 19", en *Revista Mexicana de Anestesiología*, Vol 46. No. 2. pp. 87-92. México. Abril-junio de 2023. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2023/cma232b.pdf>

<sup>23</sup> CONEVAL (2022). *Evaluación estratégica de Salud. Primer Informe*. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Primera edición. México, septiembre de 2022. Disponible en: [https://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/Documents/Evaluacion\\_salud\\_web.pdf](https://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/Documents/Evaluacion_salud_web.pdf)

y a la comunidad, en concordancia con los principios de inclusión, equidad, calidad y perspectiva de género, como ejes principales.<sup>24</sup>

Si bien el sistema jurídico reconoce el derecho a recibir atención oportuna, en la práctica no existen mecanismos normativos que establezcan plazos máximos exigibles, ni esquemas de responsabilidad institucional cuando la atención no puede brindarse dentro de tiempos razonables desde el punto de vista médico.

Esta ausencia de parámetros objetivos genera discrecionalidad administrativa y deja a los pacientes en una situación de incertidumbre frente a padecimientos cuya evolución no admite dilaciones prolongadas.

La combinación de estos factores (demanda creciente, rezagos acumulados, saturación hospitalaria y ausencia de parámetros normativos sobre tiempos máximos de atención) coloca a miles de pacientes en una situación de vulnerabilidad, especialmente cuando la demora puede traducirse en pérdida de oportunidades terapéuticas, afectaciones irreversibles a la funcionalidad orgánica o riesgo vital.

En consecuencia, el rezago en consultas especializadas y cirugías programadas representa un problema estructural que afecta la efectividad del derecho a la salud, particularmente en aquellos casos donde la demora compromete la vida, la función orgánica o implica riesgo de agravamiento irreversible.

Finalmente, la falta de mecanismos legales que garanticen atención dentro de plazos clínicamente adecuados genera incertidumbre jurídica y limita la exigibilidad del derecho a la protección de la salud.

---

<sup>24</sup> Ídem. p. 84.

## **V. Justificación de la reforma**

La presente iniciativa responde a la necesidad de transformar el reconocimiento formal del derecho a la protección de la salud en una garantía materialmente exigible cuando la demora en la atención médica compromete bienes jurídicos fundamentales como la vida, la integridad personal y la funcionalidad orgánica.

Si bien el orden jurídico mexicano reconoce el derecho a recibir atención médica oportuna, la ausencia de plazos máximos definidos genera un margen amplio de discrecionalidad administrativa que puede traducirse en demoras incompatibles con la naturaleza clínica de determinados padecimientos.

En enfermedades cuya evolución depende críticamente del tiempo de intervención, como patologías cardiovasculares, oncológicas, metabólicas o quirúrgicas, la espera prolongada puede producir daños irreversibles.

Por ello, esta propuesta de reforma se encuentra encaminada a establecer parámetros objetivos de actuación institucional, determinando plazos máximos para consulta especializada y cirugía programada cuando exista dictamen médico que acredite riesgo para la vida, afectación funcional o agravamiento irreversible, no se crea un derecho nuevo, sino que se desarrolla legislativamente el contenido esencial del derecho ya reconocido constitucionalmente.

La iniciativa incorpora un mecanismo de canalización mediante convenios previamente celebrados con establecimientos privados de salud, únicamente cuando las instituciones públicas no puedan garantizar la prestación del servicio dentro de los plazos establecidos.

Este esquema no implica privatización del servicio público ni libre elección individual, sino una modalidad de cumplimiento subsidiario orientada a asegurar la continuidad del tratamiento bajo control institucional.

Desde el principio de proporcionalidad, la medida resulta adecuada porque establece una respuesta normativa directa frente a la demora en la atención, necesaria, ya que no existe un mecanismo alternativo que garantice tiempos máximos exigibles, y razonable porque es proporcional al limitar su aplicación a supuestos de riesgo clínicamente acreditado.

Además, la reforma se inscribe dentro del principio de progresividad en materia de derechos humanos, fortaleciendo la efectividad del derecho a la salud sin generar regresión en las condiciones existentes.

El establecimiento de plazos máximos claros aporta certeza jurídica tanto a los pacientes como a las instituciones, contribuyendo a la planeación sanitaria y a la mejora de los estándares de calidad en la prestación de servicios.

En ese sentido, la iniciativa busca equilibrar la viabilidad operativa del sistema público de salud con la obligación estatal de evitar que la dilación administrativa se traduzca en deterioro clínico o pérdida de oportunidades terapéuticas para las personas, a fin de garantizar un nivel mínimo de protección en situaciones de urgencia clínica.

De conformidad con el Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2026, las instituciones públicas del sector salud cuentan con recursos

asignados en diversas partidas del Capítulo 3000, que permiten la contratación de servicios médicos con terceros.<sup>25</sup>

Estas partidas constituyen el mecanismo presupuestario mediante el cual se financian los convenios con establecimientos privados para la prestación subsidiaria de servicios de salud e históricamente han oscilado entre dieciocho y veintidós mil millones de pesos anuales, permiten la celebración de convenios con establecimientos privados para la prestación subsidiaria de servicios de salud sin que ello implique la creación de nuevas obligaciones de gasto.

En consecuencia, la canalización prevista en esta iniciativa se inserta dentro de un esquema presupuestario ya existente y plenamente reconocido por el marco jurídico vigente.

La propuesta legislativa no genera impacto presupuestario adicional, pues la canalización a establecimientos privados opera exclusivamente dentro de los recursos autorizados en el Presupuesto de Egresos de la Federación y en los presupuestos locales correspondientes.

Tampoco crea nuevas obligaciones financieras, no amplía la cobertura de subrogación ni establece un régimen de libre elección; simplemente ordena que, en casos clínicamente urgentes y cuando la institución pública no pueda prestar el servicio dentro de los plazos establecidos, se utilicen los convenios ya existentes y los recursos previamente aprobados para garantizar la continuidad del tratamiento.

---

<sup>25</sup> Gobierno de México (2025). “Tomos V y VI del Paquete Económico para el Ejercicio Fiscal 2026”, en la *Secretaría de Hacienda y Crédito Público*. México. 21 de noviembre de 2025. Disponible en: <https://www.ppef.hacienda.gob.mx/es/PPEF2026/tomos>

De esta manera, la reforma respeta plenamente el artículo 74 constitucional y la distribución de competencias en materia presupuestaria.

## **VI. Contenido y objeto de la iniciativa**

La presente iniciativa tiene por objeto adicionar un artículo 54 Bis a la Ley General de Salud, a fin de establecer la Garantía de Atención Médica Oportuna dentro del Sistema Nacional de Salud, mediante la fijación de plazos máximos para la prestación de consulta especializada y cirugía programada en casos que impliquen riesgo clínico relevante.

Este nuevo precepto no sustituye los lineamientos técnicos de las instituciones del Sistema Nacional de Salud, sino que fija un piso normativo común que garantice la protección efectiva del derecho a la salud en situaciones de urgencia clínica.

El artículo propuesto establece la obligación de que las instituciones públicas de salud garanticen la atención médica dentro de tiempos clínicamente adecuados, definidos conforme a la evidencia científica, guías de práctica clínica y protocolos institucionales.

Asimismo, mandata que los establecimientos cuenten con mecanismos de priorización, referencia y contrarreferencia, así como con procedimientos para la identificación temprana de casos urgentes, evitando diferimientos injustificados que puedan comprometer el pronóstico del paciente.

La disposición también prevé que las instituciones deberán adoptar medidas administrativas y operativas para asegurar el cumplimiento de estos tiempos, sin generar cargas desproporcionadas ni alterar la distribución de competencias entre federación y entidades federativas.

En caso de que la institución pública no pueda proporcionar el servicio dentro de los plazos establecidos por causas debidamente justificadas relacionadas con capacidad instalada, saturación hospitalaria o disponibilidad operativa, deberá canalizar al paciente, sin costo alguno, a establecimientos privados de salud con los que existan convenios previamente celebrados, asegurando la continuidad, calidad y supervisión del tratamiento.

La canalización se realizará bajo control institucional, conforme a lineamientos que emita la autoridad sanitaria competente, sin que implique libre elección irrestricta por parte del usuario ni erogaciones directas al paciente.

La reforma se articula con el marco constitucional al fortalecer la exigibilidad del derecho a la protección de la salud, al tiempo que respeta la rectoría federal y la operación descentralizada de los servicios.

Su diseño normativo es compatible con los principios de progresividad, máxima protección y corresponsabilidad institucional, y permite que cada institución adapte los tiempos clínicos a la naturaleza de sus servicios, su capacidad instalada y sus protocolos médicos.

De esta manera, el artículo 54 Bis se convierte en un instrumento jurídico que cierra el vacío normativo en materia de oportunidad, armoniza la práctica clínica con el derecho positivo y contribuye a reducir los rezagos documentados en la atención especializada y quirúrgica.

## **VII. Impacto esperado de la reforma**

La incorporación del artículo 54 Bis a la Ley General de Salud generará impactos positivos en distintos niveles del Sistema Nacional de Salud, al establecer un estándar mínimo de oportunidad en la atención médica que permita reducir los rezagos documentados en intervenciones especializadas y procedimientos quirúrgicos.

En principio, la reforma fortalecerá la exigibilidad del derecho a la protección de la salud, pues, dota de contenido normativo a la dimensión de oportunidad, tradicionalmente relegada a lineamientos administrativos o protocolos internos sin fuerza jurídica.

Con ello, las personas usuarias contarán con un marco legal que respalde su derecho a recibir atención dentro de tiempos clínicamente adecuados, lo que incrementa la certeza jurídica y reduce la discrecionalidad institucional.

Además, incentivará la mejora de procesos internos en las instituciones públicas de salud, al requerir mecanismos de identificación temprana de casos urgentes, priorización clínica y referencia oportuna.

La obligación de garantizar tiempos clínicos adecuados promoverá la adopción de herramientas de gestión hospitalaria, optimización de quirófanos, fortalecimiento de la capacidad instalada y reducción de diferimientos injustificados.

Estos ajustes no implican cargas administrativas desproporcionadas, sino la alineación de prácticas operativas con estándares clínicos ya reconocidos en guías de práctica y protocolos institucionales.

Esta reforma contribuirá a disminuir los costos sociales y económicos asociados a la atención tardía, tales como complicaciones evitables, pérdida de funcionalidad,

incremento en la gravedad de los padecimientos y mayor demanda de servicios de alta especialidad.

La atención oportuna reduce la mortalidad evitable, mejora los resultados en salud y disminuye la presión sobre los servicios hospitalarios, lo que genera beneficios tanto para las instituciones como para las personas usuarias.

Asimismo, favorece la equidad, al establecer un piso mínimo de protección que beneficia especialmente a quienes dependen exclusivamente de los servicios públicos de salud.

Finalmente, fortalece la coherencia del marco jurídico nacional con los estándares internacionales en materia de derecho a la salud, que reconocen la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad como elementos esenciales, incluyendo la oportunidad en la atención.

Al establecer tiempos clínicamente adecuados como obligación legal, México avanza hacia un modelo de salud más preventivo, centrado en la persona y orientado a resultados, en congruencia con los principios de progresividad y máxima protección.

Derivado de lo anteriormente expuesto y para su mejor comprensión, a continuación, presentamos gráficamente el contenido de la iniciativa en el siguiente cuadro comparativo:

<b>LEY GENERAL DE SALUD</b>	
<b>TEXTO VIGENTE</b>	<b>TEXTO PROPUESTO</b>
<b>SIN CORRELATIVO</b>	<p><b>Artículo 54 Bis. Cuando exista dictamen médico emitido por profesional de la salud legalmente autorizado, debidamente integrado en el expediente clínico, que acredite riesgo para la vida del paciente, afectación a la función orgánica o posibilidad de agravamiento irreversible del padecimiento, las instituciones públicas que integran el Sistema Nacional de Salud deberán garantizar:</b></p> <p><b>I. La prestación de consulta médica especializada en un plazo máximo de quince días naturales; y</b></p> <p><b>II. La realización de cirugía programada en un plazo máximo de treinta días naturales.</b></p> <p><b>Los plazos previstos en el presente artículo comenzarán a computarse a partir de la fecha de emisión del dictamen médico correspondiente.</b></p> <p><b>En caso de que la institución pública no pueda proporcionar el servicio dentro de los plazos establecidos por causas debidamente justificadas relacionadas con capacidad instalada, saturación hospitalaria o disponibilidad operativa, deberá canalizar al paciente, sin costo alguno, a establecimientos privados de salud con los que existan convenios previamente celebrados por las autoridades sanitarias competentes, asegurando la continuidad, calidad y supervisión del tratamiento. La canalización no</b></p>

<b>LEY GENERAL DE SALUD</b>	
<b>TEXTO VIGENTE</b>	<b>TEXTO PROPUESTO</b>
	<p>generará obligaciones adicionales a las previstas en el presupuesto autorizado para las instituciones públicas de salud.</p> <p>La canalización se realizará bajo control institucional y conforme a los lineamientos que emita la Secretaría de Salud, sin que implique libre elección irrestricta por parte del usuario ni erogaciones directas al paciente.</p> <p>La aplicación del presente artículo se limitará a los supuestos clínicamente acreditados previstos en el primer párrafo y operará como mecanismo subsidiario para garantizar la efectividad del derecho a la protección de la salud.</p>

Por todo lo anteriormente expuesto, someto a la consideración de esta Soberanía la siguiente iniciativa con proyecto de:

### **DECRETO**

**POR EL QUE SE ADICIONA EL ARTÍCULO 54 BIS A LA LEY GENERAL DE SALUD, EN MATERIA DE ATENCIÓN MÉDICA OPORTUNA**

**ÚNICO.** Se **adiciona** un artículo 54 Bis a la Ley General de Salud, para quedar como sigue:

**Artículo 54 Bis. Cuando exista dictamen médico emitido por profesional de la salud legalmente autorizado, debidamente integrado en el expediente clínico, que acredite riesgo para la vida del paciente, afectación a la función orgánica o posibilidad de agravamiento irreversible del padecimiento, las instituciones públicas que integran el Sistema Nacional de Salud deberán garantizar:**

- I. La prestación de consulta médica especializada en un plazo máximo de quince días naturales; y**
- II. La realización de cirugía programada en un plazo máximo de treinta días naturales.**

**Los plazos previstos en el presente artículo comenzarán a computarse a partir de la fecha de emisión del dictamen médico correspondiente.**

**En caso de que la institución pública no pueda proporcionar el servicio dentro de los plazos establecidos por causas debidamente justificadas relacionadas con capacidad instalada, saturación hospitalaria o disponibilidad operativa, deberá canalizar al paciente, sin costo alguno, a establecimientos privados de salud con los que existan convenios previamente celebrados por las autoridades sanitarias competentes, asegurando la continuidad, calidad y supervisión del tratamiento. La canalización no generará obligaciones adicionales a las previstas en el presupuesto autorizado para las instituciones públicas de salud.**

**La canalización se realizará bajo control institucional y conforme a los lineamientos que emita la Secretaría de Salud, sin que implique libre elección irrestricta por parte del usuario ni erogaciones directas al paciente.**

La aplicación del presente artículo se limitará a los supuestos clínicamente acreditados previstos en el primer párrafo y operará como mecanismo subsidiario para garantizar la efectividad del derecho a la protección de la salud.

## TRANSITORIOS

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

**SEGUNDO.** La Secretaría de Salud deberá emitir los lineamientos a que se refiere el presente Decreto dentro de los noventa días naturales siguientes a su entrada en vigor.

**TERCERO.** Las autoridades sanitarias competentes deberán celebrar o, en su caso, adecuar los convenios con establecimientos privados de salud dentro de los ciento ochenta días naturales siguientes a la entrada en vigor del presente Decreto, sin generar obligaciones adicionales a las autorizadas en el Presupuesto de Egresos de la Federación o en los presupuestos locales correspondientes.

## SUSCRIBE



Diputada Iraís Virginia Reyes de la Torre  
Grupo Parlamentario de Movimiento Ciudadano

Comisión Permanente del H. Congreso de la Unión, 21 de mayo de 2026.