



DECRETO # 444

H. LEGISLATURA
DEL ESTADO

LA HONORABLE SEXAGÉSIMA CUARTA LEGISLATURA DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE ZACATECAS, EN NOMBRE DEL PUEBLO, DECRETA

PRIMERO. En sesión ordinaria del Pleno correspondiente al 7 de marzo del año 2023, se dio lectura a la iniciativa con proyecto de decreto que reforman y adicionan diversos artículos de la Ley de Salud del Estado, presentada por el diputado Jehú Edui Salas Dávila integrante de esta Soberanía Popular.

Por acuerdo de la Mesa Directiva, mediante memorándum número 912, de la misma fecha, la iniciativa fue turnada a la Comisión de Salud, para su análisis y la emisión del dictamen correspondiente.

SEGUNDO. El diputado iniciante sustentó su propuesta en la siguiente:

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, **la salud** y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la **asistencia médica** y los **servicios sociales necesarios**¹; de ahí que, una de las obligaciones prioritarias de los Estados es la prestación de servicios orientados a la **protección de la salud**.

¹ Artículo 25, Declaración Universal de los Derechos Humanos.



La *salud* es un estado completo de bienestar físico, mental y social de las personas; no es solamente la ausencia de afecciones o enfermedades²; es un derecho humano fundamental para el ejercicio de todos los demás derechos humanos,³ ya que se vincula directamente con la dignidad y el desarrollo humano, la igualdad de oportunidades, el bienestar, el crecimiento económico y social de los países, y la conformación de una verdadera democracia.

El **derecho a la salud es un bien público**, así lo reconoce el Protocolo de San Salvador, lo que significa que, las autoridades están comprometidas a adoptar todas las medidas necesarias tendientes a garantizar ese derecho pues está profundamente relacionada con la dignidad humana, y para que sea realmente efectiva se requiere de la configuración de elementos esenciales, como lo son los siguientes:⁴

- **Disponibilidad.** Se debe contar con el número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud; entre ellos, clínicas, personal médico, profesional y auxiliares capacitados y bien remunerados.
- **Accesibilidad.** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben estar accesibles, geográfica y económicamente; pero también con información accesible para todas las personas.
- **Aceptabilidad.** Todos los establecimientos, bienes y servicios de la salud deben ser respetuosos de la ética médica y de la cultura de las personas, sensibles al género, la edad y el origen.

En otras palabras, el trabajo de las autoridades competentes no debe limitarse a la atención de las enfermedades y al suministro de medicamentos, sino que debe dirigirse a la ejecución de medidas integrales encaminadas a contar con una infraestructura hospitalaria, personal adecuado, medidas preventivas e informativas para evitar enfermedades; a impulsar la profesionalización del personal y considerar todo el territorio y la distribución poblacional para la generación

² Documento de Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York, firmada el 22 de julio de 1946. Definición que se replica en el artículo 1o Bis de la Ley General de Salud.

³ Artículo 25, párrafo 1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos.

⁴ Observación general N° 14, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, emitida en año 2000.



de planes y estrategias generalizados que garanticen la protección de la salud a todas las personas, sin distinción alguna.⁵

El principal sujeto político responsable, por tanto, **son las autoridades**; particularmente, el gobierno federal en concurrencia con los gobiernos de las entidades federativas y la coordinación con los municipios, bajo los términos y distribución de competencias establecidos en la Ley General de Salud.

No obstante, **el Estado mexicano se ha visto rebasado en su capacidad institucional para garantizar el derecho humano a la salud**, por lo que, en la configuración legal en la materia, se establece la posibilidad de que tanto el sector social como el privado participen en la prestación de servicios de salud.

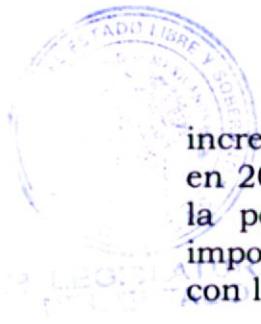
La participación social, en particular, tiene una importante labor reconocida en los programas, planes y estrategias que los gobiernos implementan, y en los cada vez más se ha visto la tendencia a incluir a las comunidades y a las familias en las tareas que le competen al Estado, como lo es la prevención de enfermedades; la promoción de la salud; el seguimiento de enfermedades; identificación de necesidades médicas y de medicamentos, e incluso en la atención de enfermedades y urgencias médicas.

Esto para mitigar la situación en la que se encuentran un gran número de habitantes mexicanos, de falta de acceso al derecho a la salud. Según un estudio realizado por Rafael Lozano, denominado “*El derecho al servicio médico en México; aún lejos de la meta*”, publicado en octubre de 2021⁶, en México hay dos modalidades para determinar el número de personas que están afiliadas o no a los servicios de salud: 1) los registros administrativos de las instituciones prestadoras de servicios de salud, 2) las encuestas o censos de hogares que incluyen preguntas sobre el tópico en cuestión.

En esa publicación se observa que en la última década del siglo XX, alrededor del 40% de la población dijo contar con acceso a servicios médicos; y que desde 2005 ocurrió un

⁵ ESLAVA PÉREZ, Ismael. Cinco retos para el Sistema Nacional de Salud Pública en México, 2021.

⁶ <https://datos.nexos.com.mx/el-derecho-al-servicio-medico-en-mexico-aun-lejos-de-la-meta/>



incremento continuo considerable cada año, por ejemplo en 2016 y 2018 la cobertura ascendió al 84% del total de la población; pero ya en 2020 se registró una caída importante, pues más del 30% de la población no contaba con los servicios referidos.

Ante esta problemática, el Gobierno Federal emitió el **Programa Sectorial de Salud 2020-2024** de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, publicado en el Diario Oficial de la Federación, el cual reconoce la necesidad de ampliar la cobertura de los servicios de salud a toda la población, **incorporando en mayor medida la participación comunitaria.**

El Programa señala que la participación de promotores y promotoras voluntarias de la salud es primordial en las localidades en las que no hay unidades de salud, y que *“Para cubrir este universo se requerirán de aproximadamente 16 mil promotores en todo el territorio nacional especialmente en los estados de alta y muy alta marginación y presencia importante de los pueblos indígenas”.*

Es así que, el Gobierno federal reconoce que la estructura institucional se ve fuertemente fortalecido con la participación comunitaria, lo que no es una novedad, pues desde el origen de la Ley General de Salud se **incorporó a la comunidad como un pilar fundamental en el mejoramiento del nivel de salud de la población.**

Desde el decreto que da vida a la Ley General de Salud, el cual fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984, a la fecha, tenemos que:

“Artículo 57.- La *participación de la comunidad* en los programas de protección de la salud y en la prestación de los servicios respectivos, *tiene por objeto fortalecer la estructura y funcionamiento de los sistemas de salud e incrementar el mejoramiento del nivel de salud de la población.*”

De ahí que, la participación comunitaria tiene tareas importantes asignadas en el sistema de salud actual: promoción de buenos hábitos; prevención o tratamiento de enfermedades; tareas de atención médica y asistencia social; identificación de las necesidades para mejorar los



servicios de salud; generación de datos, auxilio y reporte de urgencias médicas, vigilancia en el uso de medicamentos y seguimiento a los tratamientos.

Son pues, el componente central de la administración eficaz de la salud poblacional, ya que ayudan a garantizar que los servicios se adapten adecuadamente a las necesidades y valores de la población. Es decir, realizan tareas que además de ser competencia de las autoridades correspondientes, constituyen una prestación de servicio de salud, sin que ello conlleve el reconocimiento de sus labores de manera económica, sino que son consideradas por la ley como personas voluntarias en el auxilio de actividades médicas.

No obstante que el *Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar* vigente⁷, de la Secretaría de Salud, **la participación comunitaria es parte de la organización y estructura de los servicios de salud**. Esta estrategia, plantea como primer contacto de atención médica y como corresponsables de los servicios de salud, a la comunidad, pues incluso definen metas de capacitación para ésta, con el objeto de “**trabajar en salud**”.

Es decir, desde una visión superficial pareciera que podemos celebrar la participación de la comunidad en la obligación del Estado de brindar servicios de salud a toda la población, pues es incluyente desde el punto de vista participativo.

Sin embargo, al estar reconocida la **participación** como **voluntaria** a la fecha no existe seguridad jurídica para el gran número de personas que coadyuvan con los gobiernos a brindar servicios de salud, para tener mayor luz al respecto, veamos lo dispuesto en el artículo 29 de la Ley de Salud del Estado de Zacatecas:

“ARTÍCULO 29

La comunidad podrá participar en los servicios de salud de los sectores público, social y privado, a través de las siguientes acciones:

I. Promover hábitos de conducta que contribuyan a proteger

⁷ Publicado en el Diario Oficial de la Federación en fecha 25 de octubre de 2022.



H. LEGISLATIVA
DEL ESTADO

o a solucionar problemas de salud, mediante su intervención en programas de prevención de enfermedades, accidentes y violencia familiar;

II. Colaborar en la prevención o tratamiento de problemas ambientales vinculados a la salud;

III. Incorporación, como auxiliares voluntarios, en la realización de tareas simples de atención médica y asistencia social, bajo la dirección y control de las autoridades correspondientes;

IV. Notificación de la existencia de personas que requieran de servicios de salud, cuando éstas se encuentren impedidas de solicitar auxilio por sí mismas;

V. Formulación de sugerencias para mejorar los servicios de salud;

VI. Información a las autoridades sanitarias acerca de efectos secundarios y reacciones adversas por el uso de medicamentos y otros insumos para la salud o por el uso, desvío o disposición final de sustancias tóxicas o peligrosas y sus desechos, y

VII. Hacer aportaciones en dinero o en especie a las instituciones prestadoras de los servicios de salud.”

Ante esa configuración legal, las tareas asignadas a las y los voluntarios comunitarios no son retribuidas o reconocidas económicamente, o al menos no de forma certera, pues se reitera que es una labor voluntaria. No obstante que suplen en las localidades más alejadas y en las que no se brindan servicios de salud, las funciones que le corresponde al Estado.

Esa situación debe analizarse y atenderse desde un punto de vista amplio, pues si bien por un lado es positiva la participación social en las decisiones del Estado, por el otro, tiene efectos negativos que recaen principalmente en las mujeres.

Se afirma lo anterior, ya que, de acuerdo a los propios datos de la Secretaría de Salud del estado de Zacatecas, **actualmente hay 632 auxiliares voluntarias de la salud** y solo 1 persona de género masculino. Es decir, que del



universo de voluntarias y voluntarios registrados, el .1% son hombres y el resto mujeres.

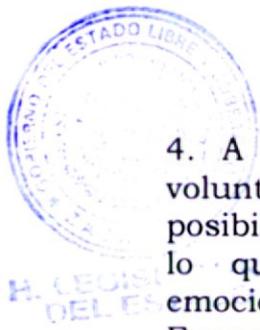
Esto se encuentra relacionado con el reconocimiento institucionalizado de las características o virtudes socialmente dotadas a las mujeres, en las se les considera como más aptas para el cuidado de las personas, e incluso como una tarea con la que deben cumplir como una obligación.

Por ejemplo, en 1978 se hizo una afirmación pública en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata: ***“En casi todas las sociedades las mujeres desempeñan una función importante en el fomento de la salud, sobre todo por la posición central que ocupan en la familia, lo cual indica que pueden hacer una importante contribución a la atención primaria de salud, en especial para aplicar medidas preventivas”***.

Esa conclusión fue fuertemente criticada por la Organización Panamericana de la Salud, a través de su estudio reciente sobre el trabajo no remunerado del cuidado de la salud desde una mirada de género, en el que se aborda particularmente el caso de México.⁸ Analiza la conformación de los sistemas de salud y plantea las siguientes problemáticas que están afectando a las mujeres:

1. Las mujeres han sido históricamente las responsables de brindar las tareas de auxilio médico.
2. Este hecho propicia que tengan que pasar gran parte de su tiempo dedicadas a actividades voluntarias de prevención, seguimiento a tratamientos, atención médica, cuidados, entre otros.
3. Quienes deciden combinar esas tareas voluntarias con actividades laborales remuneradas, enfrentan cargas de trabajo intensas y desiguales respecto de otros miembros de la comunidad, lo que propicia un estado negativo de bienestar hacia ellas.

⁸ OPS, El trabajo no remunerado del cuidado de la salud: una mirada desde la igualdad de género, 26 de junio de 2020.



4. A causa de la carga de trabajo por la actividad voluntaria de tareas de salud, hay quienes no tienen posibilidad de acceder a oportunidades remuneradas, por lo que, enfrentan crisis económicas, de salud y emocionales fuertes como consecuencia. Pues, según la Encuesta Nacional sobre Uso de Tiempo, mientras que los hombres le dedican 4 horas y 50 minutos a esa responsabilidad, las mujeres lo hacen en un promedio de 10 horas diarias.

Estas desigualdades se encuentran reforzadas por la configuración legal general y local vigente, pues se les concibe a las mujeres (porque son en su mayoría las auxiliares voluntarias) como recurso para extender la cobertura y lograr buenos resultados en salud.

También, por las políticas públicas que se implementan pues consideran a las auxiliares como recurso para aumentar la eficiencia, pero no por la vía de una mejora en los resultados sino como estrategia para la reducción de costos, al contar con mano de obra gratuita y sin el compromiso de remuneraciones o contribuciones a la seguridad social. Además, se deslinda a los gobiernos la obligación de brindar seguridad social y protección de la salud a la población en general, pues mediante ahorros importantes, se traslada parte de su responsabilidad a las familias y a las comunidades.

Es por ello que, la presente iniciativa plantea abordar esta situación con un enfoque necesariamente sensible al género, con el objeto de reconocer la labor histórica que han realizado las auxiliares voluntarias de la salud, brindándoles certeza respecto de la asignación económica que se les debe forzosamente otorgar mes con mes, así como de las herramientas con las que deben contar para realizar sus actividades.

Asimismo, se busca promover su participación en el Consejo Estatal de Salud y en los comités municipales de salud, pues son imprescindibles sus aportaciones en la toma de decisiones y en la elaboración de propuestas orientadas a la mejora y fortalecimiento de los servicios de salud.

En ese tenor, la iniciativa pretende realizar las siguientes modificaciones:



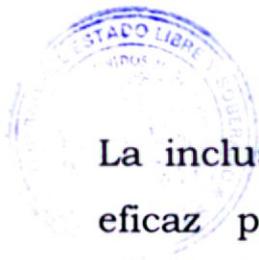
CONSIDERANDOS:

PRIMERO. COMPETENCIA. La Comisión de Salud fue competente para estudiar y analizar la iniciativa, así como para emitir el correspondiente dictamen, de conformidad con lo establecido en los artículos 130, 131 fracción XXV, 132 fracción I, IV, V y 158 de la Ley Orgánica del Poder Legislativo del Estado de Zacatecas.

SEGUNDO. LA SALUD COMUNITARIA. Se puede definir la salud comunitaria como la “salud individual y de grupos en una comunidad definida, determinada por la interacción de factores personales, familiares, por el ambiente socio-económico-cultural y físico”.⁹

Con base en tal definición, la salud comunitaria debe ser una estrategia de intervención sanitaria cuya finalidad sea la mejora de la salud de una comunidad donde se tome en cuenta el ámbito social y la participación de sus habitantes, instituciones y demás sectores en la toma de decisiones.

⁹ Gofin J, Gofin R. Essentials of global community health. Sudbury, MA: Jones & Barlett Learning; 2010 p. 269.



La inclusión de la salud comunitaria ha sido una estrategia eficaz para la atención de la salud a nivel de países desarrollados como Canadá y de naciones latinoamericanas como Cuba, Nicaragua, Chile, Costa Rica y México, y ha encontrado en diversas expresiones jurídicas internacionales y nacionales un marco legal para impulsar, progresivamente, su desarrollo.

En tal contexto, la Declaración Universal de Derechos Humanos de la Organización de Naciones Unidas (ONU), en 1948, establece el derecho a un nivel de vida adecuado; en el caso específico de la salud comunitaria, el principal instrumento internacional que le da sustento es la Declaración de la Conferencia de Atención Primaria en Salud de Alma Ata, ciudad de Kazakistán, la cual se emitió en septiembre de 1978¹⁰.

En dicha Declaración, los países participantes elaboraron una estrategia para llegar a la meta “Salud para todos en el año 2000”, esta estrategia es la “Atención Primaria de Salud”, cuyos elementos definitorios se precisaron de la forma siguiente:

- La asistencia sanitaria esencial
- Basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptados.
- Aceptado universalmente, accesible a todos los individuos y a todas las familias de la comunidad.

¹⁰

[https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/1995_n5/declaracion.htm#:~:text=La%20Declaraci%C3%B3n%20de%20ALMA%20ATA%20plantea%2C%20un%20acercamiento%20multicausal%20de,y%20distribuidos%20equitativamente%20\(20\).](https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/1995_n5/declaracion.htm#:~:text=La%20Declaraci%C3%B3n%20de%20ALMA%20ATA%20plantea%2C%20un%20acercamiento%20multicausal%20de,y%20distribuidos%20equitativamente%20(20).)



- Con plena participación comunitaria.
- A un costo que la comunidad y el país puedan asumir a todos los niveles de su desarrollo dentro de un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

En la propia Declaración se establece como una de sus estrategias para conseguir sus objetivos, **la participación**, entendida como

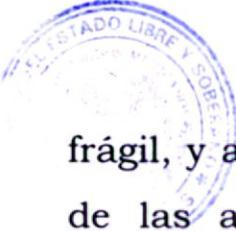
...el compromiso de las colectividades y de los individuos con los programas de salud que les concierne directamente, constituye el aspecto esencial de la APS; el que la caracteriza y le diferencia mejor de otras estrategias. Esta participación demanda que la colectividad deba identificar sus necesidades, tomar parte del funcionamiento de sus servicios de salud y también de su gestión, es decir de su planificación de su organización, de su control y evaluación.

La participación debe permitir establecer una comunicación en dos sentidos, de los servicios de salud, con las bases y viceversa. La consecuencia evidente de este compartir de conocimiento y de poder, es la desmitificación de un gran número de técnicas, de tratamientos y servicios.¹¹

En 1984, México integra en la Constitución federal, en el artículo 4°, el derecho a la salud; de la misma forma, en la Ley General de Salud se enuncia la participación comunitaria como responsabilidad y deber de las personas e instituciones.

Actualmente, la salud comunitaria ha entrado en varias agendas institucionales, por lo que existen experiencias de salud comunitaria que se sustentan en la participación de profesionales entregados. Sin embargo, este relativo éxito es

¹¹ Ibidem.

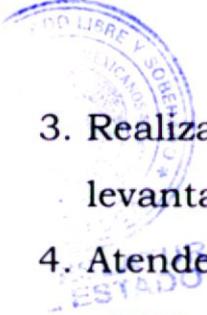


frágil, y algunos proyectos han salido o están en riesgo de salir de las agendas derivado del nulo apoyo por parte de las instituciones de salud.

En razón de lo expresado, resulta necesario buscar y lograr una mayor coordinación, con acciones, políticas públicas, mecanismos y estrategias que garanticen el cumplimiento de los objetivos en materia de salud comunitaria y, entre ellos, es indispensable asegurar los materiales y recursos necesarios para que las y los auxiliares de la salud comunitarios puedan desarrollar sus funciones, además de establecer las medidas que permitan mejorar su formación, capacitación y remuneración.

TERCERO. LOS AUXILIARES DE SALUD COMUNITARIA. Los auxiliares de salud comunitaria son habitantes de comunidades ubicadas en zonas donde se carece de instituciones de atención médica que aportan sus conocimientos médicos a la población, pueden ser parteras empíricas, promotoras de salud e integrantes del comité de salud y que llevan a cabo las siguientes funciones:

1. Coadyuvar con las acciones de prevención, promoción y atención médica en coordinación con el equipo de salud.
2. Participar en la referencia a los pacientes que requieran atención a las unidades de salud.

- 
3. Realizar acciones para la detección de riesgos, levantamiento de censos y registro de actividades.
 4. Atender problemas básicos de salud en los periodos de ausencia de las UMM del Programa.
 5. Participar en la capacitación que el equipo de salud le programe para su mejor desempeño.

Cabe mencionar que el Comité Local de Salud y el auxiliar de salud comunitario realizan las funciones de manera voluntaria y gratuita a favor de la salud de su comunidad.¹²

Derivado de lo anterior podemos señalar que los auxiliares de la salud son aquellos miembros de la comunidad que tienen la responsabilidad de promover y cuidar la salud de las personas, las familias y el ambiente en el que viven y que reciben por parte del Estado la confianza y el respaldo para dejar en sus manos la salud de la comunidad.

En este sentido la dictaminadora considera idóneo adecuar en nuestro marco legislativo para que se brinden a este personal las herramientas necesarias para el cumplimiento de sus funciones, pues su trabajo resulta de vital importancia para las comunidades donde no existe una atención médica adecuada.

¹² https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5173723&fecha=04/01/2011#gsc.tab=0

CUARTO. IMPACTO PRESUPUESTAL. La Comisión estimó que se atiende lo dispuesto por el artículo 16 la Ley de Disciplina Financiera de las Entidades Federativas y los Municipios, así como en los artículos 27, 28, 29, 30, 31, 32 y 33 de la Ley de Austeridad, Disciplina y Responsabilidad Financiera del Estado de Zacatecas y sus Municipios, por las razones siguientes:

De acuerdo con los propios datos de la Secretaría de Salud del estado de Zacatecas, en el año 2022 existían 633 auxiliares de la salud y se les otorgaba un apoyo mensual de \$1,500.00.

La iniciativa estipula otorgar una cantidad equivalente al valor mensual de la Unidad de Medida y Actualización, que para el 2023 consiste en \$3,153.70, multiplicado por las 633 auxiliares, da como resultado una cantidad de 24 millones al año, lo cual debe estar considerado en el presupuesto de egresos de la Secretaría de Salud para el ejercicio fiscal 2024 y subsecuentes.

En tal contexto, la reforma que se propone mediante el presente tendría un costo total de \$23,955,505.20, monto obtenido de la siguiente manera:

Valor mensual de la UMA 2023 (\$3,153.70), multiplicado por el número de auxiliares (633), multiplicado posteriormente por los 12 meses del año.



Sin embargo, debe tomarse en cuenta que la Secretaría informa que, actualmente, otorga un apoyo mensual de \$1,500.00 a cada auxiliar, debe considerarse como impacto presupuestal, solamente la diferencia entre ambas cantidades.

Gasto actual calculado¹³: \$11,376,000.00

Gasto total con la reforma: \$23,955,505.20

Incremento en gasto: \$12,579,505.20

Por lo anteriormente expuesto, esta Asamblea Popular autoriza reformas y adicionan diversos artículos de la Ley de Salud del Estado de Zacatecas.

Por lo anteriormente expuesto y fundado y con apoyo además en lo dispuesto en los artículos 152 y 153 del Reglamento General del Poder Legislativo, en nombre del Pueblo es de Decretarse y se

DECRETA



ARTÍCULO ÚNICO. Se reforma la fracción VII del artículo 5; se reforman las fracciones VIII y IX, y se adicionan las fracciones X y XI del artículo 8; se reforman los incisos f) y g) y se adiciona el inciso h) de la fracción III, y se reforma el párrafo tercero del artículo 13; se reforma el párrafo primero y se adiciona el párrafo segundo a la fracción VI del artículo 14; se adiciona el artículo 28 Bis; se reforma la fracción III y se adiciona un último párrafo al artículo 29; y se reforma la fracción IV y se adiciona la fracción V al artículo 53, todos de la la **Ley de Salud del Estado de Zacatecas**, para quedar como sigue:

ARTÍCULO 5. ...

I. a la VI.

VII. La organización, coordinación, regulación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares, públicas, sociales y privadas para la salud, **observando un enfoque de género e igualdad entre mujeres y hombres;**

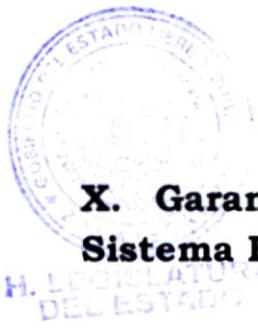
VIII. a la XXV.

ARTÍCULO 8. ...

I. a la VII.

VIII. Implementar un sistema racional de administración y desarrollo de los recursos humanos para mejorar los servicios de salud;

IX. Definir los mecanismos de coordinación y colaboración entre autoridades **estatales y municipales**, y **con** los sectores social y privado en materia de salud;



X. Garantizar la participación de la comunidad en el Sistema Estatal de Salud, y

XI. Proponer los mecanismos y estrategias que le aseguren los materiales y recursos necesarios a las y los auxiliares de la salud comunitarios.

ARTÍCULO 13. ...

I. a la III.

a) a la e)

f) El Coordinador del Área de Ciencias de la Salud, de la Universidad Autónoma de Zacatecas,

g) Un representante de las Escuelas Privadas que tengan, dentro de su oferta curricular, carreras afines a ciencias de la salud, **y**

h) Las presidentas y presidentes de los siete municipios del Estado con mayor población.

El Presidente del Consejo Estatal de Salud, o quien lo supla, **conforme a sus atribuciones o a propuesta de los integrantes**, podrá invitar a las sesiones de dicho órgano a representantes de instituciones públicas y privadas, **así como a integrantes de los comités municipales y representantes de las y los auxiliares comunitarios, para que intervengan con información, propuestas u** opiniones técnicas sobre los asuntos a tratar.



SECRETARÍA DE SALUD
ESTADO

ARTÍCULO 14. ...

I. a la V.

VI. Organizar los comités municipales de salud, para que participen como coadyuvantes con las autoridades, en el mejoramiento y vigilancia de los servicios de salud.

En la conformación de los comités municipales de salud, se deberá garantizar la representación de las y los auxiliares de la salud comunitarios.

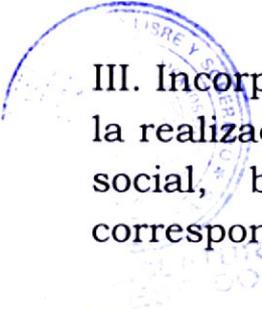
VII. a la VIII.

ARTÍCULO 28 BIS. La participación de la comunidad en los programas de protección de la salud y en la prestación de los servicios respectivos, tiene por objeto ampliar la cobertura del sistema estatal de salud, así como fortalecer su estructura y funcionamiento, con el fin de mejorar el nivel de salud de la población.

Para efectos de lo anterior, la Secretaría de Salud deberá concertar acciones de coordinación con los municipios, en los que se definan responsabilidades, metas y objetivos.

ARTÍCULO 29. ..

I. a la II.



III. Incorporación como auxiliares **de la salud comunitarios**, en la realización de tareas simples de atención médica y asistencia social, bajo la dirección y control de las autoridades correspondientes;

IV. a la VIII.

Las y los auxiliares de la salud comunitarios tendrán derecho a recibir un apoyo económico mensual por parte del Estado, el cual no podrá ser inferior al valor mensual de la Unidad de Medida y Actualización.

ARTÍCULO 53. ...

I. a la III.

IV. Promover la participación voluntaria de profesionales, técnicos y auxiliares de la salud en actividades docentes o técnicas, **y**

V. Promover actividades de capacitación dirigidas a los comités municipales de salud y a las y los auxiliares de la salud comunitarios.

TRANSITORIOS

ARTÍCULO PRIMERO. El presente Decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Periódico Oficial, Órgano del Gobierno del Estado.

ARTÍCULO SEGUNDO. Dentro de los siguientes 180 días naturales contados a partir de la publicación del presente Decreto, el Poder Ejecutivo del Estado deberá modificar sus reglamentos y realizar las acciones necesarias a efecto de dar cumplimiento al contenido de este instrumento legislativo, en las que se incluya lo siguiente:



- a) Incorporar la participación de la comunidad en el Sistema Estatal de Salud.
- b) Aprobar los mecanismos y estrategias que implementarán para asegurar los materiales y recursos necesarios a las y los integrantes de la comunidad que realicen las tareas simples de atención médica y asistencia social a los que se refiere la fracción III del artículo 29, del presente Decreto.

ARTÍCULO TERCERO. Para el cumplimiento de lo dispuesto en el inciso h) del artículo 13 de esta Ley, el Consejo Estatal de Salud deberá celebrar sesión en un término no mayor de 90 días naturales siguientes a la publicación del presente Decreto, con el objeto de integrar como vocales a las presidentas y presidentes de los siete municipios con mayor población en el Estado.

ARTÍCULO CUARTO. Para efectos de lo dispuesto en el párrafo segundo, fracción IV, del artículo 14 de esta Ley, los comités municipales de la salud, deberán celebrar sesión en un término no mayor de 180 días siguientes a la publicación del presente Decreto, con el objetivo de integrar la representación de las y los auxiliares de la salud comunitario.

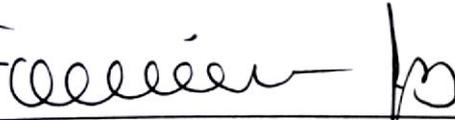
ARTÍCULO QUINTO. El Ejecutivo del Estado deberá incluir en el proyecto de Presupuesto de Egresos para el Ejercicio Fiscal 2024 que presente ante esta Legislatura del Estado una partida presupuestal específica para cumplir con el contenido del párrafo segundo del artículo 29 del presente Decreto, relacionado con el apoyo económico para las y los auxiliares de la salud.

**COMUNIQUESE AL EJECUTIVO DEL ESTADO
PARA SU PROMULGACIÓN Y PUBLICACIÓN.**



DADO en la Sala de Sesiones de la Honorable Sexagésima Cuarta Legislatura del Estado, a los dieciséis días del mes de noviembre del año dos mil veintitrés.

PRESIDENTE


DIP. **HERMINIO BRIONES OLIVA**

SECRETARIA


DIP. **SUSANA ANDREA BARRAGÁN
ESPINOSA**



**H. LEGISLATURA
DEL ESTADO**

SECRETARIO


DIP. **JOSE KERARDO RAMÍREZ MUÑOZ**