



PUNTO DE ACUERDO ECONOMICO.

**DIP. MARTIN ESCOGIDO FLORES,
PRESIDENTE DE LA MESA DIRECTIVA DEL SEGUNDO PERIODO
ORDINARIO DE SESIONES, CORRESPONDIENTE AL SEGUNDO AÑO DE
EJERCICIO CONSTITUCIONAL DE LA XVII LEGISLATURA AL
CONGRESO DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA SUR.
PRESENTE. -**

HONORABLE ASAMBLEA.

**SALUDO CON AFECTO A LOS REPRESENTANTES DE LOS MEDIOS DE
COMUNICACIÓN.**

**DE IGUAL MANERA SALUDO AL PERSONAL QUE LABORA EN ESTE
CONGRESO DEL ESTADO, Y A LAS CIUDADANAS Y CIUDADANOS QUE
NOS DISTINGUEN CON SU PRESENCIA EN ESTA SESIÓN ORDINARIA,
ASÍ COMO A QUIENES NOS SIGUEN A TRAVÉS DE LAS REDES
SOCIALES.**

SEÑORAS Y SEÑORES, MUY BUENOS DÍAS.

La que suscribe, Diputada Gabriela Montoya Terrazas integrante de la Fracción Parlamentaria del Partido del Trabajo, de conformidad con lo establecido por el artículo 106 de la Ley Orgánica del Poder Legislativo del Estado de Baja California Sur, someto a la consideración de ésta Soberanía Popular, la presente Proposición con Punto de Acuerdo que contiene una Iniciativa con Proyecto de Decreto mediante la que se adiciona la fracción VI Bis al artículo 3o. de la Ley General de Salud, para que con fundamento en lo dispuesto por el artículo 71 fracción III de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y artículo 64 fracción II y III de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Baja California Sur, se remita, previo a su aprobación, al Honorable Congreso de la Unión, misma que se sustenta al tenor de la siguiente:



EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La epilepsia es una enfermedad crónica del sistema nervioso central, que se manifiesta en forma de crisis inesperadas y espontáneas, desencadenadas por una actividad eléctrica excesiva de un grupo de neuronas hiperexcitables.

La epilepsia o las epilepsias son un complejo sintomático con diversidad de etiología, características clínicas, electrofisiológicas, de imágenes y patológicas. En la edad pediátrica se distinguen diferentes epilepsias y síndromes epilépticos cuyo denominador común es la predisposición a presentar crisis recurrentes, sin embargo, con muy diferente pronóstico, respuesta a tratamiento y comorbilidades. Su diagnóstico acucioso es clave para desarrollar una adecuada estrategia de manejo y tratamiento y así proporcionar la mejor calidad de vida a nuestros pacientes. Para ello es necesario identificar el tipo o los tipos, de crisis, información que se conjugará con otras características clínicas como edad de inicio, condición neurológica, factores etiológicos, antecedentes familiares, características de las neuro - imágenes y resultados de otros estudios complementarios.

Los síndromes epilépticos pediátricos se presentan en el contexto de un cerebro que está teniendo marcados cambios en su estructura y funcionamiento, por lo tanto, sus características clínicas y eléctricas se influyen fuertemente por modificadores edad-dependientes. En este contexto es posible observar sobreposición de características clínicas entre dos cuadros del mismo o incluso de otro grupo etario, lo cual agrega dificultad al reconocimiento certero del síndrome; también ocurre la evolución de un síndrome a otro en función de la edad o cambios en el perfil evolutivo de una epilepsia que, por ejemplo, de ser refractaria, pasa a tener buena respuesta a fármacos antiepilépticos. A su vez, la condición de activo cambio de la estructura cerebral, agrega vulnerabilidad a condiciones como las encefalopatías epilépticas, que devienen en deterioro cognitivo y neurológico permanentes.



Desde 2005, la epilepsia se ha venido definiendo conceptualmente como un trastorno cerebral caracterizado por una predisposición continuada a la generación de crisis epilépticas.

En la práctica, esta definición suele aplicarse como la aparición de dos crisis no provocadas con más de 24 horas de separación. La Liga Internacional contra la Epilepsia aceptó las recomendaciones de un grupo de trabajo para modificar la definición práctica de la epilepsia en aquellas circunstancias especiales que no responden al criterio de dos crisis no provocadas. El grupo de trabajo ha propuesto que la epilepsia se considere una enfermedad cerebral definida por cualquiera de las situaciones siguientes: aparición de al menos dos crisis no provocadas (o reflejas) con una separación 24 horas; aparición de una crisis no provocada (o refleja) y probabilidad de que aparezcan más crisis durante los 10 años siguientes similar al riesgo de recurrencia general (al menos 60 por ciento) después de dos crisis no provocadas; diagnóstico de un síndrome epiléptico. Se considera que la epilepsia está resuelta en los sujetos que presentan un síndrome epiléptico dependiente de la edad y han superado la edad correspondiente y en los que se han mantenido sin crisis durante los 10 últimos años sin haber tomado medicación antiepiléptica desde hace al menos 5 años. El término resolución no es necesariamente idéntico a lo que normalmente se entiende como remisión o curación de la epilepsia. Podrían crearse y utilizarse diferentes definiciones prácticas para diferentes objetivos específicos. Esta definición revisada de la epilepsia hace coincidir el término con su uso habitual.

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud, estima que para nuestro país; la epilepsia afecta a una población aproximada de 2 millones de mexicanos, según datos de la propia Organización citada, mientras que en el mundo un aproximado de 50 millones de personas padecen de epilepsia.

La epilepsia puede controlarse con tratamientos médicos especializados, medicamentos de toma prolongada y, un cambio radical del estilo de vida del paciente y su familia. En algunos casos, es necesaria la cirugía especializada



para el control de las crisis epilépticas. En México, muchos pacientes, se puede especular que incluso miles, no han sido diagnosticados con epilepsia debido a la falta de atención médica, especialistas o centros de diagnóstico especializado para la atención de la epilepsia, por lo cual, el espectro de enfermos epilépticos en el país es muy superior a los 2 millones de pacientes detectados como una estimación que concuerda entre las cifras del Estado mexicano a través de las instituciones de salud pública y, las cifras de la Organización Mundial de la Salud.

La epilepsia es una enfermedad que resulta incapacitante en la casi totalidad de las ocasiones para el paciente. Esto conlleva a la gravedad de la especialidad en los cuidados, manejo y atención del paciente de manera constante para evitar que las crisis epilépticas pongan en riesgo la vida del paciente, situación que coincide con la “Clasificación de Tipo de Discapacidad–Histórica” emitida en el año 2000 por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía en la que se cataloga a la epilepsia como una enfermedad de discapacidad mental, y de discapacidad especial, precisando que este clasificador. Debo precisar que ese clasificador incluye tanto deficiencias como discapacidades, sin la pretensión de diferenciarlas entre sí, sino que busca clasificarlas según el órgano, función o área del cuerpo afectada o donde se manifiesta la limitación.

En la inmensa mayoría de los casos de epilepsia activa, los cuidadores de los pacientes son familiares, quienes tienen que convivir con el paciente y tenerlo bajo su cuidado durante todo el día, lo cual impacta en diferentes espectros en la vida de las familias de un paciente con epilepsia.

Además de lo anterior, los efectos económicos en el ingreso familiar y el patrimonio de las familias mexicanas son muy considerables cuando se tiene que hacer frente a una enfermedad que implica cuidados especiales, incapacidad permanente y progresiva, así como la erogación de recursos económicos constantes para la adquisición de medicamentos, traslados, pago de honorarios médicos, hospitalizaciones, intervenciones, medicamentos no



incluidos en el cuadro básico de salud, así como erogaciones por concepto de adecuaciones en el hogar para la atención y cuidado del paciente. Estos gastos, son considerados como catastróficos.

Estos gastos por motivos de salud se identifican como un factor de empobrecimiento para los hogares excluidos del sistema de salud y sin ingreso suficiente para comprar seguros, ya que la presencia de un evento de enfermedad implica para estos hogares pagar, de su bolsillo, los servicios de salud necesarios para restablecer su estado saludable, de manera que si no tienen solvencia económica la enfermedad los empobrecerá más.

Ahora bien, sabemos que el derecho a la protección de la salud está consagrado en el artículo 4º de nuestra Carta Magna, emanando de ese texto constitucional la obligación de que en la Ley en la materia -que es la Ley General de Salud- se deban definir las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud con la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, debiendo definirse igualmente la existencia de un sistema de salud para el bienestar con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social.

Bajo esta línea discursiva, debo precisar que en la Ley General de Salud se establece salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades; aunado a que en esa misma regulación se prevé que el derecho a la protección de la salud tiene, entre otras finalidades, el bienestar físico y mental de la persona para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades.

En otras palabras, y citando a la Organización Mundial de Salud, el significado del bienestar implica que una persona debe experimentar no solo la ausencia de enfermedades o afecciones físicas, sino también tener un buen estado mental y disfrutar de relaciones sociales saludables. Es un



enfoque que considera a la salud como un estado positivo y no simplemente la ausencia de problemas de salud.

Es así que, frente a la lo que dispone la General de Salud -además de regular lo dispuesto en el artículo 4º de la Constitución General de la República en materia de salud- que es el establecimiento de las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, distribuyendo competencias y estableciendo los casos de concurrencia entre la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, y cuya aplicación es en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social, veo con plena y suma necesidad de que con lo con argumentado y fundado deba presentar una propuesta que implique que en la Ley General de Salud deba de ser materia de salubridad general el control, la atención, el tratamiento, vigilancia y la prevención de la epilepsia y, demás padecimientos crónico neurológicos, bajo la premisa de que sea de competencia de la Federación, por conducto de la Secretaria de Salud, someto a la consideración de esta Honorable Asamblea y solicitando su voto aprobatorio para el siguiente:

PUNTO DE ACUERDO:

ÚNICO: EL HONORABLE CONGRESO DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA SUR, EN EJERCICIO DEL DERECHO DE INICIATIVA PREVISTO POR EL ARTÍCULO 71, FRACCIÓN III DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, Y SU CORRELATIVO CONTEMPLADO EN EL ARTÍCULO 64, FRACCIONES II Y III DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE BAJA CALIFORNIA SUR, TIENE A BIEN REMITIR AL HONORABLE CONGRESO DE LA UNIÓN, PARA LOS EFECTOS LEGALES Y CONSTITUCIONALES PROCEDENTES, INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO MEDIANTE LA QUE SE ADICIONA LA FRACCIÓN VI BIS AL ARTÍCULO 3o.; Y SE REFORMAN LA FRACCIÓN II DEL A. DEL ARTÍCULO 13, Y EL SEGUNDO PÁRRAFO DEL ARTÍCULO 18 DE LA LEY GENERAL DE SALUD, PARA



QUEDAR COMO SIGUE:

PROYECTO DE DECRETO:

SE ADICIONA LA LEY GENERAL DE SALUD.

ÚNICO: EL HONORABLE CONGRESO DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA SUR, EN EJERCICIO DEL DERECHO DE INICIATIVA PREVISTO POR EL ARTÍCULO 71, FRACCIÓN III DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, Y SU CORRELATIVO CONTEMPLADO EN EL ARTÍCULO 64, FRACCIONES II Y III DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE BAJA CALIFORNIA SUR, TIENE A BIEN REMITIR AL HONORABLE CONGRESO DE LA UNIÓN, PARA LOS EFECTOS LEGALES Y CONSTITUCIONALES PROCEDENTES, INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO MEDIANTE LA QUE SE ADICIONA LA FRACCIÓN VI BIS AL ARTÍCULO 3o.; Y SE REFORMAN LA FRACCIÓN II DEL A. DEL ARTÍCULO 13, Y EL SEGUNDO PÁRRAFO DEL ARTÍCULO 18 DE LA LEY GENERAL DE SALUD, PARA QUEDAR COMO SIGUE:

Artículo 3o.- En los términos de esta Ley, es materia de salubridad general:

I a la VI. - . . .

VI Bis. El control, la atención, el tratamiento, vigilancia y la prevención de la epilepsia y, demás padecimientos crónico neurológicos;

VII a la XXIX.- . . .

Artículo 13. La competencia entre la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general quedará distribuida conforme a lo siguiente:

A. Corresponde al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud:



I. Igual.

II. En las materias enumeradas en las fracciones I, III, **VI Bis**, XV Bis, XXI, XXII, XXIII, XXIV, XXV, XXVI y XXVII del artículo 3o. de esta Ley, así como respecto de aquéllas que se acuerden con los gobiernos de las entidades federativas, organizar y operar los servicios respectivos y vigilar su funcionamiento por sí o en coordinación con las entidades de su sector;

III a X.- Igual.

B. Igual.

C. Igual.

Artículo 18.- Igual

La Secretaría de Salud propondrá la celebración de acuerdos de coordinación con los gobiernos de las entidades federativas para la participación de éstos en la prestación de los servicios a que se refieren las fracciones I, III, **VI Bis**, XXI, XXII, XXIII, XXIV, XXV, XXVI y XXVII del artículo 3o. de esta Ley.

Igual

ARTÍCULO TRANSITORIO:

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

La Paz, Baja California Sur, al 14 de abril de 2026.

ATENTAMENTE

“TODO EL PODER AL PUEBLO”

DIP. GABRIELA MONTOYA TERRAZAS