

ORDEN DEL DÍA
SESIÓN DEL DÍA 11 DE MARZO DE 2021

- 1.- Lista de asistencia y declaratoria de quórum inicial.
- 2.- Lectura y, en su caso, aprobación del orden del día.
- 3.- Correspondencia.
- 4.- Dictamen que presenta la Comisión de Salud, con proyecto de Decreto que reforma diversas disposiciones de la Ley de Salud para el Estado de Sonora.
- 5.- Posicionamiento que presenta el diputado Daniel Palafox Suárez, en relación a la iniciativa de Ley de Protección Integral de los Derechos humanos de las Mujeres Embarazadas y de los Niños por Nacer.
- 6.- Clausura de la sesión y citatorio para la próxima.

**CORRESPONDENCIA DE LA SESIÓN
DEL DÍA 11 DE MARZO DE 2021.**

08 de marzo de 2021. Folio 3517.

Escrito del Ayuntamiento de Ures, por medio del cual remite a este Poder Legislativo, la información trimestral de las operaciones realizadas por dicha administración municipal al 31 de diciembre de 2020. **RECIBO Y SE REMITE A LA COMISIÓN DE FISCALIZACIÓN.**

08 de marzo de 2021. Folio 3518.

Escrito de la Presidenta Municipal y del Secretario del Ayuntamiento de Navojoa, Sonora, con el que informa a este Poder Legislativo, que en sesión ordinaria dicho Ayuntamiento otorgó licencia para separarse del ejercicio del cargo de Regidora Propietaria a la ciudadana Luz María Carretero Lagarda, con efectos a partir del día 06 de marzo al 15 de junio de 2021. **RECIBO Y ENTERADOS.**

08 de marzo de 2021. Folio 3519.

Escrito de la Presidenta Municipal y del Secretario del Ayuntamiento de Banámichi, Sonora, con el que informa a este Poder Legislativo, que en sesión ordinaria dicho Ayuntamiento otorgó licencia para separarse del ejercicio del cargo de Síndico Municipal a la ciudadana Martha Olivia Cha Córdova. **RECIBO Y ENTERADOS.**

09 de marzo de 2021. Folio 3520.

Escrito del Presidente Municipal y del Secretario del Ayuntamiento de Baviácora, Sonora, con el que solicitan a este Poder Legislativo, la autorización para contratar un crédito por la cantidad \$10,000,00 (DIEZ MILLONES DE PESOS 00/100 M.N.), con institución bancaria “crediticia”, que mejores condiciones contractuales ofrezca, con el objeto de solventar pasivos de esta administración, derivados de la resolución de juicios o demandas civil, mercantiles y laborales. **RECIBO Y SE TURNA A LA SEGUNDA COMISIÓN DE HACIENDA.**

09 de marzo de 2021. Folio 3521.

Escrito del Presidente Municipal y Secretario del Ayuntamiento de Benito Juárez, con el que remite a este Poder Legislativo, Acuerdo certificado de sesión donde consta que dicho órgano de gobierno municipal aprobó la Ley número 169, que reforma y adiciona diversas disposiciones al artículo 136 de la Constitución Política del Estado de Sonora, con el objeto de establecer, en nuestro máximo ordenamiento local, la acceso libre a los bienes de usos común desde la vía pública y en condiciones dignas para todo tipo de usuarios. **RECIBO Y SE ACUMULA AL EXPEDIENTE RESPECTIVO.**

26 de febrero de 2021. Folio 3522.

Escrito del Secretario de Hacienda del Gobierno del Estado de Sonora, con el que remite a este Poder Legislativo, información financiera diversa, atendiendo lo dispuesto en el artículo segundo transitorio del Decreto del Presupuesto de Egresos del Gobierno del Estado para el ejercicio fiscal de 2021. **RECIBO Y SE REMITE A LAS COMISIONES PRIMERA Y SEGUNDA DE HACIENDA.**

COMISIÓN DE SALUD

DIPUTADOS INTEGRANTES:
FILEMÓN ORTEGA QUINTOS
DIANA PLATT SALAZAR
MIROSLAVA LUJÁN LÓPEZ
LUIS MARIO RIVERA AGUILAR
ROSAICELA MARTÍNEZ ESPINOZA
CARLOS NAVARRETE AGUIRRE
FERMÍN TRUJILLO FUENTES

HONORABLE ASAMBLEA:

A los suscritos, diputados integrantes de la Comisión de Salud de esta Sexagésima Segunda Legislatura, nos fueron turnados para estudio y dictamen, por la Presidencia de este Poder Legislativo, escritos presentados por el diputado Filemón Ortega Quintos, integrante del Grupo Parlamentario del Partido del Trabajo del Congreso del Estado de Sonora, el primero contiene iniciativa con proyecto de **DECRETO QUE REFORMA Y ADICIONA DIVERSAS DISPOSICIONES A LA LEY DE SALUD PARA EL ESTADO DE SONORA** y el segundo contiene iniciativa con proyecto de **DECRETO QUE REFORMA Y ADICIONA DIVERSOS ARTÍCULOS A LA LEY DE SALUD PARA EL ESTADO DE SONORA.**

En consecuencia, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 85, 92, fracción XVII, 94, fracciones I y IV, 97 y 98 de la Ley Orgánica del Poder Legislativo del Estado de Sonora, presentamos para su discusión y aprobación, en su caso, el presente dictamen al tenor de la siguiente:

PARTE EXPOSITIVA:

La primera iniciativa, materia del presente dictamen, fue presentada por el diputado Filemón Ortega Quintos en sesión del pleno, celebrada el día 10 de noviembre de 2020, sustentándola en los siguientes razonamientos:

“Mantener una mirada amplia e integrada de la salud y la protección social, teniendo en cuenta la matriz de la desigualdad social es clave para no dejar a nadie atrás en la senda del desarrollo.

La protección social y la APS son estrategias complementarias que se refuerzan mutuamente para avanzar hacia el pleno goce de los derechos de los ciudadanos, incluido el de la salud.

*Existen diferentes instrumentos de protección social que contribuyen a **promover la universalización de la salud y la reducción de las desigualdades en salud.***

*La reducción de estas brechas debe ser una prioridad para todos los países del continente. Esto no es labor solo de los países más desarrollados de la Región, sino un paso necesario para que los más rezagados aumenten sus niveles de productividad (1). Una vía para avanzar en esa dirección es **promover la construcción y el fortalecimiento de sistemas de protección social universales e integrados a lo largo del ciclo de vida en pro de la salud de la población y la reducción de las desigualdades en salud.***

*En relación con lo anterior, hay que realizar avances en el **acceso universal a servicios de salud de calidad.** Aun en los países donde la ley garantiza la cobertura universal existen diversas barreras que se solapan (económicas, geográficas, culturales, lingüísticas y actitudinales, entre otras) y que dan como resultado un acceso efectivo limitado a los servicios de salud.*

Por lo tanto, las políticas de salud deben incorporar de manera explícita la lucha contra la desigualdad y contemplar acciones específicas para abordar las múltiples desigualdades que caracterizan a las sociedades americanas.

En este sentido es útil pensar en políticas que apliquen una mirada universal que sea sensible a las diferencias.

Por otra parte, es importante reconocer que los notables avances en el acceso y los resultados de salud de las últimas décadas se han dado en un contexto económico favorable donde además se ha puesto énfasis en políticas orientadas a la reducción de la pobreza y la desigualdad y a políticas activas en el mercado de trabajo. Esos avances en materia de salud son encomiables, pero el peligro es que los avances generen complacencia cuando en realidad son fácilmente reversibles.

En el contexto actual más complejo e incierto un mensaje clave es no permitir retrocesos en las políticas pro-igualdad y derechos porque ello puede amenazar los avances en indicadores clave de salud y la reducción de las disparidades en salud en detrimento al progreso de nuestras sociedades.

Un elemento que puede contrabalancear y potencialmente prevenir esos retrocesos es una sociedad civil empoderada y participativa. Esta participación,

además de ser un derecho, puede hacer que los sistemas de salud, y la APS en particular responda a las necesidades de las poblaciones que busca atender de forma más adecuada y relevante.

La atención sanitaria y los resultados de salud no pueden ser una dimensión más de la cultura del privilegio. El duro contraste en la calidad de atención en el sistema público y el privado alimenta una percepción de privilegio y de discriminación.

Hoy en día el derecho a la salud se vive como jerarquía de ciudadanos de primera y segunda categoría(1). El acceso a la salud puede reducir brechas, siempre y cuando se proporcionen servicios de calidad.

Los sistemas de salud segmentados que existen en la Región solidifican y perpetúan las desigualdades en salud. Por lo tanto, se requieren acciones concretas para equiparar la calidad de estos servicios, por ejemplo, el aprovechamiento de las tecnologías, en miras a la igualdad y al pleno goce del derecho a la salud.

La protección social se centra en tres ideas principales:

- 1) garantías de bienestar básicas,*
- 2) aseguramientos frente a riesgos derivados del contexto o del ciclo de vida y*
- 3) moderación o reparación de daños sociales derivados de la materialización de problemas o riesgos sociales.*

Siguiendo este concepto, la protección social está dirigida a responder no solo a los riesgos que enfrenta toda la población (por ejemplo, discapacidad o vejez), sino también a problemas estructurales, como la pobreza y la desigualdad (Asimismo, se propone que la protección social sea entendida desde una visión amplia e integral que comprenda el conjunto de políticas y programas tanto de carácter no contributivo como contributivo, tomando en cuenta las medidas de regulación del mercado laboral y los sistemas de cuidados.

Las razones anteriores, me motivan a presentar una iniciativa con proyecto de decreto que reforma la Ley de Salud del Estado, en la que se solicitará a esta asamblea adicionar algunos conceptos dirigidos en este sentido, que permita disminuir la desigualdad en el Sistema de Salud del Estado, en beneficio de los ciudadanos sonorenses.”

La segunda iniciativa, materia del presente dictamen, fue presentada por el diputado Filemón Ortega Quintos en sesión del pleno, celebrada el día 16 de febrero de 2021, misma que se sustenta en los siguientes argumentos:

“El campo de la salud, como todas y cada una de las disciplinas profesionales, se encuentra constantemente en busca de mejoras, a través de resultados de investigaciones y propuestas de investigadores especializados en temas de salud pública, pertenecientes a las diferentes organizaciones nacionales e internacionales de la salud,

buscando siempre estar a la vanguardia, con planteamientos que ayuden a encontrar el equilibrio en el acceso a los servicios de salud de la población en general.

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud, presentó la “Iniciativa de la Salud Pública en las Américas”, elaborada con el propósito de desarrollar un concepto común de la salud pública y de sus funciones esenciales en la Región de las Américas.

Dicha Iniciativa propone, primordialmente, sentar las bases para lograr el compromiso del nivel regional para fortalecer la salud pública en la Región de las Américas. Este reto incluyó el desarrollo de un instrumento para medir el desempeño de las FESP (Funciones Esenciales en Salud Pública) en los países de las Américas y de ese modo, brindar apoyo a la autoevaluación del ejercicio de la salud pública en cada país, basada en la medición del desempeño de las FESP dentro del marco conceptual e instrumental desarrollado por la Iniciativa.

Tras la celebración del 42° Consejo Directivo en septiembre de 2000, donde se aprobó la resolución CD42.R14, se convocó a los países miembros de la OPS a participar en el ejercicio regional de medición del desempeño de las FESP y a utilizar los resultados obtenidos para iniciar intervenciones encaminadas al desarrollo de la infraestructura y al mejoramiento del ejercicio de la salud pública.

*Consecuentemente, en septiembre de 2002, la OPS/OMS publicó el libro titulado *La Salud Pública en las Américas: Renovación conceptual, evaluación del desempeño y bases para la acción*, donde se reúnen los resultados de las mediciones de las FESP conducidas en 41 países y territorios de la Región de las Américas. Igualmente, incluye las áreas estratégicas para el fortalecimiento de la infraestructura de salud pública en los países de la Región, y reflexiones que intentan aportar elementos de utilidad para sentar las bases de un programa regional destinado al mejoramiento del ejercicio de la salud pública en las Américas.¹*

Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud “presenta un marco conceptual renovado de las funciones esenciales de la salud pública (FESP) para la Región de las Américas, con el que se pretende dar mayor claridad conceptual y operatividad al nuevo campo de acción de la salud pública y llenar el vacío existente en las propuestas conceptuales sobre fortalecimiento de los sistemas de salud. El marco propuesto introduce un nuevo paradigma para la salud pública basado en cuatro pilares orientados a la acción, como son la necesidad de incorporar el abordaje de derechos humanos en las políticas de salud pública, la necesidad de que la salud pública amplíe su enfoque para tener un abordaje más amplio de los determinantes sociales de la salud, el papel de la salud pública para garantizar de forma integral e integrada el acceso a las intervenciones poblacionales y a la atención individual de calidad, y la necesidad de que las autoridades de salud actúen en

¹ https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=4036:salud-publica-en-america-nuevos-conceptos-analisis-desempeno-bases-para-accion&Itemid=2080&lang=es

colaboración con otros sectores y la sociedad civil para desempeñar funciones de salud pública."²

Esta misma organización publicó en la revista Panamericana de la Salud los siguiente: "En este marco, los recursos humanos de salud (4) cobran mayor relevancia porque son los actores que, con sus prácticas, producen y reproducen los sistemas de salud. Al decir de un informe publicado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), "La disponibilidad de profesionales competentes en salud pública es la mejor garantía de que las autoridades sanitarias cumplan con sus obligaciones" (5). Otros estudios de la misma organización se refieren a la insuficiencia de estos profesionales, así como a deficiencias en las ofertas de capacitación: "Existe una abundancia de oportunidades de capacitación en los países que responde a una lógica de oferta. Frecuentemente, estas oportunidades están determinadas por las fuentes de financiamiento . . ." (6), ". . . [Hay toda] una sobreoferta de servicios educacionales en algunos países, financiada por diferentes organismos internacionales, los que se disputaron idénticas audiencias y causaron el vaciamiento temporal de los servicios . . ." (7).

A finales de los años noventa la OPS lanzó la iniciativa "La Salud Pública en las Américas", buscando fortalecer la función rectora de los países en salud pública. Se identificaron 11 Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) (8) y se desarrolló una metodología para medir su desempeño, que se aplicó en casi todos los países de la Región. La octava FESP, "Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública", resultó ser la segunda más baja en desempeño.

*Se implementaron entonces dos estrategias de cooperación, el Campus virtual de salud pública y la Caracterización de la fuerza de trabajo en salud pública. Esta última iniciativa se fue modificando con el paso del tiempo, dando cuenta de que el problema más grave de la Región, lejos de ser la escasez numérica de los recursos humanos, se centraba más bien en la insuficiente preparación y las escasas competencias que poseían estos recursos. Así, la idea evolucionó desde una visión en términos de caracterización de la fuerza de trabajo hacia una visión en términos de competencias."*³

*La labor realizada por esta y otras organizaciones internaciones deben reflejarse en mejoras a las disposiciones normativas que, de una u otra manera, inciden en el sistema de salud pública, sobre todo en los países en desarrollo, es por eso que, en esta ocasión, **comparezco ante esta Honorable Asamblea**, para presentar esta iniciativa que contempla incorporar a la Ley de Salud de nuestro Estado, los conceptos analizados por la Organización Panamericana de la Salud."*

Expuesto lo anterior, esta Comisión procede a resolver el fondo de las iniciativas en estudio, para lo cual nos fundamentamos bajo las siguientes:

² <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53125>

³ <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2013.v34n1/47-53/es/>

CONSIDERACIONES:

PRIMERA.- Es facultad constitucional y de orden legal de los diputados al Congreso del Estado, iniciar ante este Órgano Legislativo las leyes, decretos o acuerdos de observancia y aplicación en el ámbito jurisdiccional del Estado, atento lo dispuesto por los artículos 53, fracción III de la Constitución Política del Estado de Sonora y 32, fracción II de la Ley Orgánica del Poder Legislativo del Estado de Sonora.

SEGUNDA.- Conforme al orden jurídico local, es potestad constitucional exclusiva de este Poder Legislativo discutir, aprobar y expedir toda clase de leyes, decretos y acuerdos de observancia y aplicación en el ámbito territorial del Estado, siendo materia de ley toda resolución que afecte a las personas en general, de decreto la que otorgue derechos o imponga obligaciones a personas determinadas, y de acuerdo en los demás casos, según lo dispuesto por el artículo 52 de la Constitución Política del Estado de Sonora.

Además, es importante señalar que, en la interpretación, reforma o abrogación de leyes, deberán observarse los mismos trámites establecidos para su formación, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 63 de la Constitución Política del Estado de Sonora.

TERCERA.- El Poder Legislativo del Estado tiene la atribución de velar por la conservación de los derechos de los ciudadanos y habitantes del Estado y proveer, por cuantos medios estén a su alcance, a su prosperidad general de conformidad con el artículo 64, fracción XXXV de la Constitución Política del Estado de Sonora.

CUARTA. - En nuestro país, se reconoce el derecho humano de toda persona a la protección de la salud, conforme a lo dispuesto en el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

La calidad es la esencia de cualquier tipo de acción o actividad y la encontramos implícita en todas las áreas del desarrollo del individuo y de la sociedad, de tal modo que la salud no es una excepción. A pesar de todos los conocimientos, avances y esfuerzos realizados por la sociedad, la deficiencia de calidad o de garantía de la calidad es una constante que representa un reto para la sociedad misma.

En contraparte, la ausencia de calidad se manifiesta de múltiples maneras: servicios inefectivos e ineficientes, acceso limitado a los servicios de salud, incremento de costos, quejas médicas, insatisfacción de los usuarios y de los profesionales de la salud, afectación de la credibilidad de los servicios de salud por parte de los usuarios y lo peor, pérdidas humanas. Es importante señalar que en materia de salud, no sólo los factores demográficos y epidemiológicos son los encargados de motivar cambios sustantivos en la demanda y prestación de los servicios de salud en los últimos tiempos, sino también el fenómeno de la globalización. En efecto, la globalización está propiciando la implantación de sistemas de atención de servicios de salud con características similares que contemplen y cumplan con estándares de calidad internacional. Dichos estándares están apoyados en métodos y reglamentaciones que, para tal efecto, promueven diferentes organismos internacionales y cuyo objetivo está orientado hacia la evaluación del desempeño de las políticas o programas de la calidad de la atención.

Por otra parte, la desigualdad social y en salud se encuentran vinculadas de manera estrecha. En particular, el acceso diferenciado al dinero, conocimiento, prestigio y conexiones sociales influye sobre la manera en que las personas cuidan y atienden su salud. En México, dos de las principales causas de la desigualdad en la protección de la salud son el acceso limitado a los servicios sanitarios que provee el Estado y el riesgo financiero asociado a los gastos por enfermedad.

Primero, el acceso a los servicios de salud se ha determinado, históricamente, por el tipo de trabajo de cada individuo. Las personas asalariadas en el sector formal tienen la protección de los servicios de salud de la seguridad social con financiamiento tripartita (el empleador, el empleado y el Estado). Es decir, cuentan con los servicios del

Instituto Mexicano del Seguro Social y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. La segunda causa de la desigualdad en salud es de naturaleza financiera y refiere a que la mitad del gasto total en salud en México proviene de fuentes privadas, sobre todo del llamado “gasto de bolsillo”. Esto significa que la mitad de los recursos financieros erogados para proteger la salud de las personas provienen del dinero que las personas gastan en consultas médicas, adquisición de medicamentos o servicios de hospitalización en el momento de enfrentar una enfermedad. El gasto de bolsillo, además, no incluye los pagos por contratar seguros médicos privados para prevenir el riesgo financiero de la enfermedad. La Organización Mundial de la Salud reconoce que financiar la salud a través de gasto de bolsillo es injusto e ineficiente, pues violenta el principio de que las personas paguen según su capacidad financiera y de acuerdo a sus necesidades de salud.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades en este rubro, ya que las circunstancias en que las personas viven son resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos disponibles. La inequidad en salud, definida como las diferencias innecesarias y evitables sobre las condiciones de salud arbitrarias e injustas, se hace diferente de la desigualdad en salud toda vez que la primera considera juicios de valor a partir de las dimensiones ética y moral. Desde esta perspectiva, “la desigualdad en salud como el criterio de medición que permite valorar la inequidad” incorpora, a través de su monitoreo, “el propósito de servir como sustento a las políticas, programas y prácticas para reducir las diferencias en salud que se juzgan como arbitrarias e injustas.

Ahora bien, para tratar de identificar estas vías siempre que sea posible, porque ello ayuda a comprender mejor los mecanismos por los cuales surgen las diferencias en salud y proporciona más opciones para diseñar soluciones de política a problemas reales. No obstante, es necesario un esfuerzo aun mayor para que la equidad en salud y la actuación sobre los determinantes sociales de la salud se conviertan en una prioridad común en las agendas de los gobiernos.

Unas de las acciones para reducir las desigualdades socioeconómicas en salud son: la creación de un sistema epidemiológico de vigilancia o monitoreo de las desigualdades socioeconómicas en salud, promover el uso y la efectividad de los servicios en áreas y poblaciones de baja posición socioeconómica, así como establecer en la agenda pública y las acciones gubernamentales se amplíe la discusión que únicamente se centra en la pobreza, a incluir también la desigualdad social estructural que caracteriza a la sociedad mexicana .

En resumen, podemos observar como el aspecto de la desigualdad social influye de manera determinante en las desigualdades en salud, pues los más afectados son las personas que menores oportunidades tienen de recibir los servicios de salud, lo que se pone de manifiesto cuando se analiza el proceso de transición epidemiológica en México.

De este modo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que, para combatir las desigualdades sociales, es necesario que los países enfoquen sus políticas públicas en modificar los determinantes sociales de la salud (DSS) y elaboren políticas de salud que estén en sintonía con las necesidades locales y tengan en cuenta a los grupos sociales más vulnerables. En efecto, el abordaje de los DSS propuesto por la OMS busca eliminar inequidades en salud a través de acciones multisectoriales.

Por lo anteriormente expuesto, los diputados que integramos esta Comisión, consideramos procedentes las iniciativas materia del presente dictamen ya que, ello nos llevaría a garantizar que los usuarios de los servicios de salud reciban los beneficios máximos que cubran sus expectativas al interactuar con los sistemas de salud, así como, disminuir las brechas en salud y alcanzar a garantizar el derecho humano a la salud en nuestro Estado, todo esto mediante la redefinición de la finalidades del derecho a la salud contempladas en la Ley local de la materia.

En razón de lo anterior, con apoyo en lo dispuesto por el artículo 52 de la Constitución Política del Estado de Sonora, sometemos a la consideración del Pleno, el siguiente proyecto de:

DECRETO

QUE REFORMA DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY DE SALUD PARA EL ESTADO DE SONORA.

ARTÍCULO ÚNICO.- Se reforman los artículos 1o, fracción III y 2o de la Ley de Salud para el Estado de Sonora, para quedar como sigue:

ARTICULO 1o.- ...

I y II.- ...

III.- El acceso efectivo de los habitantes a los servicios de salud; y

IV.- ...

...

ARTICULO 2o.- El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

I.- El bienestar físico y mental del ser humano para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades, generando mecanismos de participación social real, profunda, inclusiva y accesible, con perspectiva de diversidad intercultural y funcional para garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud;

II.- La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana, abordando los procesos de determinación social de la salud a través de intervenciones intersectoriales que promuevan cambios sustantivos sobre las condiciones ambientales, sociales, económicas, de vivienda e infraestructura básica de una población en un territorio;

III.- La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social y a asegurar un modelo institucional que permita al estado cumplir con su responsabilidad ineludible de garantizar el derecho a la salud en el marco de los derechos humanos;

IV.- La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud, desarrollando modelos de atención basados la atención primaria de salud (APS), centrados en las personas y las comunidades, considerando la diversidad humana, la interculturalidad y la etnicidad;

V.- El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población, operacionalizando el acceso efectivo a los servicios, con calidad en la atención y protección financiera para todos los habitantes del estado;

VI. - Desarrollar un modelo de financiamiento que asegure la suficiencia, la calidad, la equidad, la eficiencia y la sostenibilidad;

VII.- El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, considerando a la salud pública como el eje orientador de las respuestas del Estado para la transformación de los sistemas de salud;

VIII.- El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud, valorando a los recursos humanos como sujetos protagonistas de la construcción y consolidación de un sistema de salud universal; y

IX. - Promover la utilización racional y la innovación de los recursos tecnológicos para el servicio de las necesidades de salud de la población.

TRANSITORIO

ARTÍCULO ÚNICO.- El presente Decreto entrará en vigor el día de su publicación en el Boletín Oficial del Gobierno del Estado de Sonora.

Por estimar que el presente dictamen debe ser considerado como de obvia resolución, con fundamento en lo dispuesto por el artículo 127 de la Ley Orgánica del Poder Legislativo del Estado de Sonora, se solicita la dispensa al trámite de segunda lectura, para que sea discutido y decidido, en su caso, en esta misma sesión ordinaria.

SALA DE COMISIONES DEL H. CONGRESO DEL ESTADO "CONSTITUYENTES SONORENSES DE 1917"

Hermosillo, Sonora, a 24 de febrero de 2021.

C. DIP. FILEMÓN ORTEGA QUINTOS

C. DIP. DIANA PLATT SALAZAR

C. DIP. MIROSLAVA LUJÁN LÓPEZ

C. DIP. LUIS MARIO RIVERA AGUILAR

C. DIP. ROSA ICELA MARTÍNEZ ESPINOZA

C. DIP. CARLOS NAVARRETE AGUIRRE

C. DIP. FERMÍN TRUJILLO FUENTES

NOTA DEL EDITOR: Las iniciativas y posicionamientos de los diputados se publican en los precisos términos en los que son enviados por quienes los suscriben.