

**DIP. FAUSTO MANUEL ZAMORANO ESPARZA
PRESIDENTE DE LA MESA DIRECTIVA
DEL CONGRESO DE LA CIUDAD DE MÉXICO
II LEGISLATURA
P R E S E N T E**

Quien suscribe, Diputado Aníbal Alejandro Cañez Morales, integrante del Grupo Parlamentario del Partido Acción Nacional en la II Legislatura del Congreso de la Ciudad de México, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 122, Apartado A, fracción II y Apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos; 29, apartado A, numeral 1 y apartado D incisos c), 30, numeral 1, inciso b), 2, de la Constitución Política de la Ciudad de México; 1, 12 fracción II y 13, fracción LXVII de la Ley Orgánica del Congreso de la Ciudad de México y el 1, 2 fracción XXI, 5 fracción II, 95 fracción II, 96, 325 y 326 del Reglamento del Congreso de la Ciudad de México, someto a consideración de ese H. Congreso, la presente **INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE REFORMAN Y ADICIONAN DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO.**

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

A.) Protección universal al Derecho a la salud

El acceso a la salud es un derecho humano tutelado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH), adoptada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), mediante resolución 217-A-III, de 10 de diciembre de 1948.

En este instrumento, la salud se encuentra contenido en el “derecho a un nivel de vida adecuado”, dentro de su artículo 25, que habla sobre el espectro que conlleva al alcance de la dignidad de las personas¹.

De igual manera, con la constitución de la Organización Mundial de la Salud, se definió que la salud abarca más allá de la simple atención a padecimientos físicos y enfermedades, señalando que la salud es “*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*”², y que este derecho es universal sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

Es así que, los gobiernos deben otorgar la mayor protección a este derecho, creando los mecanismos técnicos y jurídicos, así como instituciones que velen por mejorar la calidad de vida de las personas, acercando la atención a la universalidad de las comunidades.

En México, el artículo 4° de la Constitución Política, garantiza y protege este derecho humano desde febrero de 1983, no obstante, el sistema de salud que imperó durante décadas fue dirigido a las personas que por su situación laboral contaban con esta “prestación”, dejando a discrecionalidad del sistema de salud público estatal el paradigma de aquella atención que no fuera reservada para las instituciones a las que se refiere en materia laboral el artículo 123 de la Carta Magna.

¹ <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r38342.pdf>

²

<https://www.who.int/es/about/governance/constitution#:~:text=La%20salud%20es%20un%20estado,o%20condici%C3%B3n%20econ%C3%B3mica%20o%20social.>

En el año 2003 se creó el Seguro Popular como un componente operativo del Sistema de Protección Social en Salud, política pública adoptada por el Gobierno Federal, el cual era un mecanismo financiero cuyo propósito principal era garantizar el acceso a servicios de salud a la población que no contaba con seguridad social por medio de afiliaciones locales a cargo de las entidades federativas y prestando las atenciones en los establecimientos estatales que no forman parte de algún instituto de seguridad social, sectorizando los recursos de acuerdo al número real de afiliados³.

Esto promovía evitar gastos catastróficos e innecesarios por parte de la población en la atención de problemas de su salud, ya que el objetivo principal del Seguro Popular era el acceso universal, sin gasto de bolsillo, a un conjunto de intervenciones a padecimientos de salud en los tres niveles de atención, otorgando así un acceso efectivo para la población en el sistema de salud pública integrada.

Hasta el año 2012, según datos oficiales del Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social (CONEVAL), el incremento de la cobertura del Seguro Popular disminuyó la probabilidad de que los hogares afiliados al programa en mención realizaran un gasto de bolsillo en servicios de salud, reduciendo también la probabilidad de hacer un gasto en atención primaria y en hospitalización⁴.

3

https://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Especificas_Desempeno2012/SALUD/12_U005/12_U005_Completo.pdf

4

https://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Especificas_Desempeno2012/SALUD/12_U005/12_U005_Completo.pdf

Según datos del INEGI en 2019, en el año 2000 previo a la creación del Seguro Popular, 55.6 millones de personas en México no contaban con afiliación a alguna institución de seguridad social, ya fuera en el IMSS, ISSSTE, PEMEX u otra de acuerdo a su situación laboral, sin embargo, para el año 2018, ya con el Seguro Popular, esta cifra se redujo a 22.4 millones de personas⁵.

No obstante las cifras anteriores, los partidarios de Andrés Manuel López Obrador mantuvieron una campaña, sin pruebas y mediante datos maquillados, para aducir que el Seguro Popular era ineficiente y que, de llegar a la presidencia, el llamado movimiento encabezado por el ahora presidente, iba a desaparecerlo según él porque “*ni era seguro, ni era popular*”, y que una vez en el poder iba a desaparecer ese programa por referirlo como ineficiente, a pesar de que los datos oficiales y la realidad fáctica evidenciaron lo contrario.

Con la reforma constitucional en materia de salud en 2020, el estado mexicano amplió las garantías para que el alcance de los sistemas de salud sean más eficientes y tengan un alcance universal, institucionalizando la atención a través de lo que se le denominó “estado de Bienestar” y un sistema que abarca la atención mediante la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuentan con seguridad social basado en la atención primaria a la salud, lo anterior a través del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) que se constituyó como un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal que está sectorizado a la Secretaría de Salud, mismo que está en proceso de transición al denominado IMSS-Bienestar, mediante decreto del 30 de agosto de 2022, cuyo objetivo es aplicar un modelo integral a la salud concurrente.

⁵ <https://ciep.mx/de-seguro-popular-a-insabi-mayor-poblacion-con-menor-atencion/#fnref1>

Cabe señalar que una de las diferencias importantes entre el desaparecido Seguro Popular y el INSABI, radica en que a pesar de que el gobierno de la 4T ha manifestado gratuidad en todo el sistema de salud es gratuita, las intervenciones de tercer nivel sí tienen un costo para la población, situación que con el Seguro Popular no era así⁶.

Otra diferencia que se ha notado demasiado es la referente a la entrega y disposición de medicamentos, pues con el Seguro Popular el abasto era limitado y a veces ineficiente por la mala planeación que le correspondía a las entidades federativas o por las condiciones específicas de cada comunidad, sin embargo, con la llegada de la llamada 4T, se centralizó el abasto de los medicamentos y se redujo el gasto en la adquisición de insumos médicos y tratamientos, causando un desabasto generalizado y no solamente por entidades en específico, tal como se nota con el desabasto, hasta la fecha, de medicamentos y tratamientos para padecimientos cancerígenos⁷.

Además de lo anterior, en 2020 el Centro Nacional de Evaluación para la Educación Superior (CENEVAL) llevó a cabo un estudio para medir la pobreza en el país, en el cual hizo un comparativo entre 2018 y 2020 en el rubro particular de “carencia de servicios de salud”, arrojando un resultado comparado de 16.2 millones de personas en 2018 que carecían de algún servicio de salud otorgado por el Estado, mientras que para el 2020 la cifra aumentó a 28.2 millones de individuos⁸. Por lo que se aduce

⁶ <https://www.saludiarario.com/insabi-ha-sido-mejor-o-peor-que-el-seguro-popular/>

⁷ <https://www.elfinanciero.com.mx/opinion/alejo-sanchez-cano/2022/03/23/persiste-el-desabasto-de-medicamentos-oncologicos/>

⁸ <https://www.saludiarario.com/insabi-ha-sido-mejor-o-peor-que-el-seguro-popular/>

que con los recortes presupuestales que el gobierno de López Obrador hizo al sector salud, en particular al Seguro Popular, se afectó un modelo que venía siendo exitoso, con sus detalles perfeccionables, pero eficiente, apreciando que usó estas cifras para justificar su nuevo modelo de salud, sin importarle que hasta el momento del estudio hubiera más personas sin servicios básicos de salud.

Es por lo anteriormente señalado que, a partir del año 2018 el sistema de salud existente comenzó a colapsar, pues si bien uno de los aciertos fue la simplificación burocrática para afiliarse al INSABI, esto atrajo una descompensación entre la capacidad para prestar servicios de salud y la cantidad de personas que se encuentran en situación de carencia de seguridad social, orillando a los pacientes a incrementar el gasto de bolsillo de nuevo, con la finalidad de encontrar en la iniciativa privada una respuesta o una solución al problema de saturación en los establecimientos de salud del sector público.

Derivado de lo anterior, el gobierno de la República ha buscado los mecanismos para que sus objetivos en materia de universalidad de salud se puedan cumplir a cabalidad, por lo que además de atender la actividad en la prestación de servicios de salud pública, también ha hecho énfasis en la regulación y vigilancia de los establecimientos privados por parte de particulares que se dedican a la prestación de servicios de salud.

B.) Legislación en materia de establecimientos de salud

La Ley General de Salud, es el ordenamiento máximo que regula las actividades y los servicios a nivel nacional en materia de salud, clasificando en su artículo 3 aquello que es materia de salubridad general, de conformidad con lo previsto en el artículo 34, fracciones I, III y IV, en cuanto a los tipos de establecimientos para la

atención de varias actividades relacionadas con la salubridad y posibles riesgos sanitarios. Asimismo, la norma en cita especifica la competencia de las autoridades para ejercer sus atribuciones en la observancia del marco jurídico y el cómo debe regir armónicamente entre los tres órdenes de gobierno, de conformidad con lo previsto por sus artículos 10 y 13.

De lo anterior se desprende la creación de organismos que puedan procurar la prevención y atención de riesgos sanitarios que pueden surgir en los establecimientos cuyas actividades tengan un impacto en la salud de las personas, desde la elaboración, fabricación, producción y distribución de alimentos, bebidas y fármacos, hasta aquellos establecimientos que se dediquen al ejercicio de la atención médica. Es por esto que, derivado de lo mandatado por la Ley General, los gobiernos de los distintos órdenes de gobierno fueron dotados con atribuciones y facultades específicas para la creación de organismos que puedan ejercer en su ámbito de competencia.

En la Ciudad de México, en 2021 se publicó la Ley de Salud de la Ciudad de México, la cual derivó de la reforma política constitucional de esta entidad, así como de la promulgación de la Constitución Política local, abrogando la Ley de Salud del Distrito Federal. Con esto evolucionó el sistema de salud en la capital del país, reconociendo la necesidad de regular la actividad en la materia conforme a los nuevos paradigmas y la situación actual, esto sin contravenir las atribuciones que la ley general le otorga a la entidad federativa.

B.1) Autoridades de regulación y vigilancia

El 5 de julio del 2001, mediante decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación, se creó la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos

Sanitarios (COFEPRIS), como un organismo desconcentrado de la Secretaría de Salud federal y que es responsable del ejercicio de las atribuciones que le otorga el artículo 17 bis, de la Ley General de Salud en materia de evaluación, regulación, vigilancia, control y fomento sanitarios.

Por su parte, 17 de septiembre de 2009 nace en la Ciudad de México (entonces Distrito Federal) la Agencia de Protección Sanitaria del Distrito Federal, dependencia que fue la encargada de coordinarse con la COFEPRIS en las materias competentes, misma que se actualizó mediante el artículo Octavo Transitorio del Decreto que Decreto por el que se abroga la Ley de Salud del Distrito Federal y se expide la Ley de Salud de la Ciudad de México en 2021, con la denominación de Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México (AGEPSA).

A la AGEPSA, dentro de sus atribuciones legales y convencionales, le corresponde ejercer la regulación, control, vigilancia y fomento sanitarios de las actividades, condiciones, sitios, servicios, productos y personas que puedan tener un impacto a la salud a través de su actividad. Por lo que entre las facultades de control y vigilancia, se encuentran **las visitas de diagnóstico sanitario** y, en su caso, la emisión de recomendaciones para las acciones correctivas; las visitas, conjuntamente con otras autoridades, cuando un problema implique la concurrencia de varias autoridades; y **las visitas de verificación sanitaria**, así como en su caso, la aplicación de medidas de seguridad y sanciones, cuando sea necesario, de conformidad con lo previsto por los artículos 158 y 159 de la Ley de Salud de la Ciudad de México.

Para lo anterior, la AGEPSA cuenta con cinco Coordinaciones de área, entre las que destaca la Coordinación de Servicios de Salud y de Cuidados Personales,

cuyas atribuciones se encuentran reguladas normativamente en el artículo 17 del Reglamento de la Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México, y en las que se le designa la regulación, control y vigilancia sanitarios, entre otros, de los servicios de salud, unidades de atención médica, hospitales, clínicas, consultorios médicos, bancos de sangre, laboratorios de análisis y radiológicos, y demás auxiliares del diagnóstico y tratamiento, ambulancias y farmacias.

C.) Problemática identificada

El problema que impulsa esta iniciativa deriva del incremento de la atención que brindan consultorios médicos que se localizan dentro o a un costado de farmacias particulares, y que en algunos casos, no cumplen con las condiciones o las autorizaciones necesarias para su funcionamiento óptimo, creando una sobreprescripción de medicamentos que pueden presumir cuotas para la venta en establecimientos farmacéuticos y con esto, riesgos a la salud de los pacientes⁹.

Sin embargo, esta problemática se puede distinguir en dos vertientes, por un lado la saturación de pacientes en las instalaciones que prestan atención médica dentro del sistema de salud pública y la ineficacia para dar atención de calidad por parte de estas instituciones; mientras que por otro lado, con la implementación de la política de austeridad por parte del gobierno federal, y otros factores externos, incluyendo la pandemia causada por el coronavirus Covid-19, se han modificado las condiciones de adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos e insumos médicos en todo el país, ocasionando un estado de desabasto en el sistema público e impactando en el surtimiento de medicamentos gratuitos a la

⁹ <https://www.insp.mx/avisos/3411-consultorios-medicos.html>

población. Lo anterior propicia que los pacientes busquen otras alternativas en el sector privado, afectando con esto la economía de las familias en México¹⁰.

El problema se agrava cuando las personas titulares de los establecimientos privados no cumplen con las normas para su funcionamiento correcto, ni con las condiciones idóneas para prestar un servicio de atención médica, ya sea porque la persona que brinda la atención no cuenta con las credenciales profesionales para ejercer la profesión médica, o porque el establecimiento cuenta con una autorización distinta a la que debe tener para ser considerado un consultorio médico.

El servicio que prestan los consultorios médicos adyacentes a las farmacias, también conocidos como “*consultorios de paso*”, de forma indirecta viene a suplir la responsabilidad del Estado para brindar servicios de salud y orientación o atención médica, puesto que son establecimientos de atención primaria que brindan un servicio de características sociales por su ubicación, accesibilidad y bajo costo a la población a diferencia de un consultorio médico particular o de un centro médico privado. Hasta el día de hoy no se cuenta con datos oficiales específicos de la cantidad de establecimientos que prestan atención médica adyacente a las farmacias particulares debido al crecimiento que han tenido en los últimos años, sin embargo, datos secundarios de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, indicaron que cerca del 40% de las consultas médicas a nivel nacional se realizaban en el sector privado hasta ese año¹¹.

¹⁰ <https://www.animalpolitico.com/2022/07/medicamentos-desabasto-persiste-poblacion-sin-seguridad-social-ong/>

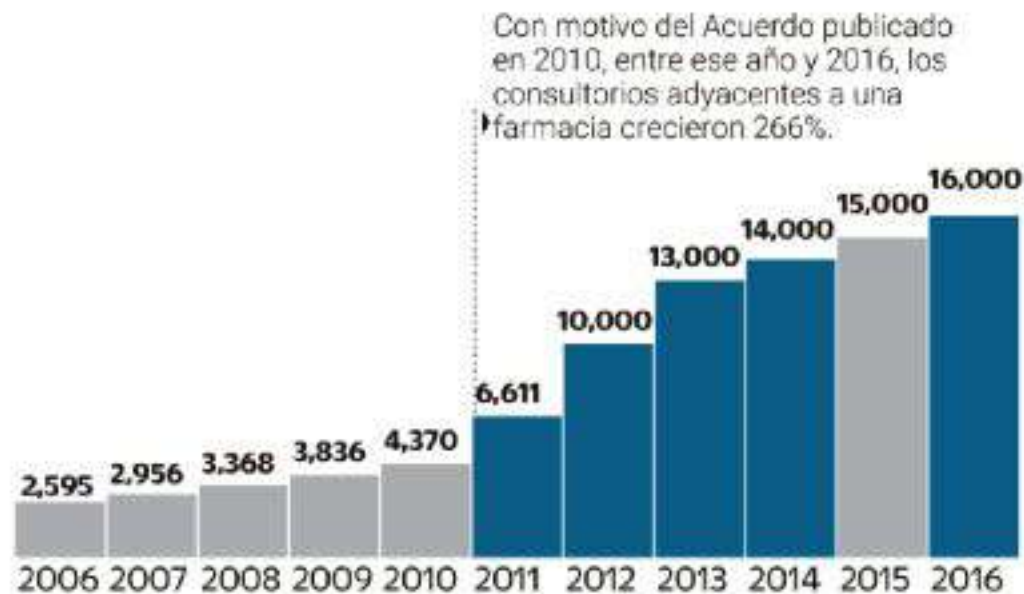
¹¹ <https://archivo.eluniversal.com.mx/nacion-mexico/2014/farmacias-arrebatan-consultas-al-sector-salud-986292.html>

Sin embargo, con la disposición oficial de 2010 que limita la venta de antibióticos y otros medicamentos solo con prescripción médica, el número de farmacias que cuentan con un consultorio médico aumentó exponencialmente en los años subsecuentes al 2012, pues según datos de la COFEPRIS, de tener registro de 10,000 farmacias con consultorio en 2012, aumentó a 16,000 farmacias en 2016¹².

Farmacias con Consultorio en México

(Número de FAC's de 2006 a 2016)

* Datos estimados por la COFEPRIS. Incluyen los consultorios de cadena que aún no están registrados en CLUES, más CAF's de cadenas de farmacias independientes. **El 25 de agosto de 2010 entró en vigor el "Acuerdo por el que se determinan los lineamientos a los que estará sujeta la venta y dispensación de antibióticos".



Fuente: COFEPRIS (2016) con información de IMS Health, Farmacias Similares, Farmacias del Ahorro y otras cadenas.

¹² <https://interactivo.eluniversal.com.mx/2018/mapa-consultorios-farmacias/img/farmacias-consultorio-grafica-mobile.png>

Sin embargo, el presidente de la Asociación Nacional de Farmacias de México, refirió que hasta el año 2022, ellos tienen registro de 18,000 farmacias que cuentan con consultorio médico adyacente¹³, en los cuales se otorgan más de 350,000 consultas al día a personas que carecen de seguridad social ante una institución del estado, o que si la tiene pero opta por estos servicios para evitar largas filas y pérdida de tiempo debido al servicio ineficiente y el trato que reciben por parte del personal de los establecimientos públicos de salud.

No obstante, dentro de las estadísticas no se contemplan aquellos establecimientos que no se encuentran registrados ante la Asociación Nacional de Farmacias de México y que se encuentran en demarcaciones territoriales con acceso limitado a instituciones de salud públicas, esto conlleva que las actividades no puedan ser reguladas o verificadas de una manera completa por parte de las autoridades. Máxime que debido a la precariedad de las condiciones en las que se puede localizar una familia, así como la falta de información, suelen tratar afecciones de salud en lugares que no cuentan con las autorizaciones o las condiciones para atenderlos de forma digna y salubre.

Cabe señalar que a pesar de que los manuales y las normas para la instalación de un establecimiento de salud o consultorio son públicas, también es cierto que debido a la necesidad de atención médica económica y pronta por parte de los usuarios, cabe la posibilidad de que existan establecimientos que no cuenten con las autorizaciones correctas o completas para prestar el servicio, aunado que las autoridades competentes para llevar a cabo acciones de verificación suelen ser

¹³ <https://colectivo-news.com/nacion/consultorios-en-farmacias-responden-damos-10-millones-de-consultas/>

ineficientes, ya sea porque no cuentan con el personal suficiente para llevar a cabo las verificaciones o porque, como lo es el caso de la Ciudad de México, las facultades de verificación se encuentran supeditadas a una denuncia.

D.) Propuesta

La presente propuesta pretende otorgar mayores facultades de verificación a la Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México (AGEPSA), con el objeto de tener un mayor control sobre los establecimientos de salud en la Ciudad de México, en particular a aquellos considerados como consultorios adyacentes a farmacias, con la finalidad de preservar la salud de las personas usuarias.

Lo anterior adicionando un segundo párrafo a la fracción IV, del artículo 158; reformando el inciso rr), de la fracción I, del artículo 159; y reformando la fracción II, del artículo 161, todas de la Ley de Salud de la Ciudad de México.

A continuación se presenta el cuadro comparativo de la iniciativa:

TEXTO VIGENTE	PROPUESTA
<p>Artículo 158. A la Agencia ...</p> <p>I. a la III. ...</p> <p>IV. Transferencia del asunto a autoridades competentes para su atención, cuando así sea el caso, y</p>	<p>Artículo 158. A la Agencia ...</p> <p>I. a la III. ...</p> <p>IV. Transferencia del asunto a autoridades competentes para su atención, cuando así sea el caso; y</p>

<p>V. Visita de verificación sanitaria, y en su caso, la aplicación de medidas de seguridad y sanciones, cuando sea necesario.</p> <p>(Sin correlativo)</p>	<p>V. Visita de verificación sanitaria, y en su caso, la aplicación de medidas de seguridad y sanciones, cuando sea necesario.</p> <p>Tratándose de establecimientos que se dediquen a la prestación de servicios de salud o atención u orientación médica en cualquiera de sus modalidades, las verificaciones señaladas en esta fracción, podrán ser ejecutadas en los términos previstos por el artículo 162 de la presente Ley.</p>
<p>Artículo 159. Las atribuciones de ...</p> <p>I. Ejercer la regulación ...</p> <p>a) a la qq)...</p> <p>rr) Servicios de salud, hospitales, clínicas, consultorios médicos, bancos de sangre, laboratorios de análisis y radiológicos, farmacias y demás auxiliares del diagnóstico y tratamiento;</p>	<p>Artículo 159. Las atribuciones de ...</p> <p>I. Ejercer la regulación ...</p> <p>a) a la qq)...</p> <p>rr) Servicios de salud, hospitales, clínicas, consultorios médicos, bancos de sangre, laboratorios de análisis y radiológicos, farmacias y demás auxiliares del diagnóstico y</p>



II LEGISLATURA

<p>ss) a la ww)...</p> <p>II. a la XVIII....</p>	<p>tratamiento, incluyendo los que presten servicios de consulta médica adyacente a farmacias o laboratorios, o dependan estructuralmente de estos;</p> <p>ss) a la ww)...</p> <p>II. a la XVIII....</p>
<p>Artículo 161. Para cumplir sus atribuciones ...</p> <p>I. ...</p> <p>II. Vigilar e inspeccionar los sitios, establecimientos, actividades, productos, servicios o personas de que se trate;</p> <p>III. a la X....</p>	<p>Artículo 161. Para cumplir sus atribuciones ...</p> <p>I. ...</p> <p>II. Vigilar e inspeccionar los sitios, establecimientos, actividades, productos, servicios o personas de que se trate, desde que se le otorgue la autorización, certificado, licencia, permiso o acreditación, o en el momento que por su naturaleza se requiera;</p> <p>III. a la X....</p>



Es con esto que se considera que la actividad de verificación por parte de la dependencia facultada para la prevención de riesgos sanitarios en la Ciudad de México, podrá llevarse a cabo con el objetivo de regular con mayor detalle a los consultorios adyacentes a farmacias en la Ciudad de México y, con esto, un mejor control en el cumplimiento de los requisitos de idoneidad en dichos establecimientos.

Por lo anteriormente fundado y motivado, someto a consideración de esta soberanía el siguiente

PROYECTO DE DECRETO

ÚNICO. Se reforman el inciso rr), de la fracción I, del artículo 159 y la fracción II, del artículo 161; y se adiciona un segundo párrafo a la fracción IV, del artículo 158; todas de la Ley de Salud de la Ciudad de México, para quedar de la siguiente manera:

Artículo 158. A la Agencia ...

I. a la III. ...

IV. Transferencia del asunto a autoridades competentes para su atención, cuando así sea el caso; y

V. Visita de verificación sanitaria, y en su caso, la aplicación de medidas de seguridad y sanciones, cuando sea necesario.

Tratándose de establecimientos que se dediquen a la prestación de servicios de salud o atención u orientación médica en cualquiera de sus modalidades, las verificaciones señaladas en esta fracción, podrán ser ejecutadas en los términos previstos por el artículo 162 de la presente Ley.

Artículo 159. Las atribuciones de ...

I. Ejercer la regulación ...

a) a la qq)...

rr) Servicios de salud, hospitales, clínicas, consultorios médicos, bancos de sangre, laboratorios de análisis y radiológicos, farmacias y demás auxiliares del diagnóstico y tratamiento, incluyendo los que presten servicios de consulta médica adyacente a farmacias o laboratorios, o dependan estructuralmente de estos;

ss) a la ww)...

II. a la XVIII....

Artículo 161. Para cumplir sus atribuciones ...

I. ...

II. Vigilar e inspeccionar los sitios, establecimientos, actividades, productos, servicios o personas de que se trate, desde que se le otorgue la autorización,

certificado, licencia, permiso o acreditación, o en el momento que por su naturaleza se requiera;

III. a la X....

ARTÍCULOS TRANSITORIOS

PRIMERO. El presente decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México.

SEGUNDO. Una vez que el presente Decreto entre en vigor, la Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México deberá adecuar sus normas reglamentarias y manuales en un plazo no mayor a 90 días naturales.

Ciudad de México a 13 de septiembre de 2022.

