

DICTAMEN CON PROYECTO DE ACUERDO POR EL QUE SE EXHORTA RESPETUOSAMENTE A LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE GUERRERO, Y A LA COORDINACIÓN ESTATAL DEL IMSS BIENESTAR DE GUERRERO, PARA QUE REALICE LAS ACCIONES ADMINISTRATIVAS, PRESUPUESTALES, LOGÍSTICAS Y OPERATIVAS NECESARIAS A EFECTO DE QUE LAS CARAVANAS DE LA SALUD QUE SE DESARROLLAN EN LAS REGIONES DE LA MONTAÑA ALTA Y COSTA CHICA CUENTEN PERMANENTEMENTE CON MATERIAL DE CURACIÓN, MEDICAMENTOS BÁSICOS E INSUMOS MÍNIMOS PARA BRINDAR ATENCIÓN EFECTIVA, DIGNA, SUFICIENTE E INTERCULTURAL A LA POBLACIÓN.

**CC. DIPUTADOS SECRETARIOS DE LA
MESA DIRECTIVA DEL H. CONGRESO DEL
ESTADO DE GUERRERO.
P R E S E N T E S**

A la Comisión de Salud de la LXIV Legislatura al H. Congreso del Estado de Guerrero, fue turnada para su estudio, análisis y dictamen correspondiente, el Punto de Acuerdo suscrito por la **Diputada Catalina Apolinar Santiago**, mediante el cual la Sexagésima Cuarta Legislatura del Congreso del Estado Libre y Soberano de Guerrero exhorta respetuosamente a la Titular de la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Guerrero, Dra. Alondra García Carbajal, para que realice las acciones administrativas, presupuestales, logísticas y operativas necesarias a efecto de que las caravanas de la salud que se desarrollan en las Regiones de la Montaña alta y Costa Chica cuenten permanentemente con material de curación, medicamentos básicos e insumos mínimos para brindar atención efectiva, digna, suficiente e intercultural a la población.

En virtud del análisis y estudio del Punto de Acuerdo de referencia, esta Comisión Legislativa, con fundamento en los artículos, 161, 174 fracciones II y XIV, 175, 177 fracción I, 195 fracción XVI, 248, 249, 254, 256, 257 y demás relativos y aplicables de la Ley Orgánica del Poder Legislativo del Estado de Guerrero Número 231, somete a consideración de esta Honorable Asamblea el presente Acuerdo Parlamentario, basándose en la siguiente:



METODOLOGÍA:

La Comisión de Salud encargada del análisis y dictamen de la Proposición con Punto de Acuerdo en comento, desarrolló los trabajos correspondientes conforme al procedimiento que a continuación se describe:

I. En el capítulo de **"Antecedentes"**, se da constancia del proceso legislativo, en su trámite de inicio, recibo de turno para el dictamen del referido Punto de Acuerdo y de los trabajos previos de la Comisión.

II. En el capítulo correspondiente a **"Objeto y Descripción del Punto de Acuerdo"**, se exponen los motivos y alcance de la Proposición con Punto de Acuerdo en estudio.

III. En el capítulo de **"Consideraciones"**, la Comisión dictaminadora expresa los argumentos de valoración de la propuesta y de los motivos que sustentan la decisión de respaldar o desechar el Punto de Acuerdo en análisis.

IV. En el capítulo de **"Texto Normativo y Régimen Transitorio"**, se sienta la resolución derivada del análisis de los asuntos turnados, así como las disposiciones que rigen las situaciones inmediatas temporales.

I. ANTECEDENTES

1. En sesión de fecha 5 de mayo del año en curso, la **Diputada Catalina Apolinar Santiago**, integrante de la LXIV Legislatura del H. Congreso del Estado de Guerrero, presentó ante el Pleno la Proposición con Punto de Acuerdo Parlamentario, por el que se exhorta respetuosamente a la Titular de la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Guerrero, Dra. Alondra García Carbajal, para que realice las acciones administrativas, presupuestales, logísticas y operativas necesarias a efecto de que las caravanas de la salud que se desarrollan en las Regiones de la Montaña alta y Costa Chica cuenten permanentemente con material de curación, medicamentos básicos e insumos mínimos para brindar atención efectiva, digna, suficiente e intercultural a la población.

2. Con la misma fecha, la Presidencia de la Mesa Directiva de la Sexagésima Cuarta Legislatura, dispuso que fuera turnada a la Comisión de Salud para su análisis, estudio y dictamen, conforme a lo dispuesto en los artículos, 241, 242, 243 y 244 de la Ley Orgánica del Poder Legislativo del Estado de Guerrero, recibándose en la Presidencia de esta Comisión el 06 de mayo del mismo año, con el turno correspondiente número **LXIV/2DO/SSP/DPL/1597/2026**, ordenando a la Comisión de Salud atender esta iniciativa, para su análisis y dictamen correspondiente.

3. Con fecha 12 de mayo de 2026 la presidencia de la Comisión de Salud remitió a las Diputadas integrantes de la Comisión, la Iniciativa presentada por la



Diputada Catalina Apolinar Santiago, para la elaboración del dictamen correspondiente.

II. CONTENIDO DE LA PROPOSICIÓN

La **Diputada Catalina Apolinar Santiago**, expone en su Proposición con Punto de Acuerdo lo siguiente:

CONSIDERANDOS:

PRIMERO. El derecho a la protección de la salud no constituye una concesión del poder público, sino una obligación jurídica positiva para todas las autoridades del Estado mexicano en el ámbito de sus respectivas competencias.

Por su parte, el artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos dispone con claridad que toda persona tiene derecho a la protección de la salud y que la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, así como la concurrencia entre Federación y Entidades Federativas en materia de salubridad general.

Esta disposición no se agota en una proclamación formal, sino que exige prestaciones efectivas, oportunas, suficientes y accesibles para la población, en especial para quienes habitan en contextos de pobreza, marginación y dispersión territorial

Desde esa óptica, una política pública itinerante que llega físicamente a las comunidades; pero carece de medicamentos, gasas, suturas, antibióticos básicos, analgésicos, material de curación o elementos mínimos de atención primaria, incumple materialmente la finalidad constitucional que justifica su existencia.

En consecuencia, la presencia simbólica del servicio no equivale al goce real del derecho humano a la salud, ya que la Constitución obliga a 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. De ahí que el deber de abastecimiento no sea una cuestión secundaria o administrativa menor, sino una condición indispensable para la validez sustantiva de la acción gubernamental en salud.

Cuando esa obligación falla de manera reiterada en regiones indígenas y afroamericanas, el déficit institucional adquiere además una dimensión de desigualdad estructural.

SEGUNDO. En el plano interamericano, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, conocido como Protocolo de San Salvador, reconoce en su artículo 10 que toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. También establece, que los Estados Parte deben reconocer la salud como un bien público y adoptar medidas encaminadas a garantizar la atención primaria de la salud, la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todas las personas sujetas a su jurisdicción y la satisfacción de las necesidades de los grupos en situación de mayor riesgo y vulnerabilidad.

En este tenor, los artículos 1, 2 y 3 del Protocolo obligan a adoptar medidas de orden interno, a desarrollar disposiciones legislativas o de otra naturaleza y a asegurar el ejercicio de los derechos sin discriminación.



Estas previsiones cobran especial relevancia para Guerrero, donde existen comunidades indígenas y afroamericanas ubicadas en regiones con complejas barreras geográficas, históricas y económicas de acceso a servicios públicos esenciales.

Cuando las caravanas de salud, diseñadas precisamente para superar dichas barreras, no cuentan con insumos indispensables, se erosiona la eficacia del principio de progresividad y se compromete el deber de no discriminación material.

La omisión estatal en el abastecimiento impacta con mayor severidad a quienes ya enfrentan mayor exclusión, por lo que no puede considerarse un mero accidente logístico sin trascendencia jurídica. Así, en términos interamericanos, la respuesta pública debe orientarse a remover obstáculos reales y no sólo a multiplicar actos administrativos recorridos sin capacidad resolutive.

TERCERO. La Ley General de Salud, reglamenta el derecho a la protección de la salud y establece que los servicios de salud comprenden todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general.

En el caso de las personas sin seguridad social, la legislación prevé que debe garantizarse la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados.

En este tenor, la propia ley dispone que las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud determinen la lista de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud, precisamente para que la prestación del servicio no quede reducida a la simple consulta sin tratamiento.

De esta manera, el diseño normativo federal no admite una separación artificial entre atención médica e insumos mínimos, pues ambos integran el contenido material del servicio público de salud.

Una caravana de salud que ausculta, registra, orienta y diagnostica, pero no dispone de material elemental para curación o de medicamentos básicos para padecimientos frecuentes, presta un servicio incompleto e insuficiente frente a la ley. El mandato de gratuidad tampoco puede entenderse de forma vacía si las familias deben comprar por su cuenta lo indispensable para ejecutar la atención prescrita. En regiones de pobreza persistente, trasladar el costo del tratamiento o de la curación a las personas usuarias equivale en los hechos a restringir el acceso. Por ello, el exhorto que proponemos se encuentra plenamente vinculado con el deber legal de garantizar no sólo cobertura nominal, sino disponibilidad material de insumos y medicamentos esenciales.

CUARTO. Las Reglas de Operación del Programa Caravanas de la Salud, ahora bajo el esquema de Fortalecimiento de la Atención Médica-U200, de IMSS-BIENESTAR, que buscan garantizar atención médica gratuita, preventiva y de primer nivel a poblaciones sin seguridad social en zonas de alta marginación y difícil acceso, operando a través de unidades médicas móviles en las 32 Entidades Federativas y que han sido publicadas por la Secretaría de Salud del gobierno de la República, definieron con precisión el objeto, misión, cobertura y obligaciones operativas de esta estrategia itinerante.

Dichas reglas señalaron que el programa tiene por objeto acercar la oferta de la red de servicios de salud con criterios de calidad, anticipación, integralidad y resolutiveidad a la población que habita en microrregiones con bajo índice de desarrollo humano, alta marginación, dispersión poblacional y serias dificultades de acceso.



Entre los objetivos específicos se incluyó proporcionar servicios regulares de promoción, prevención y atención médica y odontológica, así como garantizar la prestación equitativa, oportuna y con calidad de los servicios de salud.

Además, las reglas reconocieron expresamente el derecho de la población beneficiaria a recibir gratuitamente las intervenciones médicas correspondientes, así como los medicamentos necesarios que correspondan a los servicios de salud ofertados en la cartera del programa. Incluso, se estableció que las Entidades Federativas, a través de sus servicios estatales de salud, tienen entre sus responsabilidades la adquisición dotación de insumos y medicamentos para las unidades médicas móviles.

También se previó, que cada localidad de una ruta debía ser visitada al menos dos veces al mes y que se identificarían sedes o casas de salud para concentrar expedientes clínicos, medicamentos e insumos para reabastecimiento.

En consecuencia, cuando una caravana arriba a la comunidad sin lo indispensable, no falla solamente una expectativa social, sino un estándar operativo ya definido en la política pública nacional.

Ese incumplimiento afecta de manera directa la credibilidad institucional y profundiza la desconfianza ciudadana frente a programas que, siendo nobles en su propósito, resultan precarios en su ejecución.

QUINTO. EL propio diseño de Caravanas de la Salud identificó al Estado de Guerrero como entidad prioritaria en razón de su presencia en los municipios de menor índice de desarrollo humano y por las condiciones de marginación y aislamiento de numerosas localidades. Las reglas de operación mencionaron expresamente a Guerrero entre las entidades prioritarias para la cobertura de localidades ubicadas en municipios de menor desarrollo humano, lo que revela la importancia estratégica que estas acciones tienen para la población guerrerense. La Región Montaña y amplias zonas de Costa Chica presentan históricamente barreras de acceso relacionadas con la dispersión poblacional, la insuficiencia de infraestructura fija, los costos de traslado, la dificultad orográfica y la persistencia de indicadores de pobreza multidimensional. En este contexto, las caravanas de salud no son un complemento prescindible, sino una herramienta de primer contacto para comunidades que con frecuencia tardan horas en llegar a un centro de salud o a un hospital comunitario. De ahí que la carencia de antibióticos básicos, analgésicos, material de curación, equipo menor o insumos para atención primaria tenga consecuencias concretas sobre la salud, la economía familiar y la oportunidad terapéutica de las personas usuarias. Si el modelo se pensó para cerrar brechas de desigualdad, su operación deficitaria en los territorios con mayor vulnerabilidad produce el efecto inverso y mantiene la exclusión bajo una apariencia de presencia institucional. Este Congreso del Estado, como órgano de representación popular y de control político, no puede ser indiferente cuando la política sanitaria focalizada pierde eficacia en aquellas regiones para las que fue concebida prioritariamente. En razón de ello, el exhorto respetuoso se justifica como un mecanismo parlamentario idóneo para solicitar correcciones inmediatas y verificables.

SEXTO. La Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Guerrero y la Ley Número 1212 de Salud del Estado de Guerrero obligan al poder público local a fortalecer el sistema estatal de atención a la salud, estableciendo bases para que la población alcance y mantenga el mayor nivel posible de bienestar. La Ley Número 1212, de orden público e interés social, tiene precisamente por objeto fortalecer el Sistema Estatal de atención a la Salud mediante políticas, programas y servicios. Tal finalidad normativa exige que las acciones emprendidas por la autoridad sanitaria local sean



eficaces y no meramente formales, particularmente cuando se dirigen a sectores de alta vulnerabilidad y a comunidades con necesidades persistentes de atención primaria. La autoridad estatal no sólo está llamada a coordinarse con la Federación, sino también a garantizar, dentro de su esfera competencial, la adecuada provisión de recursos materiales, medicamentos y organización operativa suficiente para que los servicios funcionen realmente. Bajo esa lógica, la falta de abastecimiento continuo en caravanas desplegadas en la Montaña Alta y Costa Chica representa una tensión evidente con el objeto mismo de la legislación sanitaria local. A ello se suma la obligación reforzada de actuar con pertinencia intercultural, sensibilidad comunitaria y especial atención hacia pueblos y comunidades indígenas y afroamericanas, cuyas condiciones de vida demandan una respuesta diferenciada y eficaz. La legalidad administrativa no se satisface con emitir rutas, realizar anuncios o difundir jornadas; requiere asegurar que el personal cuente con medios reales para atender, aliviar, curar y referir oportunamente. Esa es la razón por la que propongo, que este Congreso llame respetuosamente a una reorientación material del servicio, desde una perspectiva de legalidad, derechos humanos y justicia territorial.

SÉPTIMO. Aun cuando no se dispone en este momento de una estadística oficial consolidada y pública que detalle, comunidad por comunidad, el grado exacto de desabasto en cada ruta de caravanas, sí existe evidencia pública suficiente para sostener la preocupación legislativa sobre la precariedad de insumos y medicamentos en Guerrero. Existen reportes periodísticos y señalamientos públicos sobre desabasto de medicamentos e insumos esenciales en el sistema de salud estatal y bajo el esquema IMSS-Bienestar, así como anuncios oficiales del propio gobierno estatal relativos a inversiones extraordinarias en insumos y material de curación para la región Montaña, lo que revela que el problema ha sido real y reconocido en términos generales. En sede parlamentaria, el principio de responsabilidad política permite actuar preventivamente ante situaciones públicas, plausibles y reiteradas que afectan derechos fundamentales, sin necesidad de esperar una crisis humanitaria plenamente documentada en expedientes cerrados. La tutela legislativa del derecho a la salud exige sensibilidad frente a los indicios serios de insuficiencia institucional, particularmente cuando las personas afectadas son aquellas con menor capacidad de incidencia o denuncia.

En esa posición, el presente punto de acuerdo no formula una imputación arbitraria, sino un exhorto razonable para que la autoridad competente verifique, corrija y garantice condiciones mínimas de operación en campo. Lejos de invadir competencias administrativas, la propuesta fortalece la función de control, seguimiento y orientación política que corresponde a esta representación popular. Pedir que las caravanas tengan medicamentos básicos y material de curación no es una exigencia desmedida, sino la reafirmación de un estándar mínimo de humanidad institucional. Cuando ese mínimo falta, el silencio del poder legislativo sería éticamente impropio y políticamente inaceptable.

OCTAVO. La respuesta institucional que hoy se propone, debe articular una visión de salud pública con enfoque de derechos humanos, interculturalidad, igualdad sustantiva y rendición de cuentas. El derecho a la salud, en territorios con fuerte presencia indígena y afroamericana, demanda permanentemente, medidas diferenciadas de accesibilidad geográfica, disponibilidad de insumos, aceptabilidad cultural y calidad del servicio. Las caravanas de salud pueden y deben cumplir esa función, pero para ello requieren planeación efectiva de rutas, inventarios mínimos obligatorios, supervisión de surtimiento, control de caducidades, mecanismos de reabastecimiento en temporada



de lluvias y esquemas de reporte comunitario sobre carencias detectadas en cada jornada. También resulta indispensable transparentar periódicamente la calendarización de visitas, los insumos asignados por ruta y los indicadores de cumplimiento, a fin de que la evaluación no dependa sólo de comunicados oficiales, sino de evidencia verificable y socialmente contrastable. Un exhorto parlamentario puede incentivar estas medidas sin alterar la distribución constitucional de competencias, pues se limita a solicitar acciones administrativas que fortalezcan la política sanitaria existente. En consecuencia, la presente proposición que hacemos, busca que la nobleza del programa recupere eficacia real en beneficio de quienes por años han enfrentado postergación y abandono. La salud pública no se honra con actos de presencia, sino con resultados tangibles, insumos suficientes y atención digna para el pueblo. Esa es la orientación que debe prevalecer en la Montaña Alta y en la Costa Chica de Guerrero.

NOVENO. La Cuarta Transformación ha reivindicado, desde su origen, que el poder público debe servir al pueblo con honestidad, cercanía y congruencia, especialmente allí donde la deuda social ha sido más profunda. En esa lógica, gobernar no significa administrar inercias ni simular presencia institucional, sino transformar las condiciones materiales de vida de las personas históricamente excluidas.

La Montaña Alta y la Costa Chica de Guerrero conocen demasiado bien el peso del abandono estructural, de las promesas sin cumplimiento y de los recorridos oficiales que no siempre se traducen en soluciones concretas. Por ello, la IV Transformación no puede ser sinónimo de indiferencia, ni enojo institucional, frente al sufrimiento cotidiano de las comunidades que esperan atención médica real y no únicamente visitas testimoniales. Cumplirle al pueblo implica que las caravanas de la salud honren el sentido social que les dio origen y que cada jornada llegue con capacidad efectiva para prevenir, atender, curar y aliviar. Cumplirle al pueblo significa también corregir sin demora aquello que no está funcionando, escuchar a las comunidades y responder con sensibilidad material, no con excusas burocráticas.

El humanismo mexicano que inauguró el expresidente de México, Andrés Manuel López Obrador, símbolo inequívoco de la IV Transformación, se acredita en la forma en que el Estado acompaña a quienes menos tienen y más necesitan. En consecuencia, este exhorto se inscribe plenamente en una convicción transformadora; ¡Donde antes hubo olvido, debe haber presencia eficaz; ¡donde antes hubo simulación, debe haber congruencia!; y ¡donde antes hubo carencia, debe haber justicia social en materia de salud!

Por lo anteriormente expuesto y fundado en los artículos 23 fracción I, 79 fracción IX, 297 fracción III, 312, 313, 314 y demás aplicables de la Ley Orgánica del Poder Legislativo del Estado de Guerrero número 231, someto a consideración de esta Soberanía la siguiente:

PROPOSICIÓN DE ACUERDO PARLAMENTARIO A LA TITULAR DE LA SECRETARÍA DE SALUD PARA REORIENTAR LAS CARAVANAS DE LA SALUD Y SE ABASTEZCAN DE MATERIALES DE CURACIÓN Y MEDICAMENTOS BÁSICOS PARA LA ATENCIÓN PRINCIPALMENTE DE LAS REGIONES DE LA MONTAÑA Y LA COSTA CHICA DE GUERRERO. ARTÍCULO ÚNICO. - La Sexagésima Cuarta Legislatura al Honorable Congreso del Estado Libre y Soberano de Guerrero, con pleno respeto a la división de competencias, exhorta respetuosamente a la Titular de la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Guerrero, Dra. Alondra García Carbajal, para que, en el ámbito de sus atribuciones, para que realice en primer lugar, un diagnóstico inmediato sobre la disponibilidad real



de medicamentos básicos, material de curación e insumos esenciales en las caravanas de la salud que operan en las Regiones de la Montaña Alta y Costa Chica del Estado de Guerrero; en segundo, implemente acciones urgentes de abastecimiento, reabastecimiento, control logístico y supervisión operativa para garantizar que dichas caravanas cuenten de manera permanente con los insumos indispensables para la atención médica primaria, preventiva y curativa de la población usuaria; en tercer lugar, establezca un inventario mínimo obligatorio por unidad móvil y por ruta, con criterios de pertinencia epidemiológica, accesibilidad territorial y sensibilidad intercultural, privilegiando las comunidades indígenas, afromexicanas y de alta marginación y en cuarto lugar, rinda a esta Soberanía, dentro de un plazo razonable, un informe ejecutivo sobre las medidas adoptadas para corregir el desabasto, la calendarización de rutas, la periodicidad efectiva de las visitas y los mecanismos de supervisión y evaluación implementados.

TRANSITORIOS:

Primero. El presente Acuerdo Parlamentario surtirá efectos a partir de la fecha de su aprobación por el Pleno del Honorable Congreso del Estado de Guerrero.

Segundo. Tórnese y notifíquese el presente Acuerdo Parlamentario a la Titular de la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Guerrero, Dra. Alondra García Carbajal, para los efectos conducentes.

Tercero. Publíquese el presente Acuerdo Parlamentario en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Guerrero, en el Portal Oficial del Honorable Congreso del Estado y en las demás plataformas institucionales de difusión legislativa.

III. CONSIDERACIONES.

PRIMERO. Que este órgano colegiado es legalmente competente para conocer, analizar y dictaminar la presente proposición con punto de acuerdo, de conformidad con lo dispuesto por la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Guerrero y los artículos aplicables de la Ley Número 231 del Poder Legislativo del Estado de Guerrero, en virtud de que el asunto versa sobre la protección a la salud pública, materia que encuadra en las atribuciones y facultades de esta Comisión Dictaminadora.

SEGUNDO. Que, El derecho a la salud ha sido reconocido como un **derecho humano universal** en múltiples instrumentos internacionales, lo que convierte su garantía en una obligación jurídica vinculante para los Estados. En este sentido, el **Protocolo de San Salvador** (artículo 10) establece que toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, y obliga a los Estados a reconocer la salud como un bien público, adoptando medidas para



garantizar la atención primaria, la extensión de los servicios y la satisfacción de las necesidades de los grupos más vulnerables.

Por tanto, la falta de abastecimiento en las caravanas de salud no sólo constituye un incumplimiento de la legislación nacional, sino también una **violación a compromisos internacionales** asumidos por México en materia de derechos humanos. En consecuencia, el exhorto legislativo se encuentra plenamente justificado como un mecanismo de control político que busca alinear la política pública estatal con los estándares internacionales de protección a la salud, garantizando que las comunidades de la Montaña Alta y la Costa Chica reciban atención digna, suficiente y culturalmente pertinente.

TERCERO. El derecho a la protección de la salud en México se encuentra reconocido en el **artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**, el cual establece que toda persona tiene derecho a la salud y que la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios, así como la concurrencia entre Federación y Entidades Federativas en materia de salubridad general. Este mandato constitucional obliga a las autoridades a garantizar no sólo la existencia formal de programas, sino su eficacia material mediante la provisión de insumos y medicamentos indispensables.

La **Ley General de Salud**, en sus artículos 2 y 27, dispone que los servicios de salud comprenden todas las acciones dirigidas a la protección, promoción y restauración de la salud, incluyendo la prestación gratuita de medicamentos e insumos esenciales para las personas sin seguridad social. En este sentido, una caravana que diagnostica, pero carece de medicamentos básicos incumple el contenido material del servicio público de salud, pues la atención médica no puede separarse artificialmente de los insumos necesarios para su ejecución.

Por su parte, la **Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Guerrero** reconoce en su artículo 6, fracción IV, el derecho a la salud integral, y la **Ley Número 1212 de Salud del Estado de Guerrero** establece como obligación del poder público local fortalecer el sistema estatal de atención a la salud mediante políticas y programas eficaces, especialmente dirigidos a comunidades en situación de vulnerabilidad. La falta de abastecimiento continuo en las caravanas desplegadas en la Montaña Alta y Costa Chica representa una contradicción directa con el objeto de esta legislación, que exige acciones reales y no meramente formales.



Además, el **principio de progresividad de los derechos humanos**, previsto en el artículo 1º constitucional, obliga a las autoridades a garantizar la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, prohibiendo retrocesos y omisiones que afecten a los sectores más vulnerables. La carencia de insumos en caravanas destinadas a comunidades indígenas y afroamericanas constituye una forma de discriminación indirecta, pues perpetúa la exclusión bajo una apariencia de cobertura institucional.

CUARTO. Que, las **Caravanas de la Salud** surgieron en México como una estrategia federal de atención médica itinerante, diseñada para acercar servicios básicos de salud a comunidades rurales, indígenas y marginadas que enfrentan barreras geográficas y económicas para acceder a unidades médicas fijas. Su origen se vincula con la política pública de ampliar la cobertura del **Sistema Nacional de Salud**, particularmente en zonas de alta dispersión poblacional y bajo índice de desarrollo humano. El programa fue concebido bajo el principio de **equidad territorial**, con el objetivo de garantizar que la atención médica preventiva y de primer contacto llegara hasta las localidades más apartadas. Para ello, se implementaron **unidades médicas móviles**, equipadas con personal de salud, medicamentos esenciales y material de curación, que recorren rutas previamente calendarizadas y visitan periódicamente las comunidades asignadas.

En cuanto a su **operatividad**, las caravanas funcionan mediante rutas establecidas que aseguran la visita regular a cada localidad, al menos dos veces al mes, y se apoyan en sedes comunitarias o casas de salud para concentrar expedientes clínicos, insumos y medicamentos. La logística incluye inventarios mínimos obligatorios, mecanismos de reabastecimiento y coordinación con autoridades locales para garantizar continuidad en la atención. El **objetivo primordial** de las Caravanas de la Salud es brindar **atención médica gratuita, preventiva y resolutoria** a poblaciones sin seguridad social, con énfasis en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la atención primaria y odontológica, así como la entrega de medicamentos básicos. Su misión es cerrar brechas de desigualdad en el acceso a la salud, asegurando que las comunidades más vulnerables reciban servicios dignos, suficientes y culturalmente pertinentes.

En este sentido, las caravanas no son un complemento prescindible, sino una **herramienta estratégica de primer contacto** que materializa el mandato constitucional de garantizar el derecho a la salud en condiciones de igualdad, especialmente en regiones como la Montaña Alta y la Costa Chica de Guerrero,



donde la dispersión poblacional y la pobreza multidimensional hacen indispensable su presencia.

QUINTO. Que las **Caravanas de la Salud** forman parte del programa federal de **Fortalecimiento de la Atención Médica (U200)** bajo el esquema de **IMSS-Bienestar**, cuya operatividad corresponde de manera directa a la Federación, a través de la Secretaría de Salud y del propio IMSS-Bienestar, y de manera concurrente al **Gobierno del Estado de Guerrero**, en virtud del convenio de coordinación firmado para transferir infraestructura, personal y responsabilidades en materia de atención primaria. Dicho convenio obliga al Estado de Guerrero a garantizar, dentro de su esfera competencial, la provisión material de medicamentos, insumos y logística para las unidades médicas móviles, mientras que la Federación, a través de IMSS-Bienestar, debe asegurar la normatividad, supervisión y financiamiento del programa. En consecuencia, la responsabilidad es compartida, y cualquier deficiencia en la operación refleja una omisión tanto federal como estatal.

SEXTO. Que en Guerrero esta política pública ha enfrentado **problemas estructurales** que han debilitado su eficacia, el **desabasto de medicamentos e insumos básicos**, la falta de mecanismos de reabastecimiento oportuno, deficiencias logísticas en las rutas y la ausencia de infraestructura comunitaria para concentrar expedientes y suministros. Estas carencias han convertido las caravanas en un servicio incompleto, generando desconfianza social y afectando directamente a las comunidades más vulnerables. Por su parte, los **trabajadores de la salud** han sido particularmente afectados, al ser enviados a comunidades apartadas sin las herramientas mínimas para atender, curar o aliviar, enfrentando desgaste profesional y emocional. La falta de insumos y equipo no sólo vulnera el derecho a la salud de las comunidades, sino también los derechos laborales y profesionales del personal médico, que ha sido colocado en condiciones de precariedad operativa, sin respaldo institucional suficiente.

En consecuencia, la responsabilidad de corregir estas deficiencias recae tanto en la **Federación**, por ser la instancia rectora del programa IMSS-Bienestar, como en el **Gobierno del Estado de Guerrero**, por ser la autoridad obligada a garantizar la provisión material y logística en su territorio. La omisión en el abastecimiento continuo constituye una contradicción directa con el mandato constitucional y legal de garantizar servicios de salud eficaces, gratuitos y culturalmente pertinentes, especialmente en regiones indígenas y afroamericanas de alta marginación.



SÉPTIMO. Que, esta Comisión Dictaminadora coincide con el fondo y la exigencia de la Diputada Proponente, toda vez que en el Estado de Guerrero, en los municipios con mayor rezago social de las regiones de la Montaña Alta y Costa Chica, se han hecho públicas diversas denuncias y demandas ciudadanas que señalan la interrupción en el abasto de medicamentos básicos y la insuficiencia de insumos de curación en las unidades móviles que integran la estrategia de atención itinerante a la salud. Esta situación genera una afectación directa en la capacidad resolutoria del primer nivel de atención médica, vulnerando la continuidad de los tratamientos de las poblaciones con mayor grado de dispersión geográfica y marginalidad.

Al respecto, se puntualiza que la implementación, operación y abasto del sistema de salud pública en la entidad atraviesa por un proceso de consolidación institucional derivado del proceso de descentralización y transferencia de servicios hacia los Servicios de Salud IMSS-Bienestar. Por ello, la garantía en el suministro de insumos, el mantenimiento de las unidades móviles y la cobertura de las rutas operativas de las Caravanas de la Salud, no dependen de una gestión aislada, sino de la articulación, coordinación institucional y responsabilidad compartida entre la Secretaría de Salud del Estado de Guerrero y la Coordinación Estatal del IMSS-Bienestar.

En consecuencia, el presente dictamen se justifica como un acto de responsabilidad y fiscalización parlamentaria. Este Congreso local no puede ser ajeno a las demandas territoriales en materia de salubridad general, resultando indispensable emitir un exhorto que contemple la corresponsabilidad operativa y presupuestal de ambas instancias gubernamentales, con el fin de asegurar que el modelo de salud itinerante responda con oportunidad, suficiencia, gratuidad y pertinencia intercultural en beneficio de las comunidades originarias y afroamericanas de la entidad.

Por lo anteriormente expuesto, se aprueba la Proposición con Punto de Acuerdo, la cual fue sometida a estudio de esta Comisión, por los argumentos señalados en líneas que anteceden, y se somete a consideración del pleno el siguiente:

IV. TEXTO NORMATIVO Y RÉGIMEN TRANSITORIO

ACUERDO PARLAMENTARIO

12

TRÉBOL SUR "SENTIMIENTOS DE LA NACIÓN" S/N COL. VILLA MODERNA C.P. 39074
TELÉFONO (747) 47 1 84 00



www.congresogro.gob.mx

ARTÍCULO ÚNICO. La Sexagésima Cuarta Legislatura al Honorable Congreso del Estado Libre y Soberano de Guerrero, en estricto apego al principio de división de poderes y con el propósito de garantizar el derecho humano a la protección de la salud, exhorta a la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Guerrero y a la Coordinación Estatal de los Servicios de Salud IMSS-Bienestar en el Estado de Guerrero, para que, en el ámbito de sus respectivas competencias y bajo un esquema de coordinación interinstitucional, realicen una evaluación integral e inmediata sobre el estado operativo de las Caravanas de la Salud (unidades médicas móviles) y la disponibilidad física real de medicamentos del cuadro básico y materiales de curación en las rutas que atienden a las regiones de la Montaña Alta y Costa Chica; diseñen e implementen un plan urgente de suministro, redistribución y supervisión logística que asegure el abasto continuo y permanente de insumos esenciales en cada una de las jornadas médicas itinerantes, evitando el desabasto intermitente; establezcan un catálogo mínimo obligatorio de medicamentos e insumos por unidad móvil, determinado conforme a la frecuencia epidemiológica regional, la accesibilidad geográfica y los criterios de sensibilidad e inclusión intercultural para la atención de comunidades indígenas y afroamericanas y finalmente; rindan a esta Soberanía Popular, dentro de un plazo de treinta días hábiles contados a partir de la notificación del presente acuerdo, un informe ejecutivo conjunto que detalle los resultados del diagnóstico, las acciones de regularización del abasto ejecutadas y el calendario oficial de rutas atendidas en ambas regiones.

TRANSTORIOS

PRIMERO. El presente Acuerdo Parlamentario surtirá sus efectos al momento de su aprobación.

SEGUNDO. Comuníquese el presente Acuerdo Parlamentario a la Titular de la Secretaría de Salud del Estado de Guerrero y a la Titularidad de la Coordinación Estatal del IMSS-Bienestar en Guerrero, para los efectos legales y administrativos a que haya lugar.

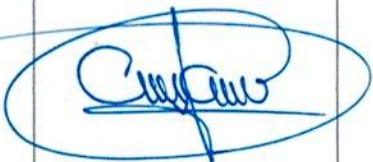
TERCERO. - Publíquese en la Gaceta Parlamentaria del Congreso del Estado, en las redes sociales de internet y difúndase a través de los medios de comunicación.

CUARTO. - Archívese el presente expediente como un asunto total y definitivamente concluido.



Chilpancingo de los Bravo, Gro., a 29 de septiembre de 2026.

**ATENTAMENTE
INTEGRANTES DE LA COMISIÓN DE SALUD**

FOTO	NOMBRE	VOTACIÓN		
		A FAVOR	EN CONTRA	ABSTENCIÓN
	DIP. BEATRIZ VÉLEZ NÚÑEZ PRESIDENTA PRI			
	DIP. MA. GUADALUPE EGUILUZ BAUTISTA SECRETARIA MORENA			
	DIP. CITLALI YARET TÉLLEZ CASTILLO VOCAL MORENA			
	DIP. HILDA JENNIFER PONCE MENDOZA VOCAL PVEM			
	DIP. GUADALUPE GARCÍA VILLALVA VOCAL MORENA			

ÚLTIMA HOJA DEL DICTAMEN CON PROYECTO DE ACUERDO POR EL QUE SE EXHORTA RESPETUOSAMENTE A LA SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE GUERRERO Y A LA COORDINACIÓN DEL IMSS BIENESTAR DE ESTADO DE GUERRERO, PARA QUE, EN EL ÁMBITO DE SUS ATRIBUCIONES, REALICE EN PRIMER LUGAR, UN DIAGNÓSTICO INMEDIATO SOBRE LA DISPONIBILIDAD REAL DE MEDICAMENTOS BÁSICOS, MATERIAL DE CURACIÓN E INSUMOS ESENCIALES EN LAS CARAVANAS DE LA SALUD QUE OPERAN EN LAS



REGIONES DE LA MONTAÑA ALTA Y COSTA CHICA DEL ESTADO DE GUERRERO; EN SEGUNDO, IMPLEMENTE ACCIONES URGENTES DE ABASTECIMIENTO, REABASTECIMIENTO, CONTROL LOGÍSTICO Y SUPERVISIÓN OPERATIVA PARA GARANTIZAR QUE DICHAS CARAVANAS CUENTEN DE MANERA PERMANENTE CON LOS INSUMOS INDISPENSABLES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA PRIMARIA, PREVENTIVA Y CURATIVA DE LA POBLACIÓN USUARIA; EN TERCER LUGAR, ESTABLEZCA UN INVENTARIO MÍNIMO OBLIGATORIO POR UNIDAD MÓVIL Y POR RUTA, CON CRITERIOS DE PERTINENCIA EPIDEMIOLÓGICA, ACCESIBILIDAD TERRITORIAL Y SENSIBILIDAD INTERCULTURAL, PRIVILEGIANDO LAS COMUNIDADES INDÍGENAS, AFROMEXICANAS Y DE ALTA MARGINACIÓN Y EN CUARTO LUGAR, RINDA A ESTA SOBERANÍA, DENTRO DE UN PLAZO RAZONABLE, UN INFORME EJECUTIVO SOBRE LAS MEDIDAS ADOPTADAS PARA CORREGIR EL DESABASTO, LA CALENDARIZACIÓN DE RUTAS, LA PERIODICIDAD EFECTIVA DE LAS VISITAS Y LOS MECANISMOS DE SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN IMPLEMENTADOS.

