



Ciudad de México, 19 de mayo de 2026

**DIPUTADO JESÚS SESMA SUÁREZ  
PRESIDENTE DE LA MESA DIRECTIVA  
CONGRESO DE LA CIUDAD DE MÉXICO  
III LEGISLATURA  
PRESENTE**

El que suscribe, **DIPUTADO ALBERTO VANEGAS ARENAS**, integrante del Grupo Parlamentario de MORENA en el Congreso de la Ciudad de México, III Legislatura, con fundamento en lo dispuesto por el artículo 122, apartado A, fracción II de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; los artículos 29, apartado D, inciso a, y 30 numeral 1, inciso b, de la Constitución de la Ciudad de México; el artículo 12, fracción II de la Ley Orgánica del Congreso de la Ciudad de México; y el artículo 95 y 96 del Reglamento del Congreso de la Ciudad de México, someto a la consideración de este H. Congreso la siguiente **INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO QUE REFORMA Y ADICIONA DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY DE SALUD Y DE LA LEY DE EDUCACIÓN, AMBAS DE LA CIUDAD DE MÉXICO, EN MATERIA DE CAPACITACIONES EN SOPORTE VITAL BÁSICO PARA ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN BÁSICA**, al tenor de la siguiente:

**I. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS**

En México, las enfermedades cardiovasculares continúan siendo la principal causa de mortalidad, destacando particularmente el Infarto Agudo de Miocardio, patología cuya evolución clínica depende críticamente de la intervención inmediata durante los primeros minutos del evento. El Infarto Agudo al Miocardio se considera una emergencia médica y no un evento cardíaco aislado, es la progresión de daño multisistémico e irreversible si no se interviene de forma inmediata.

Aproximadamente al año, 15 mil personas pierden la vida por eventos isquémicos. El 74.7% corresponden a eventos que ocurren fuera del ámbito hospitalario. Posterior la supervivencia al alta hospitalaria tras un paro cardíaco extrahospitalario (PCEH) oscila entre el 2% y el 6% en entornos donde no hay una intervención inmediata del bystander (testigo). Lo que significa que la supervivencia del paciente depende enteramente de la intervención de un bystander.<sup>1</sup>

A nivel nacional, la PCEH es menor al 5%, principalmente por la ausencia de intervención inmediata por parte del bystander, lo que se refleja en que hasta el 75% de los pacientes con infarto llegan a urgencias sin signos vitales, y considerando que sin maniobras de reanimación

<sup>1</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social. (2013). Reanimación cardiopulmonar en adultos (Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica IMSS-633-13). Ciudad de México: Dirección de Prestaciones Médicas, p. 14



la probabilidad de supervivencia disminuye alrededor de 10% por cada minuto de retraso, y el daño neurológico irreversible puede comenzar después de aproximadamente 4 minutos de hipoxia.

Las estadísticas de la American Heart Association revelan una realidad crítica: cerca del 70% al 80% de los paros cardíacos ocurren en entornos extrahospitalarios, principalmente en hogares o espacios públicos. Sin embargo, aproximadamente solo el 40% de las víctimas recibe Reanimación Cardiopulmonar (RCP) inmediata por parte de un testigo presencial, aumentando la mortalidad antes de la llegada de algún equipo especializado.

La intervención llamada “Soporte Vital Básico” (BLS, por sus siglas en inglés) es el conjunto de acciones destinadas a preservar la vida y funciones vitales de una persona que ha sufrido una parada cardiorrespiratoria. De acuerdo con los estándares internacionales, este procedimiento no requiere de equipo médico complejo en su fase inicial, sino que se fundamenta en la capacidad de cualquier ciudadano para reconocer una emergencia, activar los sistemas de respuesta y sustituir de forma manual las funciones del corazón y los pulmones. Es una medida obligatoria que radica la fragilidad del tejido cerebral ante la falta de oxígeno, el cual comienza a sufrir daños irreversibles a 4 minutos de la parada del corazón. Dado que el tiempo promedio de respuesta de los servicios de emergencia suele superar los 10 a 12 minutos, la supervivencia sin intervención ciudadana cae drásticamente a menos del 10%. Desde una perspectiva comparativa, México enfrenta retos significativos: según el informe Health at a Glance de la OCDE, la mortalidad a 30 días por infarto en el país es del 22.6%, una cifra que triplica el promedio internacional.<sup>2</sup>

En la práctica, el procedimiento consiste en la ejecución de la Cadena de Supervivencia, que inicia con el reconocimiento de la víctima y la solicitud de ayuda. Posteriormente, bajo el estándar internacional se debe iniciar la secuencia de RCP de alta calidad, consistente en compresiones torácicas con una frecuencia de 100 a 120 latidos por minuto, siendo así 30 compresiones torácicas con una profundidad de al menos 5 cm en adultos y permitiendo que el tórax se expanda completamente tras cada compresión, seguidas de 2 ventilaciones de rescate (asistencia ventilatoria que tiene por objeto suministrar oxígeno a los pulmones de una persona que ha dejado de respirar por sí misma) de un segundo de duración. Esta secuencia se repetirá de forma ininterrumpida durante 5 ciclos, lo que equivale a un periodo aproximado de 2 minutos de reanimación; al concluir este bloque, se deberá proceder al relevo del reanimador para evitar el agotamiento y garantizar que la calidad de las maniobras no disminuya, manteniendo este protocolo hasta la llegada de los servicios de emergencia o la disponibilidad de un Desfibrilador Externo Automático (DEA), un dispositivo capaz de identificar ritmos anómalos y administrar descargas eléctricas seguras para coordinar y regular nuevamente un ritmo autónomo y eficiente por el corazón. Integrar el BLS en el marco

---

<sup>2</sup> OECD. (2025). Health at a Glance 2025: OECD Indicators. Country Note: Mexico. OECD Publishing. [https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2025\\_15a55280-en/mexico\\_f3342ed6-en.html](https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2025_15a55280-en/mexico_f3342ed6-en.html)



legal busca, por tanto, reducir la mortalidad y la discapacidad ocasionada por el infarto agudo al miocardio mediante una red ciudadana que actúe donde el sistema de salud tradicional demora más tiempo de lo que se espera ante esta emergencia.<sup>3</sup>

Es fundamental desmitificar que la RCP requiere una fuerza física extraordinaria. La evidencia científica y los programas educativos globales comentan que niñas, niños y adolescentes desde 12 años, poseen la capacidad física y cognitiva necesaria para realizar compresiones efectivas. El éxito de la maniobra no depende de la fuerza bruta, sino de la técnica correcta: el uso del propio peso corporal, la posición adecuada de los brazos bloqueados y el aprovechamiento de la gravedad permiten que incluso personas de menor complejión generen la presión necesaria de 5 cm en el tórax.<sup>4</sup>

Sin la aplicación de BLS de alta calidad, la pérdida de perfusión tisular sistémica es inminente. El RCP oportuno no busca sustituir la atención médica, sino mantener una Fracción de Eyección artificial mínima pero suficiente priorizando la presión de perfusión cerebral para preservar la viabilidad del tejido hasta el arribo del “Soporte Vital Avanzado” (SVA).<sup>5</sup> Desde una perspectiva de salud pública, la supervivencia de un PCEH depende de la atención precoz con la que se inicia la RCP. La supervivencia cae entre un 7% y un 10% por cada minuto que transcurre sin RCP. Si se inician maniobras en los primeros 3 minutos, las probabilidades de supervivencia aumentan hasta un 50-70%.

La evidencia acumulada ha consolidado un principio epidemiológico fundamental: la supervivencia al paro cardíaco extrahospitalario depende directamente de la presencia y capacitación del testigo inmediato del evento, el bystander. Incorporar la enseñanza del BLS desde la etapa escolar garantiza que los menores sepan identificar y actuar ante estas emergencias precozmente, convirtiéndolos en multiplicadores de vida dentro de sus familias y comunidades.

## II. ANTECEDENTES

Estudios en el IMSS sobre el “Registro Nacional de Síndrome Coronario Agudo” estiman que el tratamiento inicial de un paciente con Infarto Agudo de Miocardio, cuesta, en promedio, \$260,284. Es decir, cuando se otorga la atención en agudo y se inicia RCP de alta calidad inmediatamente, es menor la estancia hospitalaria, menos días en terapia intensiva y menos incapacidad laboral. El programa “Código Infarto” del IMSS ha demostrado: reducción de 2 días de terapia intensiva, reducción de 10 días de incapacidad laboral, disminución de 55% en

<sup>3</sup> American Heart Association. (2025). 2025 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*

<sup>4</sup> American Heart Association. (2025). 2025 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*

<sup>5</sup> Borbrayes-Magallanes, F. J., & Martínez-Sánchez, C. (2026). Impacto del protocolo Código Infarto en la red hospitalaria del IMSS. *Revista Mexicana de Cardiología*.



mortalidad y 42% en complicaciones. Esto reduce costos hospitalarios y costos de productividad. Cuando el paciente llega fuera de la ventana terapéutica (más de 90-120 minutos), el costo se eleva debido a las complicaciones: aproximadamente \$715,283, mientras que el costo total posterior del evento, seguimiento y complicaciones, es aproximadamente \$1,076,164 por paciente. Intervenciones complejas pueden elevar el gasto hasta \$2,037,085.<sup>6</sup>

El estudio *“Analysis of Cost of Illness, Treatment, Complications, and Interventions of Hypercholesterolemia in Mexico in 2016”* desarrolló una evaluación económica mediante un análisis de costo de enfermedad, cuyo objetivo fue cuantificar los recursos médicos utilizados tanto para el tratamiento de la hipercolesterolemia como para el manejo de sus principales complicaciones cardiovasculares. Sus resultados muestran que los pacientes con hipercolesterolemia en prevención secundaria generan los mayores costos médicos anuales, alcanzando un costo promedio aproximado de \$258,761.37 pesos por paciente al año, debido a la mayor frecuencia de hospitalizaciones, intervenciones cardiovasculares, estudios diagnósticos y tratamiento farmacológico especializado. Considerando tanto el manejo clínico directo como el tratamiento de complicaciones cardiovasculares asociadas. Cuando esta cifra se extrapola al número aproximado de 445,075 casos diagnosticados y tratados anualmente en el país, el impacto financiero para el sistema de salud alcanza más de \$115,168,331,355.<sup>7</sup>

En un entorno urbano altamente congestionado, donde las condiciones de movilidad hacen improbable que los servicios médicos de emergencia acudan al paciente dentro de la ventana crítica de los primeros cuatro minutos tras un paro cardiorrespiratorio, la política pública sanitaria debe reconocer una limitación estructural del sistema de respuesta prehospitolaria. En este sentido, se recomienda impulsar estrategias integrales que incluyan la capacitación de población no especializada, campañas de difusión masiva, certificación en BLS y acceso a desfibrilación temprana. Asimismo, se reconoce que la enseñanza de estas habilidades puede iniciar desde la adolescencia y que la activación oportuna de la llamada “cadena de supervivencia” constituye el factor más relevante para salvar vidas y reducir secuelas neurológicas.<sup>8</sup>

En entornos urbanos densos la media de llegada de servicios médicos prehospituarios supera los 15-20 minutos, lo que hace que el paciente llegue al hospital con un daño neurológico irreversible si no hubo una intervención ciudadana previa.<sup>9</sup> Debido a la orografía de la CDMX y la saturación vial, los tiempos de respuesta de los servicios de emergencia en alcaldías como Tlalpan, Milpa Alta, Xochimilco y la Magdalena Contreras superan con frecuencia los 90 minutos, excediendo la "Ventana de Oro" (se establece como meta un tiempo menor a 90 minutos para angioplastia coronaria) para la reperfusión miocárdica. Esta iniciativa propone

<sup>6</sup> Sociedad Mexicana de Cardiología. (2026). *Registro Nacional de Síndromes Coronarios Agudos (RENASCA): Impacto en costos y supervivencia*. Ciudad de México, México.

<sup>7</sup> Arrieta, A., & Bautista-Arredondo, S. (2016). Analysis of Cost of Illness, Treatment, Complications, and Interventions of Hypercholesterolemia in Mexico in 2016. *Journal of Medical Economics*, 19(11), 1015-1023.



que el ciudadano sea el primer eslabón de la cadena de supervivencia. En horas de aglomeración, el tiempo de traslado hacia centros de tercer nivel se incrementa hasta en un 300%. Un paciente en el sur o poniente puede tardar más de 90 a 120 minutos en llegar a una sala de hemodinamia para una angioplastia primaria.<sup>10</sup>

Así, se estima que el fortalecimiento de la respuesta del bystander podría salvar hasta 100 mil vidas adicionales cada año en Europa, al reducir el intervalo crítico entre el colapso circulatorio y el inicio de maniobras de reanimación.<sup>11</sup> Ejemplo de ello es el modelo implementado en Dinamarca, donde la educación obligatoria en reanimación cardiopulmonar incrementó significativamente la proporción de reanimación realizada por testigos y cuadruplicó la supervivencia al paro cardíaco extrahospitalario. Asimismo, organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud y el European Resuscitation Council han promovido la iniciativa global “Kids Save Lives”, la cual recomienda incorporar la enseñanza de RCP en los sistemas educativos a partir de los 12 años de edad. Esta estrategia propone incorporar de manera obligatoria la enseñanza de reanimación cardiopulmonar en los programas escolares, recomendando al menos dos horas de entrenamiento anual a partir de los 12 años de edad como política global de prevención de muerte súbita.<sup>12</sup>

El fundamento pedagógico de la presente iniciativa se sustenta en evidencia internacional que reconoce a la infancia como un agente multiplicador de conocimiento: niñas, niños y adolescentes pueden transmitir habilidades básicas de reanimación a sus hogares, ampliando significativamente la capacidad de respuesta comunitaria ante emergencias. Esta lógica ha sido incorporada en diversos países donde la enseñanza de RCP forma parte del sistema educativo: Bélgica, Dinamarca, Francia, Italia, Portugal y Reino Unido han establecido su obligatoriedad, mientras que otros la promueven como política pública.

Destaca el caso de Dinamarca, donde la inclusión de RCP en el currículo escolar y su certificación como requisito para obtener licencia de conducir contribuyeron a incrementar la supervivencia por paro cardíaco extrahospitalario de 8% a 22% en una década. Asimismo, iniciativas como “Get Trained, Save Lives” del European Resuscitation Council han demostrado

---

<sup>8</sup> American Heart Association. (2025). 2025 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*, 152(suppl\_2).

<sup>9</sup> Secretaría de Salud. (2025). *Informe anual de carga económica de las enfermedades cardiovasculares en México*. Ciudad de México: Dirección General de Epidemiología.

<sup>10</sup> Secretaría de Movilidad de la Ciudad de México. (2026). *Análisis de saturación vial y tiempos de respuesta de servicios de emergencia en zonas de alta densidad: Tlalpan, Xochimilco y Magdalena Contreras*. Gobierno de la Ciudad de México.

<sup>11</sup> European Resuscitation Council. (2026). *Annual Report on Out-of-Hospital Cardiac Arrest Survival Rates in Europe*. Elsevier.

<sup>12</sup> Böttiger, B. W., & Lumsden, J. L. (2015). Kids Save Lives: The World Health Organization (WHO) endorses schoolchildren resuscitation training worldwide. *Resuscitation*, 94, A5-A7. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.005>



el impacto de la capacitación masiva, al formar a cientos de miles de personas en habilidades de reanimación, consolidando un modelo exitoso de prevención y respuesta comunitaria.<sup>13</sup>

En la Ciudad, donde convergen factores como alta densidad poblacional, congestión urbana y tiempos prolongados de respuesta de los servicios de emergencia, la capacitación de la población escolar en Soporte Vital Básico y reconocimiento temprano de emergencias cardiovasculares y neurológicas, representa una estrategia viable para fortalecer la respuesta comunitaria ante emergencias cardiovasculares.

### III. FUNDAMENTO JURÍDICO

1. La **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**, en su artículo 4, párrafo cuarto establece que “toda persona tiene derecho a la salud”. En su párrafo quinto establece que “para garantizar el derecho de protección a la salud de las personas, la ley sancionará toda actividad relacionada con cigarrillos electrónicos, vapeadores y demás sistemas o dispositivos análogos que señale la ley; así como la producción, distribución y enajenación de sustancias tóxicas, precursores químicos, el uso ilícito del fentanilo y demás drogas sintéticas no autorizadas”.

En su artículo 5, párrafo segundo se menciona que “queda prohibida la profesión, industria, comercio interior o exterior, trabajo o cualquiera otra de las actividades que refiere el párrafo quinto del artículo 4o. anterior”.

2. La **Constitución Política de la Ciudad de México**, en su artículo 9, apartado D, numeral 1 enmarca el Derecho a la salud, en el que se expone “Toda persona tiene derecho al más alto nivel posible de salud física y mental, con las mejores prácticas médicas, lo más avanzado del conocimiento científico y políticas activas de prevención, así como al acceso a servicios de salud de calidad. A nadie le será negada la atención médica de urgencia.”

En el numeral 3, inciso d) expresa que “Las autoridades de la Ciudad de México aseguraron progresivamente, de conformidad con la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y las leyes generales aplicables: La prevención, el tratamiento y el control de las enfermedades transmisibles, no transmisibles, crónicas e infecciosas”.

3. El Artículo 14 de la **Ley de Salud de la Ciudad de México** garantiza que “La Secretaría de Salud tiene como atribución... diseñar, ejecutar y evaluar los programas de educación para la salud, que fomenten el autocuidado de la salud, la prevención de enfermedades y el desarrollo de habilidades para la vida”.

Artículo 117. “La Secretaría de Salud y las instituciones de salud en la Ciudad, establecerán mecanismos de coordinación para la atención de urgencias médicas, para lo cual se dispondrá de una red de servicios de urgencias...”.

---

<sup>13</sup> Wissenberg, M., Lippert, F. K., Folke, F., Weeke, P., Hansen, C. M., Christensen, E. F., Jans, H., Hansen, P. A., & Lang-Jensen, T. (2013). Association of national initiatives to improve cardiac arrest management with rates of bystander intervention and patient survival after out-of-hospital cardiac arrest. *JAMA*, 310(13), 1377-1384.



4. La **Ley de Educación de la Ciudad de México**, en su artículo 13, define que “La educación que se imparta en la Ciudad de México tendrá, además de los fines establecidos en la Ley General de Educación, los siguientes: ... IX. Fomentar el conocimiento y la práctica de la salud, la prevención de enfermedades y el primer auxilio como parte de una cultura de protección civil y autocuidado”.

Artículo 76. Bienestar de la comunidad escolar: “Las autoridades educativas de la Ciudad de México... promoverán en los planteles educativos el desarrollo integral de las personas, incluyendo conocimientos, habilidades y hábitos que favorezcan el bienestar, la salud y la seguridad de la población escolar”.

#### IV. ORDENAMIENTOS A MODIFICAR

Con la finalidad de optimizar el trabajo legislativo, se acompañan los siguientes cuadros comparativos para identificar con claridad las propuestas de modificación por ordenamiento, sujetas a la consideración de las dictaminadoras.

LEY DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO	
TEXTO VIGENTE	TEXTO PROPUESTO
<p><b>Artículo 6.</b> Para los efectos de esta Ley se entiende por:</p> <p>I. a XLVIII. ...</p> <p><i>Sin correlativo.</i></p>	<p><b>Artículo 6.</b> Para los efectos de esta Ley se entiende por:</p> <p>I. a XLVIII. ...</p> <p><b>XLVIII Bis. Soporte Vital Básico: conjunto de maniobras esenciales impartidas por la Secretaría, fundamentadas en la capacidad de cualquier persona ciudadana para preservar la vida y funciones vitales de una persona que ha sufrido una parada cardiorrespiratoria. Para lo cual, la enseñanza deberá instruir, al menos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Identificación de signos de paro cardiorrespiratorio y compromiso circulatorio: Capacitación para detectar la ausencia de pulso, falta de respiración o pérdida del estado de alerta, diferenciando una urgencia menor de una amenaza de infarto agudo al miocardio;</b></li> <li>- <b>Protocolo de notificación y enlace con el Centro de Atención de Llamadas de Emergencia: Instrucción técnica sobre la comunicación efectiva con los servicios de emergencias, asegurando la llegada oportuna de equipo especializado para la atención y traslado a un centro hospitalario;</b></li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Técnica de reanimación cardiopulmonar (RCP) mediante compresiones torácicas: Entrenamiento basado en las guías internacionales en cómo efectuar el protocolo de ventilaciones y compresiones torácicas de calidad para mantener la perfusión sanguínea a órganos vitales; y,</b></li> <li>- <b>Operación y aplicación de Desfibriladores Externos Automatizados (DEA): Formación en el correcto manejo del dispositivo y el seguimiento de los protocolos de seguridad del operador durante la descarga eléctrica controlada.</b></li> </ul>
<p><b>Artículo 17.</b> La coordinación del Sistema de Salud de la Ciudad estará a cargo de la Secretaría, la cual cuenta con las siguientes atribuciones:</p> <p>I. a IX. ...</p> <p>X. Fomentar la participación individual y colectiva en el cuidado de la salud;</p>	<p><b>Artículo 17.</b> La coordinación del Sistema de Salud de la Ciudad estará a cargo de la Secretaría, la cual cuenta con las siguientes atribuciones:</p> <p>I. a IX. ...</p> <p>X. Fomentar la participación individual y colectiva en el cuidado de la salud, <b>mediante la provisión de cursos en la instrucción del Soporte Vital Básico.</b></p>
<p style="text-align: center;"><b>TÍTULO SEGUNDO SALUBRIDAD GENERAL</b></p> <p style="text-align: center;"><b>CAPÍTULO I SISTEMA DE ATENCIÓN MÉDICA DE URGENCIAS</b></p> <p><i>Sin correlativo.</i></p>	<p style="text-align: center;"><b>TÍTULO SEGUNDO SALUBRIDAD GENERAL</b></p> <p style="text-align: center;"><b>CAPÍTULO I SISTEMA DE ATENCIÓN MÉDICA DE URGENCIAS</b></p> <p><b>Artículo 47 Bis.</b> La Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación, Ciencia, Tecnología e Innovación de la Ciudad de México y con la Autoridad Educativa Federal en la Ciudad de México, deberán formular e implementar planes y programas que promuevan de manera obligatoria la capacitación teórica y práctica en Soporte Vital Básico para estudiantes de sexto grado de primaria y tercer grado de secundaria.</p>
<p><b>LEY DE EDUCACIÓN DE LA CIUDAD DE MÉXICO</b></p>	
<p style="text-align: center;"><b>CAPÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES</b></p> <p><b>Artículo 9.-</b> De conformidad con la Constitución Federal, la Constitución Local, la Ley General y la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo y de la Administración Pública de la Ciudad de México, la Secretaría tendrá las siguientes atribuciones:</p>	<p style="text-align: center;"><b>CAPÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES</b></p> <p><b>Artículo 9.</b> De conformidad con la Constitución Federal, la Constitución Local, la Ley General y la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo y de la Administración Pública de la Ciudad de México, la Secretaría tendrá las siguientes atribuciones:</p>



<p>I. a XXXVIII Quarter. <b>Sin correlativo.</b></p> <p><b>XXXIX.</b> Las demás que establezcan otras disposiciones legales en materia educa</p>	<p>I. a XXXVIII Quarter. <b>XXXVIII Quinquies. Formular e implementar, en coordinación con la Secretaría de Salud de la Ciudad de México y con la Autoridad Educativa Federal en la Ciudad de México, planes y programas que promuevan de manera obligatoria la capacitación teórica y práctica en soporte vital básico para estudiantes de sexto grado de primaria y tercer grado de secundaria.</b> <b>XXXIX.</b> Las demás que establezcan otras disposiciones legales en materia educa</p>
--	--

**VI. PROYECTO DE DECRETO**

Derivado de lo anteriormente fundado y motivado, se plantea al Pleno del Congreso de la Ciudad de México, III Legislatura, la presente iniciativa con proyecto de decreto:

**PRIMERO. Se adiciona una fracción XLVIII Bis al artículo 6; se adiciona la fracción X al artículo 17; y se adiciona el artículo 47 Bis a la Ley de Salud de la Ciudad de México, para quedar como sigue:**

**Artículo 6.** Para los efectos de esta Ley se entiende por:

I. a XLVIII. ...

**XLVIII Bis. Soporte Vital Básico: conjunto de maniobras esenciales impartidas por la Secretaría, fundamentadas en la capacidad de cualquier persona ciudadana para preservar la vida y funciones vitales de una persona que ha sufrido una parada cardiorrespiratoria. Para lo cual, la enseñanza deberá instruir, al menos:**

- **Identificación de signos de paro cardiorrespiratorio y compromiso circulatorio: Capacitación para detectar la ausencia de pulso, falta de respiración o pérdida del estado de alerta, diferenciando una urgencia menor de una amenaza de infarto agudo al miocardio;**
- **Protocolo de notificación y enlace con el Centro de Atención de Llamadas de Emergencia: Instrucción técnica sobre la comunicación efectiva con los servicios de emergencias, asegurando la llegada oportuna de equipo especializado para la atención y traslado a un centro hospitalario;**
- **Técnica de reanimación cardiopulmonar (RCP) mediante compresiones torácicas: Entrenamiento basado en las guías internacionales en cómo efectuar el protocolo de ventilaciones y compresiones torácicas de calidad para mantener la perfusión sanguínea a órganos vitales; y,**
- **Operación y aplicación de Desfibriladores Externos Automatizados (DEA): Formación en el correcto manejo del dispositivo y el seguimiento de los protocolos de seguridad del operador durante la descarga eléctrica controlada.**



**Artículo 17.** La coordinación del Sistema de Salud de la Ciudad estará a cargo de la Secretaría, la cual cuenta con las siguientes atribuciones:

I. a IX. ...

X. Fomentar la participación individual y colectiva en el cuidado de la salud, **mediante la provisión de cursos en la instrucción del Soporte Vital Básico.**

**Artículo 47 Bis.** La Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación, Ciencia, Tecnología e Innovación de la Ciudad de México y con la Autoridad Educativa Federal en la Ciudad de México, deberán formular e implementar planes y programas que promuevan de manera obligatoria la capacitación teórica y práctica en Soporte Vital Básico para estudiantes de sexto grado de primaria y tercer grado de secundaria.

**SEGUNDO.** Se adiciona la fracción XXXVIII Quinquies, recorriendo las subsecuentes en su orden al artículo 9 de la Ley de Educación de la Ciudad de México, para quedar como sigue:

**Artículo 9.** De conformidad con la Constitución Federal, la Constitución Local, la Ley General y la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo y de la Administración Pública de la Ciudad de México, la Secretaría tendrá las siguientes atribuciones:

I. a XXXVIII Quarter.

**XXXVIII Quinquies.** Formular e implementar, en coordinación con la Secretaría de Salud de la Ciudad de México y con la Autoridad Educativa Federal en la Ciudad de México, planes y programas que promuevan de manera obligatoria la capacitación teórica y práctica en soporte vital básico para estudiantes de sexto grado de primaria y tercer grado de secundaria.

**XXXIX.** Las demás que establezcan otras disposiciones legales en materia educa

## TRANSITORIOS

**PRIMERO.** Publíquese en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México para su mayor difusión.

**SEGUNDO.** El presente Decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México.

**TERCER.** La Secretaría de Salud de la Ciudad de México contará con 120 días hábiles a partir de la entrada en vigor del presente Decreto, para formular los planes que promuevan de manera obligatoria la capacitación teórica y práctica en Soporte Vital Básico para estudiantes de sexto grado de primaria y tercer grado de secundaria; para lo cual, la enseñanza deberá instruir, al menos:

- Identificación de signos de paro cardiorrespiratorio y compromiso circulatorio: Capacitación para detectar la ausencia de pulso, falta de respiración o pérdida del



estado de alerta, diferenciando una urgencia menor de una amenaza de infarto agudo al miocardio.

- Protocolo de notificación y enlace con el Centro de Atención de Llamadas de Emergencia: Instrucción técnica sobre la comunicación efectiva con los servicios de emergencias, asegurando la llegada oportuna de equipo especializado para la atención y traslado a un centro hospitalario.
- Técnica de reanimación cardiopulmonar mediante compresiones torácicas: Entrenamiento basado en las guías internacionales en cómo efectuar el protocolo de ventilaciones y compresiones torácicas de calidad (entorno seguro, zona de compresión ideal, ritmicidad y profundidad de compresiones) para mantener la perfusión sanguínea a órganos vitales.
- Operación y aplicación de Desfibriladores Externos Automatizados: Formación en el correcto manejo del dispositivo y el seguimiento de los protocolos de seguridad del operador durante la descarga eléctrica controlada.

Dado en el Palacio Legislativo de Donceles, a los 19 días del mes de mayo de 2026.

**ATENTAMENTE**

  
**DIPUTADO ALBERTO VANEGAS ARENAS**

Certificado de firma		11/05/2026 12:40
Documento electrónico	Solicitante del proceso de firma Manifestación unilateral	
Identificador: 6A022209DA13BC5DD14AE6C5	Nombre: Alberto Vanegas Arenas	
Nombre y extensión: Iniciativa Soporte Vital Básico-2.pdf	Compañía: SR LUZ SA DE CV	
Descripción:	Correo electrónico: alberto.vanegas@congresocdmx.gob.mx	
Cantidad de páginas: 3	Teléfono:	
Estado: Firmado	Dirección IP: 189.203.63.142	
Firmantes: 1	Fecha y hora de emisión	
Huella digital del contenido del documento original:	(America/Mexico_City):	
2cfa7dbccdc6b370b21c0ec3a6c5d02cc099eab4ec0c668d67e33350f1976483	11/05/2026 12:38	
Huella digital del contenido del documento firmado:		
b7d54b38bcd16a6eb6acd0317b4bc94f7b071d54bb5d7dee78b3a2e0d909649		

Constancia de conservación del documento firmado	
Información de la constancia NOM-151	Información del emisor de la constancia NOM-151
Fecha de emisión:	Prestador de Servicios de Certificación (PSC):
11/05/2026 18:40:15 UTC (11/05/2026 12:40:15 Hora local de la Ciudad de México)	PSC WORLD S.A. DE C.V.
Nombre y extensión:	Certificado PSC válido desde: 2017-07-19
5f96dd07-9a3b-47ce-ac3b-a70341ab0754.cons	Certificado PSC válido hasta: 2029-07-19
Huella digital contenida en la constancia:	
b7d54b38bcd16a6eb6acd0317b4bc94f7b071d54bb5d7dee78b3a2e0d909649	

Firmantes		
Firmante 1. Alberto Vanegas Arenas		
Atributos	Firma	Fecha
Tipo de actuación: Por su Propio	ID: 6A022288A0ABF211817B6700	Enviado: 11/05/2026
Derecho	IP: 189.203.63.142	12:38:21
Compañía: SR LUZ SA DE CV		Aceptó Aviso de
Método de notificación: Correo		Privacidad: 11/05/2026
Correo:		12:40:08
alberto.vanegas@congresocdmx.gob.mx		Visto: 11/05/2026 12:40:08
Teléfono:		Confirmado:
Emisor de la firma electrónica:		11/05/2026 12:40:08.944
Dibujada en dispositivo		Firmado:
Plataforma: https://app.con-certeza.mx		11/05/2026 12:40:08.945

EL ESPACIO DEBAJO SE HA DEJADO EN BLANCO INTENCIONALMENTE

Método de validación de firmante: Enlace de verificación

En el siguiente enlace se encuentra el portal para validar la constancia NOM-151 y el estado de integridad de este documento:  
<https://app.con-certeza.mx/constancia/5f96dd07-9a3b-47ce-ac3b-a70341ab0754>

